

Endringer av psykiatrien, først innenfra (1960-80), deretter utenfra (1980-2023)

av Svein Haugsgjerd



AARHUSJAN23

Endringer av psykiatrien, først innenfra (1960-80), deretter utenfra (1980-2023)

I årene 1960 til 1980-tallet skjedde det en dyptgående endring av holdninger i psykiatrien. Det skjedde et oppgjør med den tradisjonelle kustodiale holdningen til pasienter med psykotiske lidelser. Lobotomi ble en skamplott for faget, og mens den aktive behandlingen tidligere bestod av antipsykotiske medisiner i store doser og ECT, kom nå psykoterapeutiske ideer frem og la grunnlaget for såkalte terapeutiske samfunn, med gruppeterapi, miljøterapi, individuell psykoterapi og familieterapi. Det skjedde gradvis en humanisering av psykiatrien. Pasienten ble sett som et menneske, rammet av vanskelige oppvekstforhold. Det var engasjerende og inspirerende å arbeide i slike terapeutiske samfunn.

Det skjedde imidlertid en endring utenfra i løpet av 1980-tallet, en

endring drevet av resonnementer om kost/nytte. Det handlet i første omgang om rammevilkår og finansieringsmodell, men formet gjennom dette hvordan de styrende myndighetene tenkte omkring hva som er god (nok?) behandling. Og dette fikk igjen store konsekvenser for både hjelptrengende mennesker med alvorlige psykiske lidelser, og for behandlerne som hadde ansvaret i praksis.

På 1990-tallet kom utredningen *Åpenhet og helhet* – som inneholdt mange progressive tiltak, spesielt ved utbygningen av poliklinikkene (DPS). Men den åpnet også for sterkere politisk/økonomisk styring av det som tidligere var fagmiljøenes ansvar og rettigheter. I utgangspunktet virket det fornuftig at psykiatrien måtte organiseres slik at det ble et smidig samspill mellom døgnavdelingene (sykehusene) og poliklinikkene. Ved at mennesker med psykiske vansker fikk tidlig hjelp forventet man at mange ble hjulpet til tilfriskning og dermed unngikk å bli innlagt. Sykehusene med sine tre vaktskift hvert døgn betydde store lønnsutgifter. Og ved at

alle såkalt «ferdigbehandlede» (dvs. uhelbredelige) psykotiske mennesker ble overflyttet til lavt bemannede sykehjem, kunne pengene brukes bedre, nemlig til å utvikle det polikliniske tilbudet.

Men for å foreta disse endringene måtte sektoren psykisk helse organiseres på en helt ny måte. Som sjefslege på Gaustad 1988-91 var jeg vitne til de første forandringene. Konsernmodellen (1989) betydde at de psykiatriske sykehusene ble underlagt et overordnet helsekonsern. Vi fikk et nytt økonomisk rapporteringssystem for å kontrollere om vi holdt oss innenfor budsjetttrammen. Vi ble informert om utviklingen av DRG-systemet, som skulle sette en prislapp på hver enkelt innleggelse, hver enkelt diagnose og hver enkelt behandlingsprosedyre. Dette skulle legges til grunn for prinsippet *Innsatsstyrt finansiering*. Personalavdelingen ble gjort om til HR-avdeling – hver enkelt ansatt var ikke lenger et individ med sin formelle og uformelle kompetanse, sine sterke og svake sider, men bare en ressurs, en innsatsfaktor i «produksjonen av psykisk helse».

Det er tragisk at de som styrte (og fremdeles styrer) denne endringsprosessen, ikke har noen faglig forståelse av den grunnleggende forskjellen mellom somatiske sykdommer og psykiske lidelser. Tidligere

helseminister BH Hansen holdt i sin tid frem som et forbilde for alt helsearbeid, fysisk som psykisk: Lær av Toyota-fabrikkene. Etabler en logistisk praksis hvor hver pasient umiddelbart får det riktige behandlingstiltaket. Dette betyr krav om evidensbasert behandling, effektivisering og kostnadskontroll. Pasienten skal tilbys behandling på laveste effektive omsorgsnivå – det såkalte LEON-prinsippet.

Når det gjelder somatiske sykdommer kan vi ved hjelp av blodprøver, røntgen, MR- og CT-undersøkelser stille presise, avgrensede diagnoser, og på den bakgrunnen kan vi sette inn de riktige behandlingstiltakene.

For psykiske lidelser stiller det seg annerledes. Vi vet at de aller fleste slike lidelser – kanskje alle – har med vanskelige oppvekstvilkår, skadelige livshendelser, traumer, stress og ødelagt stresstoleranse å gjøre. Det er gradforskjeller og en viss overlapping mellom de ulike tilstandene, og alle har med utrygg tilknytning, tap og sviktende selvfølelse å gjøre – fra tidligste barndom og oppvekst av og til den psykososiale situasjonen i dag. Dette er i vår tid dokumentert fra så vel nevrobiologisk og nevropsykologisk som psykososial forskning.

Det som kreves for god psykiatrisk behandling er etablering av en tillitsrelasjon til en eller flere empatiske,

selvreflekterte behandlere som kan følge opp over tid – måneder eller år. Kompetanse for slikt behandlingsarbeid krever tid, grundig egenerfaring gjennom egenbehandling, og god tilgang på kollegial veiledning.

Er velferdsstaten «for kostbar» i dag?

Langvarige psykoterapeutiske behandlinger er selvsagt kostbart. Men er det *for* kostbart? Tenk på alle de som har gått til grunne fordi de ikke har fått god behandling – hva det betyr i tapt livskvalitet, tapt arbeidsinnsats, tapt muligheter for familieliv og reproduksjon. Kan dette måles i penger?

I hele etterkrigstiden stod tanken om Norge som velferdsstat sterkt. Utdanning og helsetjeneste skulle være et gratis fellesgode for alle, uansett økonomi. Staten sørget for livsnødvendigheter som utbygging av transport, vann og avløp, elektrisk strøm, post og telefontjeneste. Fra 1980 av spredte ideen om mindre stat, mer fritt marked seg, først fra Reagans USA og Thatchers England.

Innen helsefeltet representerte overgangen til forretningslignende helseforetak et vendepunkt, senere fulgt opp med samhandlingsreformen, pakkeforløpene og prinsippet om innsattsstyrt finansiering av helseforetakene.

I dag ser vi at bevilgningene til spesialistutdanning i dynamiske psykoterapiformer strupes, og at privatpraktiserende blir oppfordret til å danne fellespoliklinikker som utformer sitt behandlingstilbud ut fra anbudsprinsippet.

Behandlernes oppgave skal først og fremst være diagnostisk utredning, deretter så kortvarige behandlingsforløp som mulig. Poliklinikkene avviser nå ca. en tredjedel av de henviste pasientene, og sender dem tilbake til fastlegene og de pårørende. Poliklinikkene anbefales å gå over fra samtaler på kontoret til digitale pasientintervjuer for å spare tid. Det drøftes om hvorvidt man kan sende deprimerte og tidligere suicidale pasienter hjem til «hjemmesykehus» utstyrt med en alarmknapp for å tilkalle en vakthavende kommunesykepleier i tilfelle forverring.

Vi ser at behandlingsplasser for både barn og voksne stadig trappes ned, og det kuttes i antallet ansatte behandlere. Den dramatiske mangelen på langtids behandlingsplasser for psykotiske mennesker – på to tiår redusert med 70 % - har medført et antall tragiske tilfeller hvor mange mennesker har blitt drept av personer med kjent psykoselidelse.

Fagorganisasjonene og deres tillitsvalgte protesterer, men blir ikke hørt. Foretaksledere og ansvarlige

politikere går inn for ny behandlingsteknologi og raskere oppfangning av hjelptrengende.

Svein Haugsgjerd
Psykiater og forfatter
svein.haugsgjerd@gmail.com

Overgangen fra etterkrigstidens offentlige helsevesen til dagens markeds-lignende helseregime, betyr farvel til velferdsstaten og velkommen til konkurransestaten. Vi har gått over fra prinsippet «imøtekommelse av allmenne helsebehov» til prinsippet «bærekraftig økonomisk vekst» under slagordet «først **skape** rikdom for deretter å **dele**». I løpet av ti år har vi i Norge fått en sterk økning av forskjellen mellom fattig og rik. 150.000 barn bor nå i fattige familier, mens vi har fått mer enn hundre nye milliardærer, halvparten av dem flytter til Sveits for å slippe skatt. Slagordet «skape for så å dele» betyr i sin ytterste konsekvens «fritt frem for grenseløs grådighet».



Men har nå psykoanalysen noe å bidra med i diskusjonen om denne verdensomfattende samfunnsendringen? Ja! I 1910 beskrev Freud de to prinsippene for psykisk fungering: lystprinsippet på den ene siden, styrt av Das Es, og realitetsprinsippet, hvor Das Ich modifierer lystsøkingen ut fra en forståelse av konsekvensene av utøylet, egoistisk lyst. Psykoanalysen er derfor bærer av en etisk forpliktelse, ikke bare overfor den enkelte hjelptrengende person, men også overfor det sosiale fellesskapet.