

Arnulf Kolstad

OPPTRAPPINGSPLANEN (1999 – 2008)

Bedre løsninger eller bare flere pasienter?

På slutten av 1900-tallet fikk den psykiatriske helsetjenesten i Norge mye negativ oppmerksomhet. Det ble påvist alvorlige mangler. Kritikken fra fagfolk og pasientorganisasjoner var sterk. Politikere fra alle partier ble enige om at psykiatrien skulle prioriteres i åra fremover.

Stortingsmelding nr 25 fra 1996/97¹ beskrev den åpenbare svikten i tjenestetilbudet: Kapasiteten var for liten, terskelen for behandling for høy, ventetida for lang. Ettervern manglet og samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten var mangelfull. Pasientene fikk ikke behandlingen de trengte; fagfolkene fikk ikke gjort en god jobb, og pasientene ble skrevet ut for tidlig. Kort sagt hadde mennesker med psykiske lidelser et altfor dårlig behandlingstilbud i Norge rundt årtusenskiftet. En kraftig styrking av det psykiske helsearbeidet var nødvendig. «Produktivitet» og «effektivitet», spesielt ved poliklinikkene, skulle økes og tvangsbruk reduseres.

På bakgrunn av Stortingsmeldinga utarbeidet Regjeringen i 1997 en *Opptrappingsplan*² for den psykiatriske helsetjenesten. Planen gjelder for perioden 1999-2008³, og legger vekt på bedre tilgjengelighet, økt produktivitet og styrket behandlingskvalitet. Opptrappingsplanen er et krafttak for å erstatte tradisjonell institusjonspsykiatri med tilbud om behandling og pleie nærmere folks bosted. En målsetting var å utvikle en annen omsorgsideologi med fokus på aktiv behandling i mindre institusjoner og i poliklinikker, og bedre samarbeid med sosial- og arbeidsmarkedsetaten.

Omtrent samtidig med Opptrappingsplanen ble det vedtatt nye lover som skulle erstatte *Lov om Psykisk Helsevern* fra 1961⁴. Loven fra 1961 hadde utvidet indikasjonene for hvem som skulle få behandling, men lovnadene var ikke fulgt opp med fagfolk og behandlingsplasser.

Statlig overtakelse

Med *Lov om Spesialisthelsetjenester* vedtatt i 2001, ble spesialisthelsetjenesten, herunder alle offentlige sykehus, overført fra Fylkeskommunen til Staten. *Lov om Helseforetak* fra 2002 ga retningslinjer for organisering av spesialisthelsetjenesten, drift av Helseforetak og helseinstitusjoner, også privatpraktiserende spesialister.

Omorganisering og ny ledelse

Ansvar for og driften av de spesialiserte helsetjenestene var dermed overført til fem Regionale, statlige Helseforetak. Helse- og Omsorgsdepartementet fikk større kontroll med helsetjenestene i hele landet, og mente det var lettere å etablere mer likeverdige tilbud. De fem Regionale Foretakene organiserer spesialisthelsetjenesten i ca. 30 Helseforetak. Hvert Helseforetak er på denne måten eid av Staten (via de Regionale Foretakene), men er også separate legale og administrative enheter. Staten legger generelle og overordnede føringer, men daglig drift er overlatt Helseforetaket. Det har frihet til å investere, planlegge og organisere tilbudene ut fra såkalt «kostnadseffektiv drift». Styringsprinsippene er inspirert av *New Public Management* med vekt på økonomiske incentiver og målrasjonell styring.

Hvert Regionalt Helseforetak har et styre og en administrativ leder utpekt av Departementet. Lokale folkevalgte organer er ikke representert i styret og etter den statlige overtagelsen har lokalbefolkningen generelt liten innflytelse på utformingen av helsetjenestetilbudet. Styringen er blitt «profesjonalisert» og byråkratisert sammenliknet med tida før 2002 da Fylkeskommunen hadde ansvaret. Profesjonell ledelse og *New Public Management* har vunnet fram på bekostning av folkevalgt innflytelse. Direktørene ved Helseforetakene har fått skyhøye lønninger og tatt seg til rette på en måte som har vært uhørt i et offentlig helsevesen. Pasientene har ikke merket omleggingen i samme grad som direktørene. Selv om «produktiviteten» har økt og mange flere enn før får behandling, er køene lange og reinnleggelsene mange. Fortsatt stilles det store spørsmålsteget ved kvaliteten på behandlingstilbudet, ikke minst for dem med alvorlige psykiske lidelser.

Behandling i lokalsamfunnet

Et hovedpoeng med Opptappingsplanen var at psykiatriske sykehus ikke lenger skulle ha så dominerende plass. Tjenestene skulle desentraliseres, bl.a. ved å opprette 80 nye *Distriktpsikiatriske Sentre* (DPS) med poliklinikker og noen få senger. DPSene har «totalansvar» i opptaksområdet og skal sikre bedre tilgjengelighet. Kommunene på sin side skal bygge omsorgs- og serviceboliger slik at sykehussengene kane tømmes og pasienter skrives ut til behandling og pleie i lokalsamfunnet. Helsetjenesten skal i større grad enn før være der folk bor og folk skal kunne bo hjemme.

Asylpsykiatrien skal sendes på historiens skraphaug. Men det gjelder formen mer enn innholdet, bygningene mer enn behandlingen. Dessuten er Opptappingsplanens nedbygging av sykehuspsykiatrien ikke noe nytt. Omleggingen fra institusjonspsykiatri til lokalbasert psykisk helsearbeid⁵ har pågått i flere tiår. Sykehussenger er erstattet med sykehjemsplasser, polikliniske tilbud og helse- og sosialtjeneste nærmere hjemstedet. Opptappingsplanen viderefører denne endringen og legger vekt på at «brukerne»⁶ skal få rask behandling ved akutt behov og overføres til mer spesialiserte enheter om

nødvendig. De skal dessuten utskrives så hurtig som mulig til hjemkommune eller rehabiliteringsinstitusjon. Unødvendig hospitalisering med påfølgende stigmatisering og passivisering i en pasientrolle skal unngås.

Sengetallsreduksjonen i de psykiatriske sykehusene har gått greit i mange år. Antall plasser i sykehus ble redusert med 63% i tiårsperioden 1980 til 1990. Antall institusjonsplasser totalt gikk ned med 31% i samme periode.⁷

Vanskeligheten har vært å etablere alternativene. Det skorter mye på tilbudet i kommunene. Sengene på institusjonene, særlig på akuttavdelingene, fylles derfor fort opp og pasienter skrives ut for tidlig uten at det er noe tilbud på hjemstedet. Mange får fortsatt ikke behandling når de trenger det mest, til tross for den sterke «produktivtetsveksten».

Pasienttallet har økt voldsomt

Spørsmålet er også hvilke konsekvenser det får når behandlingstilbudet spres tynt utover i samfunnet og helsetjenesten bent fram reklamerer for å få pasienter.⁸ Det bidrar åpenbart til økt etterspørsel etter behandling, men ikke nødvendigvis til at behovet for behandling øker tilsvarende. Til tross for en betydelig sengetallsreduksjon økte antall innleggelses i psykiatriske institusjoner med 100 % mellom 1990 og 2003, fra 21,000 til 42,000. Antall poliklinisk behandlede pasienter økte enda mer, fra ca 40,000 i 1990 til noe over 100,000 i 2003. Antall pasienter behandlet i løpet av ett år steg altså med 150%, fra ca 60,000 i 1990 til rundt 150,000 i 2003. Pasienttallet har fortsatt å stige og i 2006 behandles godt over 200,000 mennesker her i landet i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Det store flertallet av dem som i dag blir henvist til behandling har ikke alvorlige, tunge eller langvarig psykoser. Nevroser, depressive lidelser, angst, personlighetsforstyrrelser og misbruksproblemer er vanligst.

Selv om mange flere enn før får behandling, har ikke nødvendigvis kvaliteten på behandlingen blitt bedre for dem som trenger det mest, dvs. de med alvorlige psykiske lidelser. Den økte pengebruken i psykiatrien har ikke ført til en tilsvarende bedring i behandlingsresultatene. Det er heller ikke penger det skorter mest på, men kunnskap og en praksis som fører til færre lidelser og bedre funksjoner for dem som behandles. Det medisinske og nevrobiologiske grunnlaget for forståelse av psykiske lidelser er mangelfullt og diskusjonen om hva psykiske lidelser er og hvordan de skal møtes, må prioriteres mye sterkere.

Opptappingen av behandlingskapasiteten og produktiviteten har heller ikke ført til kortere køer. Tvert imot: aldri tidligere har så mange mennesker stått på venteliste for behandling. «Gapet» mellom dem som sies å ha et behandlingsbehov og antallet som faktisk behandles har aldri vært større, til tross for at det behandles tre ganger så mange i dag som for 10 år siden. At etterspørselen øker betyr ikke nødvendigvis at helsa svekkes i befolkningen.

Det økte antallet som ber om hjelp og får det, er delvis en følge av økt behandlingstilbud. Ved å opprette tilbud med lav terskel og «reklamere» for psykiatriske helsetjenester så informeres folk flest om hvordan de skal forholde seg til følelssvingninger, angst, avvikende atferd, arbeidsløshet, fattigdom og andre livsproblemer: «Det kan psykiatrien ta seg av».

Forekomst av dårlig mental helse og psykiske lidelser

I prinsippet er det umulig å si hvor stort behandlingsbehovet er, eller hva som vil være «korrekt» eller tilstrekkelig behandlingsskapasitet. Riktignok lager psykiaterne selv anslag over hvor mange som er «syke», men tallene er i noen tilfeller tatt ut av løse lufta, i andre tilfelle er de basert på epidemiologiske undersøkelser. Resultatene fra slike studier hviler på en rekke forutsetninger som sjelden kommer fram, og bør tas med en klype salt.

Internasjonale studier i utviklede kapitalistiske land fra de seinere år finner at 50% pådrar seg en psykisk lidelse i løpet av levetida, og at mellom 20% og 30% har hatt problemer i løpet av de foregående 12 måneder.⁹ En studie som sammenlignet forekomsten i Oslo og i Sogn og Fjordane bekreftet disse tallene for Oslos vedkommende i 1994-97 (Tabell 1)¹⁰. I Oslo vil 52.4% av innbyggerne få en psykisk lidelse i løpet av livet, mens 32.8% vil ha en slik lidelse i løpet av et år.¹¹ Tallene gjelder ikke for hele landet: Forekomsten er klart lavere utenfor Oslo, og varierer med bosted og sosial klasse.

Tabell 1. Prosent av innbyggerne i Oslo med en psykisk lidelse¹².

	Livstids prevalens	Prevalens i løpet av et år
Kvinner	54.8	35.9
Menn	49.4	28.8
Totalt	52.4	32.8

Depresjon er en av de vanligste diagnostiserte lidelsene i Norge for tida, og rammer stadig yngre mennesker. Undersøkelser fra Oslo viser at 10% av alle menn og 24% av alle kvinner har en alvorlig depresjon i løpet av livet. Seks prosent av mennene og 13% av kvinnene har en mildere depresjon som varer i minimum 2 år.¹³ Alt sammen ifølge psykiatriens egne beregninger. De samme fagfolkene mener 15-20% av den norske befolkning har en psykisk lidelse til enhver tid. Tre prosent har klart funksjonsnedsettende lidelser og 0,8% til 1% har en alvorlig lidelse som krever langvarig behandling. De mest utbredte lidelsene er angst, depresjon, personlighetsforstyrrelser, alkohol- og narkotikamisbruk. De alvorligste er schizofreni og bipolare lidelser. Med et folketall på 4.6 millioner og en forekomst på 15%, så har 690.000 innbyggere i Norge psykiske lidelser. Fagfolk hevder at minst 5% av alle unge under 18 år trenger behandling i barne- og ungdomspsykiatrien.¹⁴

Hvordan skal vi forholde oss til slike tall? Beskriver de helsetilstanden i Norge for øyeblikket? Er 1/5 av befolkningen behandlingstrengende? Antakelig er det grunn til å ta tallene som psykiaterne selv kommer fram til, med en klype salt.¹⁵ Riktignok er det hardt å leve og arbeide for mange under kapitalismen i de utviklede vestlige land og det er åpenbart at folk sliter med å finne mening, bevare humøret og helsa. Men spørsmålet er om slike reaksjoner skal stemples som psykisk sykdom eller lidelser, eller om betegnelsene skal reserveres dem med alvorlige lidelser der realitetskontakten er borte.

Folk flest opplever i hvert fall ikke at den psykiske helsa er så dårlig som psykiaterne påstår. Dessuten peker de på at problemene ofte skyldes forholdene de lever under, dårlig økonomi og et brutalt arbeidsliv. Folk flest opplever ikke slike problemer primært som individuell sykdom eller feil i hjernen.

Selvrapportert mental helse

I 1985, 1998 og 2002 gjennomførte Statistisk Sentralbyrå undersøkelser der folk skulle angi egen psykisk helse. Tabell 2 viser resultater fra 2002.

Tabell 2. Selvrapporterte psykiske helseproblemer, Norge 2002 (Prosent):

	Alder				
	Alle	16-24	25-44	45-66	67 +
Angst eller fobier*	5	2	4	7	5
Konsentrasjonsvansker*	9	12	9	9	8
Søvnproblemer*	18	13	15	19	26
Lettere deprimert*	10	11	9	12	9
Irritert eller aggressiv*	9	12	10	7	5
Skårer minst 10 på mental helse skala #	8	8	8	9	7
Plaget av minst tre symptomer	15	16	14	15	17
Brukt sovepiller for å sovne forrige uke	3	0	1	4	10
Brukt beroligende piller forrige uke	3	1	1	4	4
Brukt anti-depressiva forrige uke	4	1	3	5	4
«Nervøs lidelse»	5	4	4	6	5

*Engstelser de siste tre månedene. *Kilde: SSB, 2004*

Skala fra 5 - 20

At 15% angir at de er plaget av minst 3 symptomer på dårlig mental helse betyr ikke at de er psykisk syke. De aller fleste har nedturer, sorger og savn inne imellom, - med søvnproblemer eller urolige tanker. Det hører med til det å leve og bør oppfattes som noe helt normalt. Fremfor å fremstille det som tegn på sykdom bør det fremheves at slike reaksjoner hører med i et sunt og normalt liv. Da kan folk forholde seg til slike tilstander på en annen måte enn å søke profesjonell hjelp i helsevesenet. Selv om det ikke det ikke-profesjonelle støtteapparatet er så sterkt i øyeblikket. Det sivile samfunn har

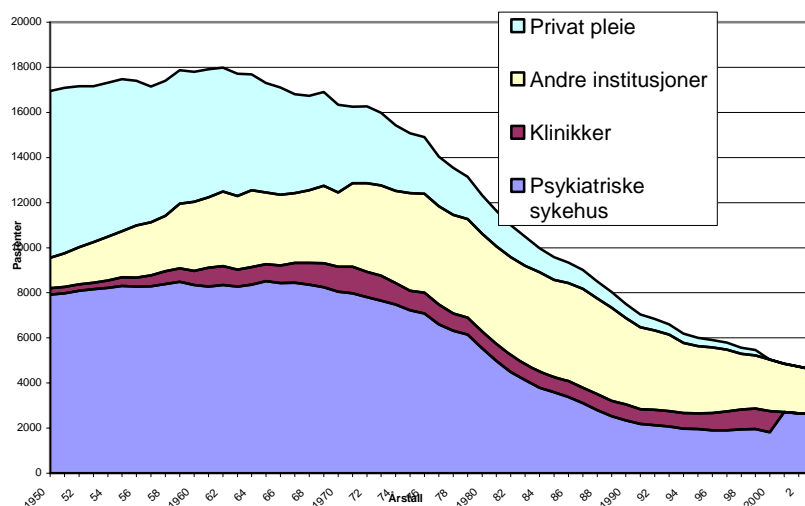
mer eller mindre brutt sammen, trøst og støtte fra venner og familie er ikke like selvsagt som før. Nå profesjonaliseres også sorgbearbeidingen og angsten for å leve er blitt et sentralt tema for helsevesenet. Tilværelsen under kapitalismen fører til at påkjenninger er vanskeligere å takle, og det er blitt selvsagt å henvende seg til helsetjenesten for å få hjelp.

Endring av helsetjenesten

Den psykiatriske helsetjenesten i Norge har endret seg på samme måte som i andre industrialiserte kapitalistiske land: fra høye terskler for både innleggelse og utskrivning, til bedre tilgjengelighet; fra massiv institusjonalisering til lokalsamfunnspsykiatri; fra lang gjennomsnittelig liggetid til veldig kort; fra oppbevaring til mer aktiv behandling.

Pasienttallet i ulike institusjoner mellom 1950 og 2003 er vist i figur 1. Fram til 1950 besto helsetjenesten i hovedsak av psykiatriske sykehus og privatpleie. Antall pasienter økte fra ca 1,000 ved inngangen til det 20. århundre til ca 6,000 i 1930 og 17,000 i 1950.

Figur 1. Gjennomsnittlig antall pasienter i løpet av året



Sengetallet økte i alle institusjonstyper fram til 1970-åra og toppet seg i 1973. Senere har tallet gått ned og ble halvert mellom 1980 og 1995. I de psykiatriske sykehusene gikk pasienttallet tilbake med 2/3. Totalt antall institusjonspasienter en bestemt dag (inkludert de i privat pleie), gikk ned fra 12,300 (30 per 10,000) i 1980 til rundt 7,500 (18 per 10,000) i 1990. Antall pasienter i psykiatriske sykehustoppet seg i midt i 1960-åra, og er redusert

med 67%, fra 8,515 (23 per 10,000) i 1965 til 1,811 pasienter (4 per 10,000) i 2004.

Flere forhold bidro til de-institusjonaliseringen: nye medikamenter, kostnadsutt, faglige og ideologisk begrunnelser, politiske og administrative vedtak. Dyre psykiatriske institusjoner ble mindre attraktive for det offentlige etter hvert som medisineringen gjorde det mulig å kontrollere atferden kjemisk. Pasientene ønsket tilsynelatende behandling utenfor institusjonene, i eget hjem, og mange mener at de-institusjonaliseringen stemmer med pasientenes ønsker. Men ser en nøyere etter var det pasienter som minst ønsket det (eldre langtidspasienter) som ble forflyttet, mens pasienter som ønsket å bo hjemme (unge med kort liggetid), ble værende på institusjon.¹⁶ Mange av dem var tvangsinnlagt.

Til tross for stor nedgang i sengetallet økte altså «kapasiteten» i helse-tjenesten gjennom 1990-åra. Flere pasienter enn noen gang ble henvist og behandlet og liggetida var mye kortere enn før.¹⁷ Pasienter i privatpleie har nærmest forsvunnet. I 1950 var det mer enn 7,000, i dag mindre enn 100 (Figur 1). De psykiatriske sykehjemmene er også nedlagt som oppbevarings-plass. Fram til 1980 årene var det flere pasienter på sykehjem enn i sykehus, og så seint som i 1989 var mer enn halvparten av de psykiatriske pasientene på sykehjem.

Skam og stempling

Mange pasienter ble oppbevart og skjult i institusjoner i årevis, eller de var satt bort på landet. Å være psykisk syk var skamfullt for en selv og familien. Mange ville ikke fortelle om dårlig mental helse og ikke innrømme at de hadde vært til behandling. I dag er situasjonen annerledes. Nå snakker folk mer åpent om psykiske lidelser og noen skryter av å ha egen terapeut. Tidligere statsminister, Kjell Magne Bondevik, regjeringsmedlemmer, Stortingets forrige visepresident, sportsidoler, artister og forretningsfolk forteller om erfaringene med psykiatrisk behandling. Å være pasient på grunn av en «depressiv reaksjon», «utbrenthet» eller angst er nærmest en mote.

I tillegg til redusert stigmatisering bidro bedre tilgjengelighet til sterk etterspørselsøkning. Opprettelsen av behandlingstilbud uten murer i lokal-samfunnet, og ved å ønske alle med «problemer», i krise og med redusert livskvalitet velkommen, har en stor og økende andel av befolkningen blitt pasienter. Opptrappingsplanen har bidratt sterkt til dette.

De alvorlige lidelsene er imidlertid fortsatt tabubelagt og det har ikke vært en tilsvarende økning i etterspørsel fra mennesker med slike lidelser.

Brukeren som «helt menneske»

Brukerperspektivet er gjentatte ganger nevnt i Opptrappingsplanen. Det heter at erfaringene og kunnskapen til brukerne og deres pårørende er enestående

og at «brukerdeltagelse» er en forutsetning for god behandling. Følgende sitat fra Opptrappingsplanen illustrerer det nye behandlingsperspektivet:

«En person med psykiske problemer må ikke bare ses som pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. Nødvendig hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale. Psykiske lidelser berører grunnleggende eksistensielle spørsmål. Brukernes behov må derfor være utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie, og dette må prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester.»¹⁸

Brukernes medinnflytelse på behandlingen skal sikres fordi det også bedrer behandlingsresultatet. Alle pasienter skal ha en individuell behandlingsplan, utformet i samråd med pårørende.

Nye profesjoner og profesjonskonflikter

Med Opptrappingsplanens vekt på «hele mennesker» og ikke bare et sykt organ eller en maskinfeil, økte etterspørselen etter andre fagfolk enn leger og psykologer. Spesielt psykiaternes posisjon ble svekket når paternalismen ble nedtonet og «brukerne» var noe annet enn pasienter. Heller ikke medisinsk diagnostisering aksepteres av alle. Sosionomer og sykepleiere fikk større plass i helse- og sosialarbeidet utenfor institusjonene. Fagfolk med 3-årig utdanning fra høyskolene er både billigere og bedre egnet til å drive psykisk helsearbeid på brukernes premisser, med utgangspunkt i «hele mennesker» og ikke en «sykdom».

Det er nå flere psykologer enn psykiatere både i voksenpsykiatrien og i barne- og ungdomspsykiatrien. I 2004 var det rundt 2,800 psykologer i den psykiatriske helsetjenesten, noe som tilsvarer 1 psykolog for hver 1,625 innbygger. 6,400 innbyggere deler 1 psykiater. Men fagfolkene er ikke jevnt fordelt over hele landet. Privatpraktiserende psykologer og psykiatere foretrekker å praktisere i storbyer, særlig på Østlandet nær Oslo. I landområder og i tynt befolkede områder langt fra storbyene er det forholdsvis få psykologer (og psykiatere).¹⁹

Noen nøkkeltall

I dag behandles flere pasienter enn noen gang. Reduksjonen i sengetallet er kompensert gjennom «økt produktivitet», dvs. mye kortere liggetid og sterk utbygging av poliklinisk behandling. I 2003 var det 710,000 konsultasjoner ved de voksenpsykiatriske poliklinikkene, mot 272,000 i 1990 (Tabell 3). Med et gjennomsnitt på 7 konsultasjoner per pasient, ble det behandlet ca 100,000 personer poliklinisk i Norge i 2003. Alt i alt ble i størrelsesorden 150,000 mennesker behandlet i den voksenpsykiatriske helsetjenesten i 2003. Det er i underkant av 4 % av den voksne befolkning.

Tabell 3: Den psykiatriske helsetjenesten 1990-2003. Nøkkeltall.

	1990	1995	2000	2003
Senger i psykiatriske institusjoner, voksne	7,745	6,384	5,781	5,296
Innleggelseser	21,242	26,113	34,969	42,295
Sengedøgn per utskrevet pasient	123	82	56	42
Polikliniske konsultasjoner, voksne*	272	429	528	710

* Antall i 1,000

Sengetallet for voksne ble redusert med 32% fra 1990 til 2003 (tabell 3). I 2003 var det 1 seng per 809 innbyggere. Til tross for reduksjonen i sengetallet ble antall innlagte pasienter fordoblet og antall poliklinisk behandlede pasienter økt med 150%. Varigheten av innleggelsen er redusert betydelig. I 2003 var gjennomsnittlig liggetid 42 døgn, sammenliknet med 123 i 1990.

Kostnader

En økende andel av BNP går til helsetjenester. I 2003 ble det brukt 61 milliarder kroner på spesialisthelsetjenestene (somatikk og psykiatri til sammen). Norge er et av de europeiske land, og det nordiske land, med høyest offentlige utgifter til helsevesenet per innbygger: 13,400 kroner per person i 2003. Utgiftene til helsetjenester i alt (somatisk og psykiatrisk) var 9.6% av BNP og 20% av de totale offentlige utgiftene i 2002.²⁰

En økende andel av de totale utgiftene til helsetjenesten går til psykisk helsearbeid. Utgiftene økte med nesten 40% i tiårsperioden mellom 1990 og 2000. I tre-årsperioden mellom 2000 og 2003 økte utgiftene med 16% i voksenpsykiatrien og 64% i barne- og ungdomspsykiatrien. I 2003 ble 11.1 milliarder kroner brukt på spesialisthelsetjenesten i psykiatrien. Det tilsvarer 2,400 kroner per innbygger. Investeringer og kapitalkostnader er ikke inkludert.

For schizofreni alene er de totale kostnadene anslått til 4 milliarder i 2002. Ingen annen lidelse har tilsvarende kostnader og schizofreni koster mer enn alle kreftformer og hjertesykdommer.²¹

Regjeringen bevilget 6.3 milliarder i investeringer for å realisere Opptrappingsplanen. Det tilsvarer ca 1,360 kroner per innbygger. Driftsutgiftene øremerket for Opptrappingsplanen er 4.6 milliarder per år, i tillegg til de ordinære bevilgningene til den psykiatriske helsetjenesten. Det har vært en sterk økning i bevilgningene til denne delen av helsetjenesten. Resultatet har vært en stor økning i pasienttallet, men paradoksalt nok har også køene blitt lengre, og mange av pasientene klager fortsatt på mangelfull behandling. Behovet for hjelp synes uuttømmelig.

Hvem er pasienter?²²

20. november 2003, var det 4,200 voksne pasienter i psykiatriske institusjoner (120 per 100,000 innbyggere +18). Fire prosent av pasientene hadde vanlig lønnsarbeid. Femti prosent hadde uførepensjon, 23% alderspensjon eller andre pensjoner og 9% hadde sykelønn.²³ De hadde lavere utdannelse og var dårligere sosialt integrert enn befolkningen forøvrig. Bare 19% var gift eller samboende sammenliknet med 50% av befolkningen 18 år og eldre.²⁴ Rundt 50% av pasientene har vært innlagt før, mange har vært innlagt og behandlet flere ganger. Blant langtidspasientene er andelen re-innlagte enda høyere.

Majoriteten av sengepasientene er diagnostisert med psykose, nesten halvparten med schizofreni.²⁵ Affektive psykoser og personlighetsforstyrrelser er blitt vanligere de siste 20 år. Det samme gjelder pasienter med alkohol-, narkotika- og tablettmisbruk. På psykiatriske sykehus er kun 8% diagnostisert med nevrose,²⁶ mens 27% hadde denne diagnosen ved poliklinikkene. Hos privatpraktiserende psykiatere og psykologer var forholdsvis enda flere diagnostisert med nevroser (henholdsvis 33% og 40%), og bare 3% hadde en schizofrenidiagnose. På sykehusene hadde 45% denne diagnosen²⁷. Sykehusene har altså fortsatt de tungpsykiatriske pasientene mens poliklinikkene og de privatpraktiserende, der økningen har vært størst, tar de «lettere.»

Ved økt etterspørsel etter behandling, og når krav om «større produktivitet» stilles av Helseforetakets ledelse, er det fare for at hjelpeapparatet forsøker å unngå «uproduktive» pasienter, det vil si eldre og de med alvorlige lidelser og misbruksproblemer i tillegg. De privatpraktiserende foretrekker pasienter som viser bedring og er hyggelige å omgås.

Økte ressurser, hva med kvaliteten?

Opptappingsplanen har tilført betydelige ressurser og bedret tjenesten for enkelte grupper. Men det er fremdeles alvorlige svakheter i tilbudet. Ventetida er fortsatt lang mange steder. Omsorgen for dem med de mest alvorlige lidelsene er ikke bedret like mye som tilbudet for dem med ikke-psykotiske lidelser. Fortsatt er det store mangler når det gjelder akutfunksjoner, botilbud i kommunene, ettervern og øyeblikkelig hjelp. Plassmangelen i akuttavdelingene skyldes delvis at omsorgstjenesten i kommunene er dårlig utbygd. Sykehusavdelinger må derfor holde på pasientene lenger enn nødvendig, og det blir for få ledige akuttsenger. Det betyr imidlertid ikke at den beste løsningen er å øke sengetallet i akuttavdelingene. Sykehusene beholder i noen grad ferdigbehandlede pasienter for lenge fordi det er sengemangel andre steder i sykehuset eller fordi kommunene ikke har bygd ut kapasiteten tilstrekkelig. I de tilfellene der pasienter fra akuttavdelingene skrives ut for å gi plass til nye pasienter, og uten at det er oppfølging på hjemstedet, øker reinnleggelsene.

Tilbud og etterspørsel

Etterspørselen etter behandling øker mer enn tilbudet. Dette er en lovmessighet: Flere henvises etter hvert som helsetjenesten bygges ut. Det er «alltid» mangel på plasser. Det er flere grunner til dette: Folk blir mer oppmerksomme på mulighetene for behandling, sengene skal fylles og tjenestene markedsføres overfor befolkningen.

Statlig eierskap skulle utjevne forskjeller i HelseNorge, og gi befolkningen de samme helsetjenester uansett bosted. Det har ikke skjedd. Det er fortsatt store forskjeller avhengig av bosted. Samtidig har statlig eierskap og helseforetaksmodellen ført til at folk ikke lenger kan påvirke utforming og prioritering av helsetjenestene gjennom lokale, folkevalgte representanter. Statlig eierskap og foretaksmodellen har redusert lokalpolitikernes makt og folks innflytelse.

Produktivitet eller kvalitet

Økt «produktivitet» har vært en sentral målsetting ved omorganisering og statlig overtakelse. Ved å opprette Helseforetak og nye styringsformer skulle det bli «mer helse for hver krone». Liggetida har også blitt vesentlig kortere. Flere pasienter behandles hvert år, og «produktiviteten» har økt. Men økt produktivitet i helsevesenet betyr ofte det motsatte av god behandlingskvalitet. Det betyr at hver pasient får kortere behandlingstid. De fleste produktivitetsindikatorne er basert utelukkende på antall pasienter som behandles per tidsenhet og per personellenhet, ikke på utfallet eller resultatet av behandling.

I gjennomføringen av Opptappingsplanen er det reist kritikk mot at den først og fremst bedrer tilbudet for dem med mindre alvorlige lidelser, de som kan behandles poliklinisk eller med kort opphold i institusjon. De alvorlig sinnslidende som trenger omsorg og støtte over lang tid har ikke fått bedret tilbudet i samme grad. De trenger mye oppmerksomhet, mange fagfolk, er ressurskrevende og passer ikke så godt inn i et system som prioriterer økt produktivitet.

Hvis flere enn før får dårlig eller mangelfull behandling har reformen gjort vondt verre. Og mye tyder på det ettersom medikamentell behandling og elektroshokk er blitt vanligere, og langvarig psykoterapi er nedprioritert i Foretakene. For eldre og for immigrant befolkningen er tilbudene spesielt dårlige. Målsettingen om kortere ventetid, bedre kapasitet og langvarig behandling er ikke innfridd for de pasienter som trenger det mest. Forskjellene i tjenestetilbud, som var en vesentlig begrunnelse for Statens overtalelse, har heller ikke forsvunnet.

Bruk av tvang

Pasientrettighetsloven som kom i 2001 fremhever at behandling kun skal skje med pasientens samtykke. Men fortsatt er nærmere 40% tvangsinnlagt.²⁸ Generelt har det vært en paternalistisk tradisjon, fagfolkene har ment at de vet bedre enn pasientene hva som er til pasientenes beste. Pasientenes egne synspunkter er sett på med skepsis. Denne tradisjonen og tankegangen er fortsatt utbredt.

Nye pasientgrupper

Å etablere helsetjenester med lav terskel og å drive PR for psykiatrisk behandling påvirker folks oppfatning av hvordan de skal forholde seg til tanke- og følelsesproblemer og hvordan de skal forstå årsakene til tretthet, ensomhet, angst og redusert aktivitet, arbeids- og livslyst: Det har først og fremst noe med dem selv å gjøre, med kroppen deres eller «noe med hjernen». Leveforhold, arbeidsplassen, produktivitetskravene, konkurransen, fiendtligheten i samfunnet blir ikke invitert til behandling. Det er den enkelte som utsettes for disse samfunnsforholdene det er noe i veien med og som trenger å få rettet opp noe i psyken eller i hjernen.

I psykiatrien legges det fortsatt vekt på diagnostisering av enkelt-individens «sykdommer» og å fremstille lidelsen og problemene som «maskinfeil» eller som kjemisk ubalanse i hjernens nevrotransmittere. Selv sosiale og samfunnsmessige skapte problemer, for eksempel fattigdom og arbeidsløshet, blir omformet til noe som kan gjenopprettes med kjemisk intervensjon i den biologisk menneskekroppen.

Et samfunn gjennomsyret av konkurransetenkning og vekt på en vellykket fasade legger tunge bærer på alle. Det skaper outsiders eller tapere som ikke holder ut i rotteracet, som presses ut av arbeidslivet og får problemer med selvrespekt og selvbilde. Isolasjon og ensomhet er utbredt. Mange har ikke lenger nær familie eller venner som kan trå til når det røyner på. Det er ingen i det «sivile samfunnet» å snakke med eller søke trøst hos når følelsene blir vonde og livet vanskelig. Den psykiatriske helsetjenesten er blitt en erstatning for den utvidete familien og nære relasjoner. Ved å tilby helsetjenester også i nabolaget, med lett tilgang for de fleste, og med lettvinde teknologiske/kjemiske løsninger, har den psykiatriske helsetjenesten blitt et surrogat for stadig flere mennesker som opplever livet som vanskelig og som ikke har den «livskvalitet» de ønsker og tror andre har. Når folk lider under sine tanker og følelser oftere enn før er det dels et resultat av økte jobbkrav, vakkende sosiale nettverk, opplevelse av meningsløshet og få solidariske støtteordninger når problemene tårner seg opp.

Spørsmålet er derfor om dagliglivets vanskeligheter og den samfunns-skapte misnøye skal repareres av en stadig mer omfangsrik og finmasket helsetjeneste? «Opptappingen» innebærer ikke kun flere penger, institusjoner og profesjonelle behandlere, men det er en opptapping av en

forståelse der samfunnsskapte livsproblemer tolkes som psykiske lidelser og sykdom. Fokus på den enkelte lidende fjerner oppmerksomheten fra andre og mer kollektive løsninger som for eksempel mer politisk aktivitet, større motstand fra fellesskapet, fagforeningsvirksomhet, osv. På lang sikt og for det store flertallet er slik aktivitet en mer effektiv måte å rette opp uhelsa til de mange på.

Lokalsamfunnspsykiatrien er et tveegget sverd fordi den visker ut forskjellen mellom naturlige livsproblemer og sykdom, og gjør alle til pasienter for en ekspanderende helsetjeneste. Mange som opplever at livet under kapitalismen er hardt, er skeptiske til den medisinske diagnostiseringen, og ber ikke om å bli behandlet for en sykdom, men om å få et bedre liv, et styrket selv, muligheten for å realisere ressurser, og også en jobb, et sted å bo for dem selv, gjerne med omsorgsservice fra kommunen, og hjelp til å etablere et bedre sosialt nettverk for å unngå ensomhet og stigmatisering.

Ifølge Opptrappingsplanen skal pasientens egne ønsker og behov være utgangspunktet for all behandling. Det er kjernen i all omsorg. Opptrappingsplanen har endret det psykiske helsearbeidet og rekrutteringen av nye pasientgrupper har i noen grad forandret maktforholdet mellom pasient og terapeut. De nye brukerne krever å bli hørt og vil fortelle terapeuten hva de trenger for å få et bedre liv. Men den profesjonelle behandlingssideologien henger igjen i en individualiserende sykdomsoppfatning der folks konkrete livsomstendigheter knapt finnes. Det er et paradoks at mens det psykiske helsearbeidet flyttes ut i lokalsamfunnet for å ta hensyn til brukernes sosiale liv, tilknytning til arbeidet og integrering i samfunnet, så utvikler psykiatrien og deler av psykologien seg på universitetene i en nevrobiologisk retning, og legger enda større vekt på hva som foregår i pasientens hjerne. Nevrobiologien er blitt et *mainstream* paradigme i løpet av få år og gir høyere prestisje på universitetene og i samfunnet for øvrig. Forståelsesmåter der mennesker først og fremst ses som deltagere i et kulturelt fellesskap og som påvirkes av dette også når det gjelder psykiske lidelser og funksjoner, har ikke samme status og utbredelse i fagmiljøene.

Riktignok finnes det tilløp til en slik forståelse i deler av Opptrappingsplanen, og i beskrivelsen av «det hele mennesket». Men det får ingen radikale konsekvenser for hvordan tjenestene utformes. Planen er i stor grad preget av «mer av det som er», og en videreføring av en individualistisk og medisinsk tradisjon. For å få tak i hvorfor så mange som 20% av befolkningen nå defineres som pasienter er det nødvendig å forstå hva slags problemer det å leve under kapitalismen skaper for de som er mest utsatt. Det sier Opptrappingsplanen ingenting om. Derfor vil planen i større grad bidra til å produsere flere pasienter enn til å redusere uhelsa i samfunnet.

NOTER

- 1) Sosial- og helsedepartementet. Stortingsmelding nr 25 (1996 -97): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo 1997.
- 2) Sosial- og helsedepartementet. *St Prp 63 (1997-98) Om opptrappingsplanen for psykisk helse*. Oslo 1997.
- 3) Opprinnelig skulle «opptrappingen» avsluttes i 2006.
- 4) I 1999 vedtok Stortinget tre nye lover: *Lov om Psykisk Helse, Lov om Pasientrettigheter* og *Lov om Helsepersonell*. *Lov om Pasientrettigheter* gir bl.a. pasientene rett til å velge *hvor* de vil bli behandlet og *hvordan* tjenesten skal planlegges og koordineres.
- 5) Tidligere ble «psykiatrien» eller «psykiatrisk helsetjeneste»/«psykisk helsevern» brukt som betegnelse på helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser. Det understreket betydningen av en medisinsk spesialitet. I dagens helsetjeneste benyttes gjerne betegnelsen «psykisk helsearbeid» for å understreke den flerfaglige tilnærmingen og at behandling, omsorg og støtte omfatter mye mer enn medisinsk behandling. I denne artikkelen brukes psykiatri og psykisk helsearbeid om hverandre.
- 6) Mange av dem som benytter seg av helsetjenesten foretrekker å se på seg selv som «brukere av tjenestene» fremfor som pasienter. Det siste gir inntrykk av at de lider av en sykdom, og det er det mange brukere som ikke gjør. I denne artikkelen benyttes betegnelsene bruker og pasient synonymt.
- 7) (SSB, Helsestatistikk, 1989, s.15)
- 8) Dette gjelder i det såkalte TIPS prosjektet (Tidlig Intervensjon ved PSYkoser) der det er drevet massiv opplysnings- og annonseringsvirksomhet for å få tak i mennesker som kan gis en schizofrenidiagnose.
- 9) O.S. Dalgard, E. Kringlen, & A.A. Dahl: «Psykiatrisk epidemiologi». *Norsk Epidemiologi*; 2002, 12 (3): 161-162. O.S. Dalgard, «Psykiatrisk epidemiologi i Norge – et historisk tilbakeblikk.» *Norsk Epidemiologi*. 2002, 12 (3): 163-172.
- 10) Undersøkelsen baserte seg på et utvalg på 2000 personer i Oslo og 1000 i Sogn og Fjordane i aldersgruppen 18 til 65 år. E. Kringlen, S. Torgersen, & V. Cramer, «A Norwegian psychiatric epidemiological study». *American Journal of Psychiatry*; 158: 1091-1098, 2001.
- 11) Livstidsprevalens i Oslo er også beregnet for utvalgte lidelser: Alvorlig depresjon (7.3%); Fobier (11.1%); Sosial fobi (7.9%); Panikk angst (2-3%); Personlighets forstyrrelser (13.4%); Alkohol misbruk/avhengighet (10.6%).
- 12) Kringlen, Torgersen og Cramer, op.cit.
- 13) Kringlen, Torgersen & Cramer, op.cit. I en multisenter studie fra 1996-97 i fem europeiske land var fire ukers prevalens for depresjon i Oslo 8.8 % (12 % for kvinner og 5.6 % for menn). Raten var den samme i Turku (Finland), høyere enn i Santander (Spania) (2.6%) og lavere enn i Dublin (12.3%) og Liverpool (17.1%). J.L. Ayuso-Mateos, J.L. Vazquez-Barquero, C. Dowrick, V. Lehtinen, O.S. Dalgard, P. Casey, C. Wilkinson, H.Lasa, H. Page, G. Dunn, G. Wilkinson, & the ODIN Group «Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study.» *Br J Psychiatry*; (2001) 179: 308-316.
- 14) J.V. Lavigne, R.D. Gibbons, K.K. Christoffel, *et al.*, «Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent psychiatry*.35: p. 204-14, 1996. Opptrappingsplanen refererer til dette og det betyr i så fall at 60% av de unge ikke

- får hjelpen de trenger. V. Halsteinli. «Nasjonale utviklingstrekk i BUP», I H. Hagen (red) *Psykiatritjenesten – på rett veg?* Trondheim: SINTEF/Unimed, p. 81-99, 1998.
- 15) Se A. Kolstad, «Mental helse, sykdom og samfunn. De psykologiske dysfunksjonenes sosiokulturelle grunnlag.» I A..J.W. Andersen og B. Karlsson (red) *Psykiatri i endring*, Gyldendal, Oslo 1998.
 - 16) P.B. Pedersen, «Theories on the de-institutionalisation of psychiatric services: Does politics matter?» Innlegg på 7th National Conf. in Political Science, Røros, Januar, 1999.
 - 17) H. Hagen, & T. Ruud, *Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20 november 2003*. Rapport 3/04. Trondheim: SINTEF/Helse, 2004.
 - 18) Sosial- og helsedepartementet. 1997, op.cit.
 - 19) I den nordligste helseregionen er det bare 3 privatpraktiserende psykologer med avtale for hver 100,000 innbygger, mens det i den tettbefolkede østlige regionen er 13.3 per 100,000. For psykiaterdekningen er det tilsvarende forskjeller.
 - 20) Kilde: WHO Report, 2005, Tabell 5, pp 196-197.
 - 21) J.O. Johannessen, «Schizophrenia – incidence and significance». *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 2002; 122:2011-4.
 - 22) Siden 1979 har pasientene blitt kartlagt hvert femte år. Resultatene er gjengitt i: B. Øgar, *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1979*, Report 5/81, Trondheim: SINTEF/NIS, 1981. B. Øgar, A. Kolstad, & O. Kindseth, *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1984*, Rapport 5/86, Trondheim: SINTEF/NIS, 1986. H. Hagen, *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1989*, Rapport 6/92. Trondheim: SINTEF/NIS, 1992. H. Hagen, *Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1994*, Rapport 97. Trondheim: SINTEF/NIS, 1997. H. Hagen, *Pasienter i psykisk helsevern for voksne*, Report 5/01. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, 2001 H. Hagen (ed) *Opptappingsplanen for psykisk helse – status etter fire år*. Report 3/03. Trondheim: SINTEF/Helse, 2003. H. Hagen, & T. Ruud, *Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20 november 2003*. Rapport 3/04. Trondheim: SINTEF/Helse, 2004.
 - 23) H. Hagen, & T. Ruud, 2004, op.cit.
 - 24) H. Hagen, & T. Ruud, 2004, op.cit.
 - 25) I november 2003 var 2000 pasienter (52 per 100,000 innbyggere 18+) institusjonalisert med schizofrenidiagnose.
 - 26) H. Hagen, *Pasienter i psykisk helsevern for voksne* Report 5/01. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, 2001
 - 27) Hagen, 2001, op.cit.
 - 28) T. Hatling, T. Krogen, & P. Ulleberg, Compulsory admissions to psychiatric hospitals in Norway – international comparisons and regional variations. *Journal of Mental Health*, 2002, 11(6), 623–34.