

I 2011 ga Folkehelseinstituttet ut en rapport om psykisk helse, med tittelen "Bedre føre var", hvor man blant annet gikk inn for omfattende lavterskeltilbud.⁴ I dette notatet argumenteres det for en "heller etter snar"-holdning: I stedet for å prioritere lavterskeltilbud for alle, bør de som virkelig sliter, med alvorlig svekket funksjonsgrad, prioriteres.

Det innebærer også et tydeligere skille mellom hva som er "normalt" og hva som er "sykt". Det vil her argumenteres for at skillet i større grad bør dreie seg om funksjonsfall. Psykiske lidelser som brått fører til en betydelig svikt i normale livsfunksjoner, bør behandles som en akutt lidelse i helse-tjenesten. Det er med andre ord her hovedressursene bør settes inn.

Del 1: Ulike trender

Hva skjer med oss nordmenn og med det norske samfunnet når stadig flere av våre plager tolkes, forklares og forventes "løst" med psykiaternes og psykologenes begreper? Hvor stort rom skal vi ha for menneskelig mangfold, og hvem bestemmer hva som er normalt?

Filosof Lars Fredrik Svendsen, tilknyttet Universitetet i Bergen og Civita, spør om vi er i ferd med å få "et stadig snevrere og mer idealisert bilde av «det normale»".⁵ En eventuell diagnoseepidemi handler nemlig også om hva som er å regne som alminnelig akseptert. Svendsen har introdusert begrepet "den mentale catwalken"⁶ for å beskrive presset for å tilpasse seg en fiktiv mal. Det snakkes ofte om usunne og urealistiske kroppsidealer i samfunnet, men urealistiske idealer for mentaltilstanden kan også være skadelige.

Vitenskapsjournalisten Robert Whitaker skriver i sin prisvinnende bok *Anatomy of an Epidemic*:

Enda verre er det med våre barn, som den første generasjon i menneskehetens historie, vokser opp med "psykisk sykdom" som en vedvarende skygge. Det er ikke lenge siden "klassens klovn", "bråkmakeren", "bølla", "nerden", "den sjenerte", "lærerens kjæledegge" og en hel rekke andre gjenkjennelige typer, fylte skolegården. De ble alle betraktet som mer eller mindre normale. Ingen visste hva man kunne forvente av disse barna når de ble voksne. Det var en del av livets vidunderlige uforutsigbarhet. Klassens klovn kunne kanskje dukke opp på klassens 20-årsfest som velstående gründer; den sjenerte jenta som en dyktig skuespiller.

Men i dag er skolegården fylt med barn som er diagnostisert med psykiske lidelser – særlig gjelder dette diagnosene ADHD, depresjon og bipolar lidelse. Disse barna er fortalt at det er noe i veien med hjernene deres, og at de kanskje må gå på psykiatriske medikamenter resten av livet, på samme måte som "diabetikere må ta sin insulin". Påstanden og sammenligningen med diabetikeren legger føringer for barna på lekeplassen og gir en annen tilnærming til den menneskelige natur. En tilnærming som er radikalt forskjellig fra den barn lærte bare tiår tilbake.⁷

Denne beskrivelsen er riktignok satt på spissen og hentet fra en amerikansk kontekst, der særlig medikamentell behandling er gjennomført i en mye større skala enn i Norge. I USA har nå hver femte gutt i alderen 14-18 år diagnosen ADHD, og halvparten av disse bruker sentralstimulerende midler for å bedre konsentrasjonsevnen.⁸

Men trendene er i ferd med å gjøre seg gjeldende i Norge også. Vi ser det i veksten i ADHD-medisinering, vekst i bipolare lidelser, Aspergers syndrom og en kraftig vekst i utskrivning av antidepressiva til jenter under 20 år. Og den voldsomme veksten har skjedd på svært kort tid.

Ulike symptomer vil tolkes ulikt avhengig av hva vi ser etter. Filmskaper Erlend E. Mo poengterte dette i sin film om barn som får ADHD-diagnose: "Det andre så som klare symptomer på ADHD, opplevde jeg ofte som forståelige reaksjoner på naturlige savn i barnets eget liv".⁹

Del 2: Diagnoseepidemi?

I 2011 var hver tredje uførepensjon tilskrevet en psykisk lidelse. Over halvparten av dem som fikk uførepensjon før de var fylt 40 år, fikk uførepensjon med psykisk lidelse som medisinsk begrunnelse.¹⁰ De siste syv årene har bruken av antidepressiva hos jenter mellom 15 og 19 år økt med 53 prosent.¹¹ Og på 10 år er medisineringsfor ADHD-diagnoser tredoblet.¹²

Dette skjer på samme tid som det verken kan påvises økt sykkelighet i befolkningen, eller svekket mental folkehelse over tid.¹³

Det er også paradoksalt at dette skjer i samme tidsperiode som vi har hatt en historisk vekst i levestandard. Norge er av FN kåret til verdens beste land å bo i.¹⁴ Og nordmenn skårer på topp i internasjonale undersøkelser både når det gjelder selvopplevd lykke, tilfredshet med livet og sosial omgang med venner, familie og kollegaer.¹⁵

Så hvorfor er det slik? Spørsmålet er for stort og komplisert til å besvares dekkende her. Men noen relevante teorier kan trekkes frem:

Den første teorien kan kalles diagnoseepidemiteorien: Mye av det vi før regnet som en del av det normale, er nå flyttet inn i diagnosens forklaringsrom og samtidig sykelliggjort.¹⁶

Men alene forklarer ikke dette *hvorfor* vi stadig oftere diagnostiserer det normale. En forklaring er at grensene mellom det normale og det syke har blitt utydelige. "Bildet vi presenteres for av den mentalt friske, er en så ekstrem idealisering at selv den friskeste blant oss vil komme til kort," skriver filosof Lars Fredrik Svendsen.¹⁷ Dette henger sammen med en sterk trend i vår samtid om forebygging og ønsket om å oppdage potensiell sykdom tidlig i forløpet.

Joel Paris, som er en nestor i psykiatrifaget og sjefredaktør for The Canadian Journal of Psychiatry, har funnet grunn til å rope varsku. Grensene mellom normalt og sykt gjøres så utydelige at det fører til sykelligjøring og overbehandling.¹⁸

En annen forklaring er at systemet avler diagnoser. Sykefravær begrunnes med psykiatriske diagnoser for å utløse sykepenger. Dødsfall i nær familie, en opprivende skilsmisse, tunge omsorgsoppgaver eller en betent konflikt på jobb gir ikke rett til sykmelding. Derfor bruker mange fastleger P-diagnoser (psykiatriske diagnoser i primærhelsetjenesten), selv om det egentlig handler om noe annet.¹⁹ Dette havner så i statistikken over psykiske lidelser i befolkningen.

En tredje forklaring kan være at samfunnet har blitt vanskeligere. Det moderne samfunnet går raskere og har høyere krav til produktivitet. En "generasjon prestasjon" har blitt fortalt av foreldrene deres at de kan få til hva som helst.²⁰ Sosiale medier forsterker forventningspresset: Det er vanskeligere å ha det vondt når alle andre har det godt. Det er krevende både å avkrefte og bekrefte en slik hypotese. Samfunnet og kulturen er i stadig endring, og det er vanskelig å si hva som påvirker hva.

Noen momenter som kan tale mot, er at hverdagen slett ikke var særlig enkel for folk før heller. Arbeidslivet var mer krevende.²¹ Mentale lidelser var i større grad tabubelagte. Mer primitiv kommunikasjonsteknologi gjorde det betydelig vanskeligere å komme i kontakt med andre mennesker (noe som er viktig i et mentalt helseperspektiv), og vanskeligere å få tak i hjelp dersom man trengte det.

En teori som står i delvis motsetning til det ovenstående er at ny kunnskap har ført til at vi i større grad enn tidligere avdekker og forstår psykiske lidelser. En slik tilnærming kombineres gjerne med en tro på at disse kan stoppes tidlig.

Arne Holte ved Folkehelseinstituttet uttrykker det slik:

Jo raskere problemene oppdages og behandles, desto større er sjansene for at de kan løses. I dag er vi i stand til å undersøke hver eneste tann til hvert eneste skolebarn i landet, og gjøre noe med tannhelsen før det utvikles alvorlig tannråte. Å lage et sikkerhetsnett for å fange opp de som trenger hjelp med psykiske problemer skulle ikke være vanskeligere. Og det er den beste og viktigste investering vi kan gjøre innen psykisk helse for barn og unge i vårt samfunn.²²

Det er all grunn til å tro at vi i dag vet mer om psykiske lidelser enn vi gjorde tidligere, da diagnosetallene var lavere. Men det betyr ikke at overdiagnostisering ikke er et problem. Og dokumentasjonen på at tidlig intervensjon overfor milde psykiske symptomer vil hindre mer alvorlige psykiske lidelser, slik Holte gir uttrykk for, er begrenset. Dette vil gjennomgås i større detalj i del 4.

Psykisk lidelse eller samfunnsproblem?

Det har vært en voldsom vekst i antall sykemeldinger på grunn av lette psykiske plager de siste årene. Fastlege Morten Laudal skriver på NRK Ytring: "Mye av psykiatriepidemien kan forklares med normale reaksjoner på alminnelige livshendelser."²³ Dette kan både føre til for høy grad av sykemelding og til overbehandling. Begge deler kan være skadelig i et mentalhelseperspektiv.

Det er dessuten farlig, dersom det som er en naturlig del av livet blir sykelliggjort. Som Monika K. Gullslett skriver i Dagsavisen: "Fastlegen kan ikke skrive sorg i sykemeldingen, men må konstruere en diagnose."²⁴

Hvordan henger grad av uførhet og langtids sykefravær sammen med hvordan arbeidslivet fungerer? Professor John Gunnar Mæland studerte dette fenomenet i boken *Trygd eller arbeid, et sosialmedisinsk perspektiv på sykefravær og uførhet*.²⁵

Her viser han blant annet at hovedproblemet for dem som blir tildelt uføretrygd i ung alder, er at de ikke er rustet for å takle dagens arbeidsliv og dagens krav til produksjon. NAVs inngangsbillett til disse ytelsene er sykdom, skade eller lyte. Derfor må plagene beskrives i medisinske termer. De må

gjennom diagnostikk og behandling og får uførepensjon i stedet for reell kvalifisering. Arbeidslivets krav til produktivitet er sannsynligvis det som stenger dem ute fra arbeidslivet:

Uførepensjonering for psykiske lidelser er blitt mer vanlig, skjer ved yngre alder og forårsaker dermed flere tapte arbeidsår enn noen andre diagnosegrupper ... mulige forklaringer er at psykiske lidelser i større grad enn tidligere er akseptert som årsak til nedsatt arbeidsevne, samt at endringer i arbeidslivet kan ha gitt en redusert mulighet for arbeidsdeltakelse for personer med psykiske lidelser.²⁶

Fafo-forsker Anne Hege Strand har uttalt at "systemet legger opp til at personer først må gjøres syke før systemet kan tilby hjelp".²⁷ Hun spør videre om veksten i psykiske lidelser blant unge egentlig er et uttrykk for mangel på tilgang til arbeid for unge som har kommet skjevt ut.

Flere har spekulert i om det høye antallet diagnoser kan skyldes behov for å bli sett av helsevesenet. Psykiater Per Willy Antonsen sier til VG (12.11.2009) at "vi noen ganger kanskje setter diagnose for å skaffe hjelp i et system som verdsetter diagnosene veldig høyt". NAV etterspør diagnoser for å rettferdiggjøre og utløse tiltak for enkeltpersoner. PP-tjenesten vil få tilgang til ekstra ressurser dersom barn med ekstra behov får en diagnose. Vi har laget et system som gir insentiver til diagnoser, og dermed risikerer vi at systemet avler dem.

For å gjøre de riktige prioriteringene fremover, er det viktig å forstå om det vi er vitne til, er en reell vekst i sykkelighet eller om det er uttrykk for noe annet.

Del 3: Myter og fakta om psykisk helse i Norge

De siste årene har vi sett et enormt oppsving i anerkjennelsen av psykiske lidelser, både statusmessig og beløpsmessig. Det er i utgangspunktet et gode. Samtidig krever dette at premissene debatten føres på, stemmer med virkeligheten. I det følgende vil tre konkrete påstander som har preget den nasjonale debatten om psykisk helse, gjennomgå.

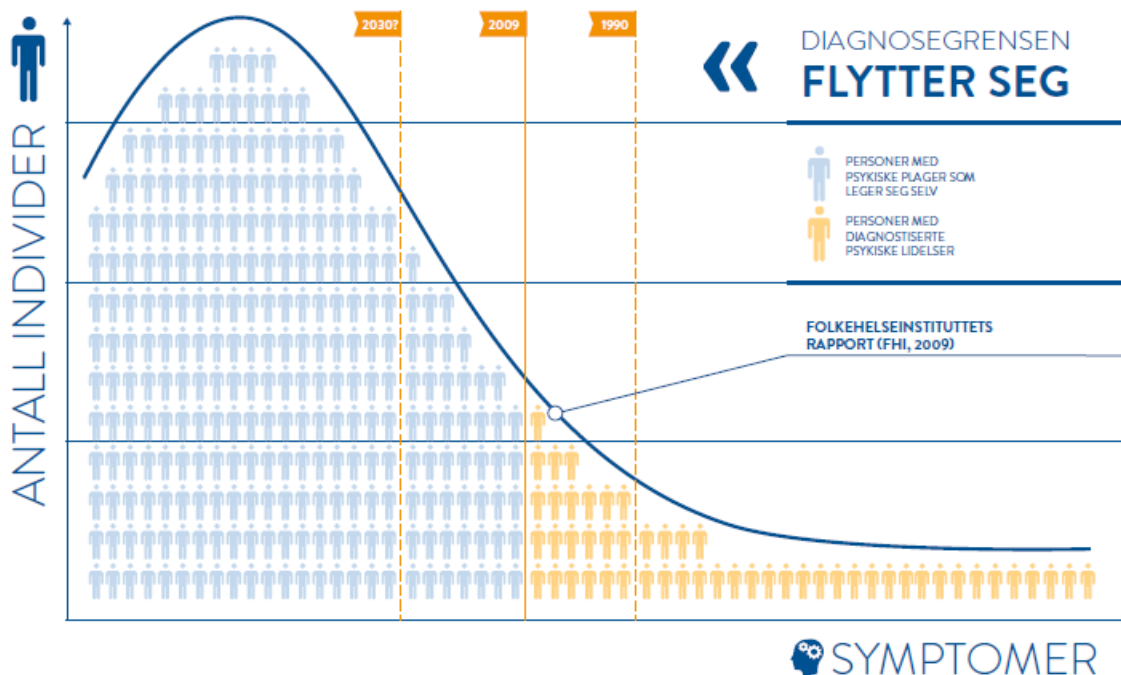
Påstand 1: Det er en betydelig vekst i psykiske lidelser

Folkehelseinstituttets rapport "Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv" markerte et skille i offentlig debatt om psykisk helse.²⁸ Dette var det første forsøket på å kartlegge omfanget av

psykiske lidelser i befolkningen ved epidemiologiske undersøkelser. Her ble det hevdet at opp mot halvparten av befolkningen vil ha en psykisk lidelse i løpet av livet, og opp mot 30 prosent i løpet av et år.

Men omfanget av psykisk sykdom i Norge har ligget stabilt de siste tiårene.²⁹ Det er ingen sikre holdepunkter for å hevde at vi ser en reell vekst. De stigende kurvene over psykiske lidelser kan best forstås som et resultat av en sterk vekst i antall psykiatriske diagnoser og lavere inngangskriterier for å kvalifisere til en diagnose. I tillegg kan en årsak være forventninger i samtiden om at livet skal og bør være problemfritt. Antall diagnoser som benyttes, har steget fra rundt 100 til 350 på få tiår.³⁰ Dette påvirker hva vi regner som en del av det normale livet.

En mulig tolkning her er at vi i dag har større kunnskap om psykiske lidelser, og dermed avdekker flere lidelser som tidligere ikke ble avdekket. Dette er en rimelig hypotese, men dersom dette skulle stemme, medfører det heller ikke en reell vekst i antallet psykiske lidelser.



Figur 1: Nye diagnostiske kriterier fører til at stadig flere plager, vansker og variasjoner kan falle inn under betegnelsen "psykisk lidelse". Dette endrer forståelsen av hva som er normalt. Figuren er en mulig fremskrivning av antall diagnostiserte psykiske lidelser.

(Illustrasjon: McCann)

Nivået av psykiske plager som ble målt i Levekårsundersøkelsen i 2005, var signifikant lavere enn i Levekårsundersøkelsen 1998.³¹ Forskningsresultater fra USA og Europa, og undersøkelser fra Norge, gir ingen støtte for at det skal ha skjedd en forverring i folkehelsen med økt forekomst av psykiske lidelser.³²

To sentrale amerikanske psykiatere har slått alarm om det de anser som en overdiagnostisering. Nye diagnostiske kriterier for psykiske lidelser skaper en ny "epidemi" av psykiatriske "sykdommer". Det er ikke hvem som helst som advarer. Det dreier seg om redaktørene av arbeidet med tidligere versjoner av de psykiatriske diagnosesystemene DSM 4 og DSM 3, Allan Frances og Richard Spitzer (DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Frances skriver:

Min påstand er at menneskenaturen er motstandsdyktig og endrer seg sakte, hvis den gjør det i det hele tatt. Det har ikke vært noen ekte epidemi – kun en løsere definisjon av sykdom som gjør det vanskeligere å bli sett på som frisk. Menneskene er uforandret. Det er diagnostiserende merkelapper som har forandret seg og blitt for elastiske.³³

Sammenliknet med andre land i Europa kan det se ut som om tilfredsheten med livet er relativt høy i Norge, og at andelen med betydelige psykiske plager er lav. I en stor Eurobarometer-undersøkelse³⁴ fant man i Norge at andelen av befolkningen som hadde "mye psykiske plager" var lavest blant samtlige land i undersøkelsen.

Også i en annen europeisk undersøkelse fant en at den psykiske helsen i Norge var meget god sammenliknet med andre land.³⁵ Denne undersøkelsen, som var basert på fem spørsmål med fokus på opplevelse av energi og vitalitet, viste at Norge kom best ut av samtlige land.

Upresist språk skaper forvirring

Psykiske plager/problemer: tilstander som oppleves som belastende, men ikke i så stor grad at de karakteriseres som sykdom med diagnoser.

Psykiske lidelser/sykdom: bare når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. Ofte, men ikke alltid, medfører psykiske lidelser høyere belastning enn psykiske plager. Psykiske lidelser registreres av erfarne klinikere og/eller ved hjelp av et strukturert klinisk intervju.

Alvorlig psykisk sykdom: skiller seg mer markant fra det som er normalt. Schizofreni og manisk depressiv lidelse er eksempler på disse sykdommene, og er de psykiske sykdommene som i størst grad ligner på sykdom i medisinsk forstand.

I det offentlige ordskiftet blandes disse begrepene ofte sammen og brukes for å beskrive én og samme utfordring – til tross for at det dreier seg om vidt ulike fenomener og utfordringer.

Påstand 2: Å få en psykiatrisk diagnose er det samme som å få påvist sykdom

Mennesker som har fått en diagnose av legen, vil ofte oppleve seg selv som syke, eller at de har fått påvist noe sykelig eller unormalt. Dette er også en vanlig folkelig forståelse av hva det vil si å ha en diagnose: Har du en diagnose, betyr det at du er syk.

Psykiatriske diagnoser er ikke nødvendigvis det samme som sykdom. Disse diagnosene er bare ulike samlinger av symptomkjennetegn, og mennesker kan oppleve de samme symptomene av vidt ulike årsaker. For eksempel vil de fleste som er i en tidlig sorgfase etter dødsfall i nær familie, kvalifisere til en eller flere depresjonsdiagnoser. Flere får det også. De færreste vil synes det er rimelig å kalle det for sykdom.

I en artikkel i Arbeid og velferd skriver Søren Brage m. fl: "Når vi så nærmere på de lettere psykiske lidelsene, fant vi at økningen i all hovedsak skyldtes symptomer og plager, nærmere bestemt «situasjonsbetinget psykisk ubalanse» og «uspesifiserte psykiske symptomer og plager.»³⁶ Dette er ikke nødvendigvis det samme som sykdom.

Påstand 3: Opp mot 50 prosent av befolkningen vil ha en psykisk lidelse i løpet av livet, mens opp mot 30 prosent vil ha en psykisk lidelse i løpet av et år

Dette er, som nevnt, Folkehelseinstituttets offisielle tall over forekomsten av psykiske lidelser i den norske befolkningen per i dag.³⁷

Disse tallene bygger på epidemiologiske undersøkelser og er basert på selvrappporterte plager, ikke dokumentert sykdom. Det aller meste av det disse tallene omfatter, handler ikke om tilstander som skal eller bør behandles og følges opp i helsetjenestene.

Kriteriet for å ha en psykisk lidelse er at den er mulig å diagnostisere. Folkehelseinstituttet definerer kriteriet for psykiske lidelser slik: Betegnelsen psykiske lidelser benyttes når symptombelastninger er så store og av en slik karakter at det kan stilles en diagnose. Psykiske plager defineres slik: Betegnelsen psykiske plager brukes om plager som kan gi høy symptombelastning, men ikke nødvendigvis så høy at de kan karakteriseres med diagnose.³⁸ Hvis det er riktig at 30 prosent av oss til enhver tid har en psykisk lidelse, trenger 1,5 millioner nordmenn psykisk helsehjelp årlig.³⁹

HAR DU NOEN GANG SAMMENHENGENDE I PERIODER PÅ 14 DAGER ELLER MER...



	JA	NEI
FØLT DEG DEPRIMERT, TRIST ELLER NEDFOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HATT PROBLEMER MED MATLYSTEN ELLER SPIST FOR MYE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VÆRT PLAGET AV KRAFTLØSHET ELLER MANGEL PÅ OVERSKUDD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIRKELIG BEBREIDET DEG SELV OG FØLT DEG VERDILØS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HATT PROBLEMER MED Å KONSENTRERE DEG ELLER VANSKELIG FOR Å TA BESLUTNINGER?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HATT MINST TRE AV DE PROBLEMENE SOM ER NEVNT OVENFOR SAMTIDIG?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørsmålene ovenfor har vært benyttet for å beregne livstidsforekomst (forekomst en eller flere ganger i livet) av alvorlig depresjon i befolkningsundersøkelser. De som svarer bekreftende på det siste spørsmålet og som samtidig oppgir å ha følt seg «deprimert, trist eller nedfor», klassifiseres som et tilfelle (case). Kravet til plagenes varighet er minimum 14 dager.⁴⁰

En psykiater eller psykolog som setter en diagnose, vil ikke nødvendigvis sette en diagnose fordi noen oppfyller kriteriene. I tillegg vil vedkommende undersøke om utslaget er klinisk signifikant, og om det er kulturelt unormalt. Spørreskjemaet ovenfor viser hvorfor befolkningsundersøkelser kan være relativt upresise verktøy.

Upresist språk kan også forsterke inntrykket av en psykisk helseepidemi. Da studenthelsetjenesten la frem sin studenthelseundersøkelse,⁴¹ førte dette til store overskrifter i de største mediene: "Hver fjerde kvinnelige student sliter med alvorlige psykiske plager," kunne VG melde.⁴²

Men hvis vi ser hva tallene omhandler, så er det selvrapporterte plager knyttet til sosial ensomhet, lav studiemestring, konsentrasjonsproblemer, dårlig selvbilde og dårlig kroppsbilde. I tillegg bidrar også høyt alkoholinntak til å forverre problemene for mange.

Plagene som rapporteres er helt reelle og krevende for dem det gjelder, men det dreier seg stort sett om faktorer som ikke har noe med sykdom å gjøre, og som heller ikke lar seg forebygge i helsetjenesten. Likevel var det en helsepolitisk debatt i etterkant av undersøkelsen.

Del 4: Sykdom eller normalt?

Angst og depresjon er en del av menneskets natur og har fulgt oss siden tidenes morgen. De er blant grunnstemningene i oss, og er ofte helt nødvendig for å få varsel om at noe er galt, eller at du bør fjerne eller tilføre noe i livet for å få det bedre. Det sies at angst er forandringens råmateriale, og at depresjon er et signal om belastende vilkår og hendelser i livene våre.

Problemet oppstår når det tar over livet. Når angsten styrer valgene. Når de mørke tankene stjeler all energi. Over tid. Og når det ikke blir bedre, føles det som om en synker stadig lenger ned i kvikksanden. Uansett hvor mye en prøver, kommer en ikke løs.

Angsten og depresjonen er nemlig også patologiske utslag av normale responser. Når disse blir sterke, resulterer det i alvorlig sykdom som kan nedsette våre livsfunksjoner like mye som ved mange kreft-, hjerte- og karsykdommer. Langtidsvirkningene av manglende eller feil behandling er

også ofte minst like alvorlige. Og smerten er utholdelig. Når det er slik, burde behandlingen av lidelsen starte umiddelbart, og ikke etter flere måneders ventetid, slik tilfellet ofte er i dag.

De fleste som har psykiske plager, får tilbake normal funksjon etter en tid. Det er normalt, behandling er unødvendig og den beste hjelpen finnes utenfor helsetjenestene. Et mindretall utvikler langvarige plager som hindrer dem i å fungere i hverdagen – såkalt funksjonsfall/funksjonssvikt. Det er dramatisk og krever rask oppfølging. For denne gruppen blir lidelsene langt verre, og ofte kroniske, uten rask og god hjelp.

Vi har ikke dokumenterte metoder for å forebygge eller forutse forløpet for en psykisk lidelse på individnivå.⁴³ Effektive folkehelseiltak bør derfor ikke primært handle om å tilby terapi til flest mulig. De mest sentrale arenaene for forebygging er familie, skole og arbeidsliv, og effektiv forebygging handler om mestring, livskunnskap og praktisk problemløsning – om å styrke det friske. Det er når plager blir sykdom at helsetjenesten må være der raskt.

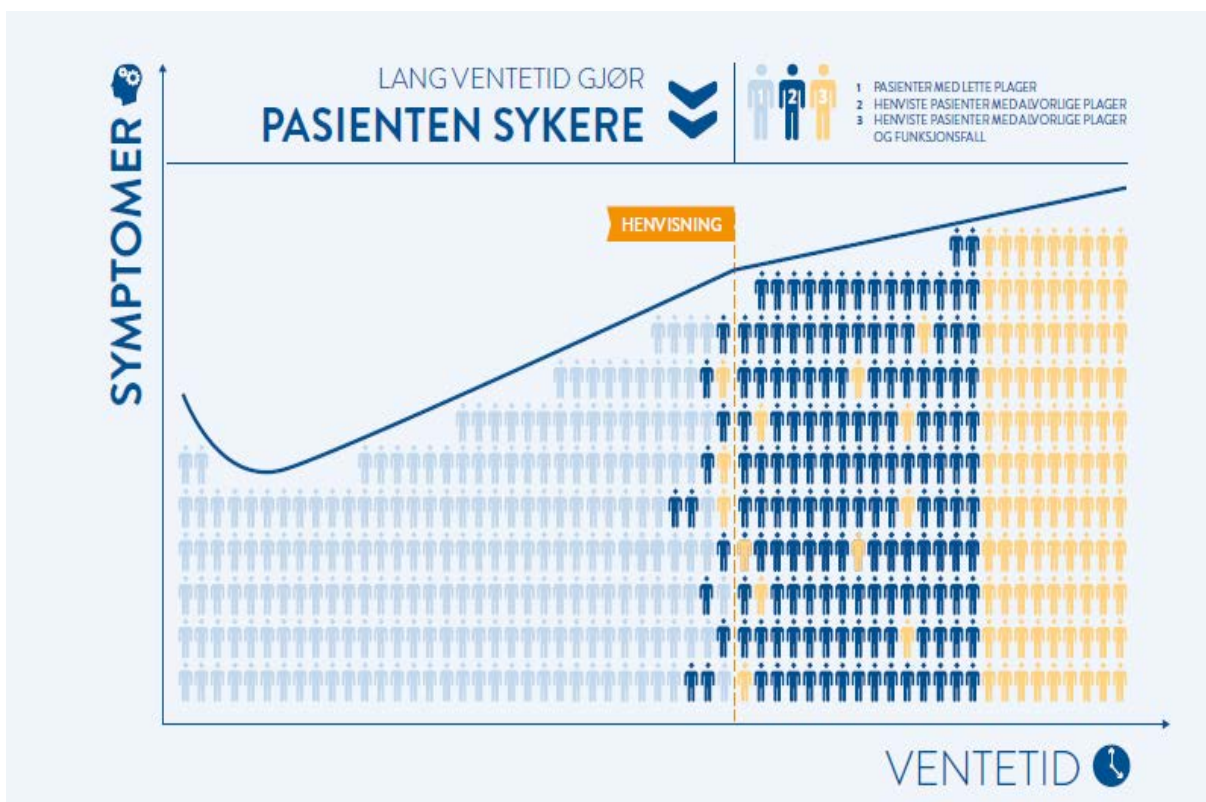
Det store problemet i dag er at vi oppdager ”svulster”, som stort funksjonsfall, og lar dem vokse. Det er mennesker som har en psykisk lidelse med stort funksjonsfall, som virkelig har mangel på raske og gode tilbud i dag. De blir ofte stående flere måneder i kø for en akutt tilstand (se figur 2).

De siste årene har det blitt opprettet nye helsetilbud med formål å møte psykiske folkehelseutfordringer. Deriblant forsøksprosjektet ”Rask psykisk helsehjelp”, som er i gang i 17 norske kommuner per i dag, og tilskuddsordningen til kommunepsykologer. Prinsippet for tiltakene er at de er gratis og uten krav til henvisning.⁴⁴

Oppbyggingen av et gratis lavterskeltilbud i kommunene, uten siling, kan gjøre at de med minst behov får rask «behandling» og blir gitt prioritet i helsetjenesten på kommunalt nivå. Internasjonalt diskuteres det hvorvidt forebygging etter modell av somatikk vil generere ny etterspørsel fra de friske på bekostning av de syke.⁴⁵ Paradoksalt nok kan oppbyggingen av lavterskeltiltak føre til en dreining av ressurser fra de sykeste til de minst syke, og dermed høyere terskel for dem som trenger hjelpen mest.

Oppsummert kan utfordringen i helsevesenet beskrives slik: Dersom du har en lite alvorlig tilstand, kommer du direkte til hjelp – gratis – uten henvisning og ventelister. Dersom du derimot er alvorlig syk, er veien til hjelp lang. Dette krever henvisning fra fastlege, og deretter en venteliste som kan vare i flere måneder. Alle som har hatt, eller kjenner noen med, alvorlig psykisk sykdom, vet at disse månedene kan være skjebnesvangre.

Vi må klare å bygge opp et apparat som raskt fanger opp og behandler psykiske lidelser som medfører betydelig funksjonssvikt.



Figur 2: For de fleste vil symptomene og plagene gi seg etter en stund. For noen vil plagene forverre seg over tid. Ved henvisningstidspunktet har ofte pasienten et brått og betydelig funksjonsfall, og er ute av stand til å fungere i hverdagen. På dette tidspunktet har plager blitt sykdom og behovet for hjelp er akutt. Paradoksalt nok er det disse pasientene som ofte må vente lengst på behandling.
(Illustrasjon: McCann)

God forebygging: Å styrke det friske

En blodprøve kan ikke avdekke en begynnende angstlidelse. Psykiske lidelser er ofte en reaksjon på stress og press over tid, og det henger nøye sammen med livshistorie, livssituasjon og livshendelser.

Vi vet at to eller flere negative livshendelser i løpet av et år, og økonomiske problemer, er de to viktigste risikofaktorene som kan utløse alvorlige psykiske lidelser.⁴⁶ Derfor kan vi ikke bruke samme folkehelseinnsats til psykiske lidelser som vi bruker for å forebygge diabetes eller høyt blodtrykk.

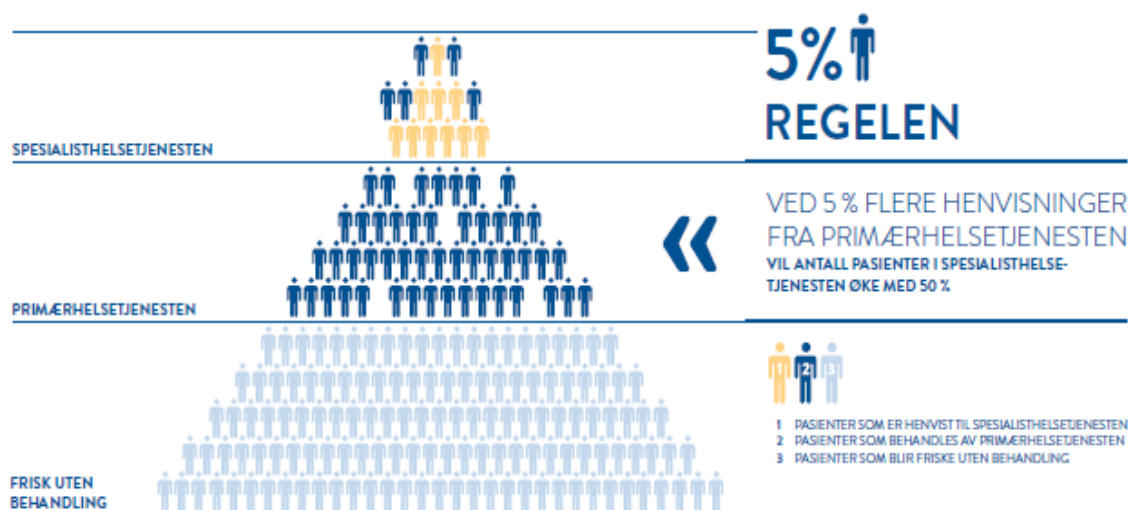
Psykolog Torkil Berge har fremhevet at "det mest antidepressive er forståelse, støtte og oppmuntring fra andre mennesker som gir deg følelsen av å bli verdsatt og respektert"⁴⁷. Sagt med andre ord: Lavterskel psykisk helsehjelp betyr ikke behandling eller terapi. De aller fleste har best nytte av praktisk hjelp til å løse hverdagsproblemer.

Det viktigste lavterskeltilbudet helsetjenesten kan bidra med, er for eksempel sosionomer, vernepleiere og sykepleiere og andre i førstelinjetjenesten som kan bistå med familiehjelp, økonomiplanlegging, hjelp til å slutte med cannabis eller trappe ned alkoholkonsum, støtte til å oppsøke nye sosiale nettverk, leksehjelp for å hindre dropout eller komme i gang med trening og bedre kosthold. God forebygging er hjelp til å mestre livet.

Både terapi og terapi i kombinasjon med medisiner, og bare medisiner for noen, er svært effektivt for dem som trenger det. Terapi eller medikamenter har ingen eller negativ effekt for folk som ikke trenger det. Forebygging etter modell av somatikk vil generere ny etterspørsel fra de friske på bekostning av de syke.

Spørsmålet blir da: Hvordan kan vi få bedre behandlingsskapasitet for dem som trenger det? Løsningen ligger kanskje i å gi rom for å prioritere dette innenfor de ordinære helsetjenestene. Disse eksisterer allerede, er tilgjengelig og godt kjent for alle innbyggerne, og de finnes over hele landet. Det er her vi kan få opp volumet og tilgjengeligheten for alle. Førstelinjetjenesten kan håndtere mye mer av både utredning av behandling. Dette vil også øke kapasiteten hos spesialistene i andrelinjetjenesten til å behandle dem som virkelig trenger det.

Vi vet at bare fem prosent flere henvisninger fra primærhelsetjenesten øker presset på spesialisthelsetjenesten med 50 prosent. Resultatene fra en fersk doktorgradsstudie i Tromsø indikerer en økning i fastlegenes henvisningsrate til spesialisthelsetjenesten på 50 prosent de siste 20 år.⁴⁸



Figur 3: Forholdstall mellom kapasitet i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Av en normalbefolkning på 1000 personer, vil i gjennomsnitt 150 personer motta en eller annen form for oppfølging i primærhelsetjenesten i løpet av en måned. I snitt blir 15 personer henvist til spesialisthelsetjenesten. Dersom fastleger og øvrig personell i primærhelsetjenesten henviser bare 5 prosent flere, vil presset på spesialisthelsetjenesten øke med 50 prosent.⁴⁹ (Illustrasjon: McCann)

Primærhelsetjenesten: Er et kommunalt ansvar. Primærhelsetjenesten (eller kommunehelsetjenesten som den het tidligere) blir ofte omtalt som førstelinjetjenesten, og omfatter blant annet kommuneoverlege, fastlege, legevakt, fysioterapitjenester, skolehelsetjeneste, helsestasjon, jordmortjeneste, sykehjem, hjemmetjenester og beredskapsarbeid.

Med samhandlingsreformen kom nytt kommunalt helselovverk; Helse- og omsorgsloven og Folkehelseloven. I den tidligere Kommunehelsetjenesteloven ble ikke psykisk helse nevnt med et ord. Nå er det tydeliggjort at helsetjenesten i kommunene i større grad skal diagnostisere, forebygge, behandle og rehabilitere psykiske tilstander.

Spesialisthelsetjenesten: Er et statlig ansvar. Fire regionale helseforetak skal sørge for at befolkningen får god tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester. Det ligger i navnet at dette er tjenester som bør sentraliseres på grunn av behov for høyspesialisert kompetanse og større fagmiljøer. Primærhelsetjenesten kan henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten kalles ofte annenlinjetjenesten, og består innen psykisk helsevern av:

- Sentraliserte sykehusavdelinger med spesialisert behandling.
- Distrikts-psykiatriske sentre (DPS) som er fordelt over hele landet som et mer desentralisert tilbud.
- Avtalespesialister – privatpraktiserende psykologer og psykiatere. Disse står for omkring en fjerdedel av alle polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten. Avtalespesialistene inngår avtaler med helseregionene om leveranse av helsetjenester innenfor et gitt inntaksområde.

Del 5: Lavterskeltiltak – tidens trend

”Tidlig innsats”, ”forebygging” og ”lavterskel behandling” er noen av tidens moteord. Alle de politiske partiene i Norge har programpunkter som fremhever behovet for å satse på lavterskel psykiske helsetilbud i kommunene. Det er bra at det er så stor enighet om behovet for å satse på psykisk helse i kommunene. Men, som ved all annen praksis i de offentlig finansierte helse-tjenestene, er det rimelig å stille krav til at effekten av tiltakene må kunne dokumenteres.

Flere aktører i debatten om psykisk helse tar til orde for å sette i verk brede folkehelseiltak. President i Norsk Psykologforening, Tor Levin Hofgaard, uttalte til Dagens Medisin 17.10.2014:

Gjør det like lett å få hjelp av psykolog som av fastlegen. (...) Sats massivt på forebygging. Innen somatikken har man hatt store folkehelsekampanjer på statlig nivå for å forhindre at folk utvikler diabetes, hjerte- og karsykdommer, kreft og alkoholskader. I psykisk helse finnes det ennå ikke ett eksempel på en slik satsing på forebygging.

Helseminister Bent Høie uttalte i 2010 til Tidsskriftet for Norsk Psykologforening at ”det bør bli like selvfølgelig å få hjelp til å kurere en rift i sjelen som en verkefinger”. Vi ser et ønske om å håndtere psykiske lidelser som folkehelseutfordring etter samme modell som somatikk: En medisinsk modell. Arne Holte ved Folkehelseinstituttet, uttalte følgende til Tidsskriftet for Norsk psykologforening i 2006:

Enklest er å anta at samme lov gjelder for psyke som for soma. Da satser vi ikke, som i Sverige og Norge, på de alvorligst syke. Vi prøver å få til en liten bedring av psykisk helse i allmennbefolkningen. Mens målet i somatikken kunne være å redusere blodtrykk i befolkningen med 2 prosent, ville vårt mål kanskje være å øke nivået av subjektivt velvære og redusere nivået av depresjon med 2 prosent. Kanskje ville det ikke gi færre tilfeller av schizofreni og ADHD, men trolig færre psykiske lidelser – og kanskje også bedre psykisk helse blant dem med schizofreni og ADHD.

Dette illustrerer en stor tro på bred og tidlig behandling. Det er ingen grunn til å diskreditere verken tidlig innsats eller lavterskel behandling. Men det er grunn til å påpeke noen svakheter ved premisene for en slik debatt:

For det første gir oppblåste tall dårlig styringsinformasjon. Statistikken over forekomst av psykiske lidelser har blitt ”en sannhet”. Dette gjennomgås mer i dybden på side 3 og 7 i dette notatet. Trond Aarre skriver i boken *Manifest for psykisk helsevern*:

Ingen mener vel at én av tre skal motta psykisk helsehjelp årlig? Oppblåste tall gir ikke bare myndighetene u håndterlige utfordringer når det gjelder dimensjonering av tjenestene og prioritering av knappe ressurser. Verre er det at de høye tallene innebærer en trivialisering av alvorlige psykiske lidelser. Parallelt skjer det en patologisering av normaliteten. Ingen av delene er et tjenlig utgangspunkt for å utvikle gode helsetjenester og et slagkraftig folkehelsearbeid.⁵⁰

I USA har overdiagnostiseringen gått enda lenger. Dersom man skal følge definisjonene i de nyeste diagnosemanualene (DSM – femte utgave) slavisk, har 80 prosent av de unge en psykisk lidelse innen de er fylt 21 år.⁵¹ Men vest-europeiske land er i ferd med å følge opp trendene fra USA. Tallene fra Folkehelseinstituttet har på få år redefinert psykiske lidelser fra å være relativt sjeldne til å bli den store folkehelseutfordringen i Norge.

For det andre vet vi lite om effekten av forebyggende tiltak i helsetjenesten. Det er aldri vist sammenheng mellom forebygging eller tidlig intervensjon av lettere psykiske lidelser og alvorlig sykdom. Derfor er det rart at dette synes å være utgangspunktet for mange av tiltakene som lanseres.

Dersom det var slik at vi hadde gode og dokumenterte metoder for å avdekke og stoppe psykiske lidelser på et tidlig stadium, ville dette være fornuftig. Men har vi det? Vi vet at milde depresjoner svært sjelden utvikler seg til mer alvorlige depresjoner.⁵² En studie viste at bare en tredjedel av tenåringer som tilfredsstilte kriteriene for depresjon, fortsatt gjorde det én måned senere. Dette tross for at de ikke hadde fått noen behandling.⁵³ Det tilsier at man bør være svært varsom med å sette i gang behandling for raskt.

Placebo eller ingen behandling har ofte like gode eller bedre resultater enn behandling for milde og moderate depresjoner og angstlidelser. Det er mange eksempler på at intervensjon kan forlenge og forverre plagene. Vitenskapsjournalisten Robert Whitaker har dokumentert dette grundig i boken *Anatomy of an Epidemic* fra 2011. Han viser til undersøkelser som tyder på at om lag 85 prosent av alle deprimerte vil bli friske av seg selv i løpet av et år, og at "det vil være ekstremt vanskelig for enhver intervensjon å påvise et resultat som slår dette".⁵⁴

For det tredje har psykiske lidelser blitt en sekkepost som gjør prioritering vanskelig. Statistikken over psykiske lidelser i Norge skiller ikke mellom det som er klinisk relevant og det som er normale plager. Dermed er det nesten umulig å lage treffsikre tiltak basert på statistikken.

Christopher Dowrick, professor i primærmedisin ved Universitetet i Liverpool sa det presist i sitt innlegg under The Economists konferanse The Global Crisis of Depression:

Det er galt å anta at milde tilfeller blir verre dersom de forblir ubehandlet, og at tidlig intervensjon er svaret for å avverge alvorlige lidelser. Denne antagelsen vil noen ganger fungere godt for kreft, men gjelder ikke depresjon. De fleste personer som blir deprimerte opplever milde depresjoner – og milde depresjoner går vanligvis over av seg selv. Vi vrir oppmerksomhet – og ressurser – fra dem som trenger hjelpen mest.⁵⁵

Dagens lavterskeltiltak bygger på filosofien ”bedre føre var”. Gode grunner taler for i stedet å støtte en holdning om ”bedre etter snar”.

Det store lavterskelforsøket i England

Engelske myndigheter iverksatte et stortilt forsøk med gratis lavterskel terapitilbud, uten henvisning, over hele landet. Dette skulle føre til en betydelig økonomisk innsparing, færre marginaliserte og et økt lykkenivå for den engelske befolkningen som helhet. Prosjektet utgjør i europeisk kontekst det hittil største forsøket på å innføre storskala lavterskel psykisk helsetilbud i form av psykoterapi. Det fikk navnet Increased Access to Psychological Therapies (IAPT).

IAPT skriver på sine hjemmesider at 45.000 personer har gått fra sykemelding til arbeid etter å ha fått tjenester fra IAPT. Men vi vet ingenting om dem som er tilbake i arbeidslivet har kommet raskere tilbake på grunn av IAPT, siden dette er den gruppen som normalt sett kommer seg på beina ved egen hjelp og litt tid. Forsøket var ingen kontrollert klinisk undersøkelse, og de fleste med mentale lidelser blir bedre av seg selv.

Forskere fra Chester’s Center for Psychological Therapies in Primary Care har dessuten analysert forsøket, og konkluderer med at IAPT blåser opp de offisielle tallene. Dersom man kun tok med pasienter som møtte visse kriterier, var bedringsprosenten på 44, slik IAPT viste til. Men dersom man tok med alle som hadde mottatt og gjennomført behandling minst én gang, sank tallet til 22 prosent. Dersom man regnet med alle som ble henvist til IAPT, lå tallet på 12 prosent. I tillegg var kostnadene 3,15 ganger høyere enn myndighetenes estimat.⁵⁶

Den norske utgaven

Helsedirektoratet har startet pilotprosjektet "Rask psykisk helsehjelp" for å prøve ut en norsk versjon av den engelske behandlingsmetodikken IAPT. 17 kommuner er med fra 2014. Tilbudet skal være et lavterskeltilbud; det skal være gratis for brukerne, det skal gi direkte hjelp uten henvisning.⁵⁷

Så hva bør vi gjøre annerledes i Norge? I følge Hans M. Nordahl ved NTNU, trolig den fagpersonen i Norge som har fulgt IAPT tettest over tid, var den store tabben i England den naive troen på at "hvem som helst" kunne utføre kognitiv terapi – som om terapien som teknikk i seg selv har en helbredende effekt. Kvaliteten er ikke mindre sentralt i psykoterapi enn i all annen behandling. I England ble ønsket om å vise politisk handlekraft viktigere enn innholdet i det tilbudet som ble bygget opp. Dette har ført til enklere tilgang på behandling for de friskeste, mens det ikke har medført bedring av tilbudet til de som trenger det mest.

Ole Rikard Haavet, en av landets fremste forskere på effekten av lavterskeltilbud, påpeker at standardiserte lavterskeltilbud som IAPT lett vil bomme på målgruppen. Det er verdt å merke seg at mye tyder på at dagens KID-kurs (kurs i depresjonsmestring) oppsøkes av de friske ungdommene som – hvis de blir syke – har størst potensiale for å bli friske av seg selv⁵⁸.

Fire kriterier for å få effekt av lavterskeltiltak

En gjennomgang av lærdommen fra det største forsøket på tidlig innsats og forebygging av psykiske lidelser på befolkningsnivå, tyder på at vi i Norge – for å treffe dem vi ønsker å treffe – bør ha følgende fundamentaler:

- Terapien må utføres av personell med klinisk erfaring og evne til å skille det normale og vanskelige fra det syke.
- En modell med rask psykisk helsehjelp bør organiseres innenfor nåværende struktur og som en integrert del av primærhelsetjenesten.
- Vi må unngå å skape et tilbud som øker etterspørselen etter helsehjelp fra personer som er friske.

- Tjenesten må gi god informasjon om tilbud i regi av frivillige organisasjoner, frisklivssentraler og andre arenaer utenfor helsetjenesten. De aller fleste får antagelig best hjelp utenfor helsetjenesten.

Med andre ord trenger ikke lavterskeltiltak være negative i seg selv. Dersom det treffer mennesker som virkelig trenger hjelp, kan lavterskeltilbud ha den effekten myndighetene og andre håper på. Men dersom terskelen blir så lav at mennesker som ikke trenger behandling sluses inn, kan det gjøre situasjonen verre heller enn bedre.

Del 6: Pasientens helsetjeneste?

I et forsøk på å håndtere folkehelseutfordringen med psykiske lidelser, har det i tiår blitt bygget opp en rekke løsevne tiltak. Trolig er det mer fornuftig å organisere psykisk helsehjelp innenfor dagens struktur. Mange særtiltak, forsøksordninger eller løsevne ordninger, har en tendens til å forvirre pasientene og skape lite samhandling mellom de ulike hjelpetiltakene.

Manglende kompetanse på psykiatrisk helsehjelp i førstelinjetjenesten har ført til en henvisningspraksis som er uheldig for pasienten. Det skaper dyrere og mindre tilgjengelige tilbud.

Kommunene har fått et mye større ansvar for å yte psykisk helsehjelp gjennom helse- og omsorgsloven og samhandlingsreformen. Det er grunnleggende i tråd med verdier og prinsipper for god hjelp, samt solide forskningsfunn over tid.⁵⁹ Men dagens førstelinje er ikke rigget for å håndtere dette. Trond Aarre, leder for Nordfjord distriktpsikiatriske senter (DPS), uttrykker det slik: "Noe av det verste som skjer, er at brukerne opplever at deres problemer ikke er vårt bord. Sannsynligheten for at de vil oppleve dette, øker for hvert særtiltak vi oppretter"⁶⁰.

24-åringen som ikke fikk hjelp

Se for deg en 24-åring som kommer til legen med et brukket bein. Han ber selvsagt om umiddelbar hjelp. Det gjør ulidelig vondt. Og han har stort funksjonsfall.

Det ville blitt ramaskrik og VG-forside hvis denne 24-åringen hadde blitt satt på fire måneders venteliste for utredning. I tillegg til de uutholdelige smertene og at han ikke kunne jobbe, ville beinet grodd galt og det hadde blitt betydelige langtidsvirkninger.

Se for deg samme 24-åring som kommer til legen med lammende angst. Han forteller at han har sluttet å gå på jobb, han røyker cannabis for å få sove, han forteller om de mørke tankene av selvforakt og redsel som kverner ukontrollert døgnet rundt – og de mange panikkangstanfallene som gjør at han har vært fire ganger på akuttmottak og legevakt de siste to månedene.

Er dette mindre akutt enn det brukne beinet?

Svaret er åpenlyst: Dette er *ikke* mindre akutt. Gutten som har en lammende angst, har blitt sykemeldt og er på vei inn i depresjonens mørke har et stort og akutt behov for hjelp. De få som blir syke av psykiske plager, får like stor funksjonsnedsettelse som ved alvorlige kreftdiagnoser og hjerte- og karlidelser. Og langtidsvirkningene av for sen eller feil behandling er ofte mer alvorlige.

Det er derfor paradoksalt at vi i dag som oftest ville møtt den sistnevnte 24-åringen med fire måneders ventetid før første samtale. Vi overlater pasienten til seg selv i mellomtiden. Ingen tar ansvar, mens pasienten opplever et personlig helvete. Her bør man sørge for å ha en ressurssterk familie rundt seg. Dette gjør at det oppstår sosial ulikhet i helsepolitikken.

Den sentrale utfordringen

Vi kan ikke fortsette med dagens ventetider for dem som utvikler psykiske plager som blir så sterke at de tar over livet. For dem er lidelsestrykket nesten uutholdelig. Det fører til frafall fra skole og studier, lange sykefravær, selvmedisinering og uførhet. Og uten behandling blir plagene ofte kroniske og mistolket som "nedsatt arbeidsevne" eller "grunnlag for uførepensjon".

De aller fleste kan få god nok hjelp i førstelinjetjenesten. Det er fullt mulig – med relativt enkle midler – å gi mye bedre tilgjengelighet til spesialist når det vurderes at pasienten har behov for det. Men det krever prioritering!

Del 7: Beste praksis

Beste praksis 1: Intensiv angstbehandling i Bergen ⁶¹

Angstlidelser er i dag hovedårsaken til at unge uføretrygdes. Mange som sliter med angst og tvangstanker går gjerne til behandling i årevis - uten å bli friske. Vi vet også at isolasjon og unnåelsesatferd (angst for angsten) er det som i størst grad vedlikeholder lammende angst. I 2011 tok Helse Bergen grep og bygget opp et fagmiljø som tilbyr skreddersydd og dokumentert virksom behandling til alle som er rammet av en tvangslidelse.

Når man unngår situasjoner eller tanker som vekker angst, holdes lidelsen ved like. Behandlingsmåten dreier seg om å mestre det man er redd for ved å konfrontere angstens årsaker.

De har nå dokumentert at behandling som vanligvis tar flere uker, måneder eller år kan gjennomføres i løpet av bare fire dager, som tas i strekk. Resultatet vekker oppsikt også internasjonalt.

- De fleste blir friske, og bedringen holder seg over tid.
- Klare positive effekter på depresjon.
- De fleste som var sykemeldt, kom tilbake til arbeid.

Beste praksis 2: Bydel Søndre Nordstrand i Oslo: Der fastleger og psykologer jobber sammen - til beste for pasientene ⁶²

I 2010 gikk den nye bydelsoverlegen i Søndre Nordstrand rundt på alle fastlegekontorene i denne bydelen: Hun forteller: *-Jeg spurte hva de mente var den største mangelen i tjenestetilbudet. Da svarte samtlige at det var det psykiske helsetilbudet. Det var utgangspunktet for at vi begynte å satse på psykologer på fastlegekontorene.*

Nå er de fleste psykologene i bydelen samlokalisert med fastlegene, og det gir gevinster:

Psykologene ser at gråsonen mellom fysiske og psykiske problemer blir lettere å avklare når de jobber så tett på fastlegene. Det å gå til psykolog blir alminneliggjort ved at de holder til på det lokale legekontoret.

Beste praksis 3: Nordfjord DPS – avviklet ventelistene for pasienter med rett til prioritert helsehjelp ⁶³

Hvis pasienten etter henvisning fra fastlegen får beskjed om 14 uker ventetid før første konsultasjon – og det er helt vanlig - signaliserer det offentlige at ingen av de ansatte har mulighet til å sette av én klokke til deg før om tre og en halv måned.

Standardargumentet for ventelisten er at spesialisthelsetjenesten ikke har kapasitet til å ta seg av alle henvisningene. Ventelistene fungerer som «førstemann til mølla». I praksis er det de som har stått lengst på lista som kommer inn først. Den nyhenviste blir prioritert bak alle som er inne til behandling uten hensyn til om det er påtrengende nødvendig å få hjelp nå.

Nordfjords metode – fortalt av senterets leder:

Dersom de ansatte går sammen om en dugnad for å fjerne ventelisten, vil en avdeling faktisk ha løst problemet. Dersom ventelistene er stabile – og det er de som regel – er dette bare et tegn på at man skyver arbeidsoppgaver jevnt foran seg, ingen får bedre behandling og alle henviste får senere behandling enn de kunne fått.

Det kan bety at noen får noen færre terapitimer enn de fikk før og at det blir klarere kriterier for å avslutte behandling, eller lavere terskel for å henvise tilbake til førstelinjetjenesten hvis det er riktig etter utredning. Men dette er da også helt i tråd med hva som viser seg å fungere best for pasienten. Brukerne vil heller komme raskt til og få en noe mindre omfattende behandling enn å stå på venteliste og deretter få «full pakke».

Verdiutsagn for et godt psykisk helsetilbud:

1. Å snakke sant om livet er viktig for den mentale folkehelsen. Livet er noen ganger vanskelig.
2. God helse er evne og kapasitet til å mestre, og tilpasse seg hverdagens krav og livets uunngåelige vanskeligheter.
3. De fleste psykiske plager er uttrykk for normale reaksjoner på vanskelige hendelser i livet. Alle mennesker vil ha ulike psykiske plager og lidelser i løpet av livet. De fleste går over av seg selv.
4. Psykiske lidelser kan ikke forstås uten å se livssituasjonen og livshistorien til den som rammes.
5. Psykiske lidelser som brått fører til betydelig svikt i normale livsfunksjoner bør behandles som en akutt lidelse i helsetjenestene.

Del 8: Politikkforslag

Løsningen blir aldri bedre enn forståelsen av problemet. Vi vet at det skal satses store midler på psykisk helsehjelp fremover, og det varsles i samtlige partiprogrammer en kraftig satsing på forebygging og lavterskel behandlingstilbud for psykiske lidelser.

En slik satsing er i utgangspunktet positiv. Spørsmålene står likevel i kø: Hvordan sikrer vi at de som trenger det mest, får hjelp først? Hvordan avstigmatiserer vi psykiske lidelser uten å sykeliggjøre normale tilstander? Hvordan unngår vi å skape et lavterskeltilbud som øker etterspørselen etter helsehjelp fra personer som er friske? Hvordan forebygger vi psykiske lidelser?

Dette er ikke enkle spørsmål, og har dermed heller ikke enkle svar. Men noen overordnede prinsipper for utformingen av morgendagens psykiske helsetilbud kan være som følger:

1. Tydeligere skille mellom syk og frisk

Dette skillet sonderer i dag ofte mellom diagnose eller ikke diagnose. Gode grunner taler for at skillet i stedet burde gå langs aksene høy eller lav funksjonsevne. Dersom ressursene i større grad knyttes til dette, vil det også kunne bidra til å dempe diagnoseveksten.

Men dette handler også om måten politikere, helsepersonell og andre snakker om problemet på: Hva er sykt? Hva er friskt? Dette påvirkes av en rekke faktorer – også internasjonale trender. Hvis vi begynner å bruke sykdomsspråk på livsvansker og nedturer som er helt normale menneskelige reaksjoner, står døren på vidt gap for overbehandling og sykeliggjøring av normaliteten. Og oppblåste diagnosetall bør uansett ikke brukes som argument eller grunnlag for utforming av helsepolitikken.

2. Raskere hjelp til dem som trenger det mest

Dette vil antagelig alle være enige i, men det er vanskelig å gjennomføre i praksis. Det koster penger å kutte køer. Psykiske lidelser som brått fører til betydelig svikt i normale livsfunksjoner, bør behandles som en akutt lidelse i helsetjenestene. Dette er hovedutfordringen i det psykiske helsetilbudet fremover.

Det er et paradoks at vi står i fare for å gi raskest hjelp til dem som trenger det minst. Gode grunner taler for at vi burde kutte ventetiden for pasienter som har fått rett til prioritert helsehjelp, før vi utbygger storskala lavterskeltilbud. På side 23 kan man se hvordan Nordfjord psykiatrisenter har gjort dette i praksis.

Et annet tiltak kan være å stille krav til at privatpraktiserende psykiatere og psykologer tar inn nye pasienter jevnlig. Frem til nå har privatpraktiserende spesialister som har avtale med regionale helseforetak om å tilby helsetjenester innenfor et gitt område, selv bestemt når de vil ta inn nye pasienter. Det vil si at de kan selv sette inntaksstopp. Det har mange steder ført til vanskelig tilgang til denne delen av helsetjenesten. Det er ikke uvanlig at ventelistene hos avtalespesialister er fra 6 til 18 måneder.

Avtalespesialister er finansiert av det offentlige, for å være tilgjengelige når du og jeg virkelig har behov for hjelp. Det er derfor et samfunnsanliggende å sørge for at tilgjengeligheten blir langt bedre enn den er i dag. Dette kan løses ved å stille krav i avtalehjemlene om at en viss andel av praksisen skal settes av til å ta inn nye pasienter – altså en plikt til å være tilgjengelig for rask utredning og øyeblikkelig hjelp.

Distriktpsikiatriske sentre bør kunne få ansvar for å være inntakskoordinatorer og få ansvar for å løse pasienter til riktig tilbud. Herunder å finne frem til riktig privatpraktiserende psykolog eller psykiater hvis pasienten ikke skal ha oppfølging ved DPS. De bør også ha mulighet til å sende pasienten direkte til for eksempel "Raskere tilbake" uten å måtte gå via fastlegen igjen. Det er ikke pasienten selv som skal ha ansvar for å navigere seg inn i helsetjenestene, og det tar alt for lang tid med et system som er basert på å henvise til hverandre.

De aller sykeste, og kronikere, trenger omsorg kombinert med behandling. Disse må prioriteres aller høyest i spesialisthelsetjenesten. Her er det ofte behov for spesialisert oppfølging. Ved alvorlige langtidslidelser er det avgjørende av pasienten har én kontaktperson som sikrer kontinuitet og sammenheng i behandlingen, og kontakt med det øvrige tiltaksapparatet.

Kronikere må få forsterket sine rettigheter og styring over eget liv. En god løsning kan være bruke-styrte sengeposter ved de distriktpsikiatriske sentrene.⁶⁴ En annen kan være

behandlingsmodellen ACT (Assertive Community Treatment) som er spesielt utviklet for å hjelpe personer med alvorlig psykisk lidelse, med eller uten rusproblemer, som tidligere har falt utenfor det ordinære hjelpeapparatet. I ACT får pasienten behandling og oppfølging i sitt hjem og nærmiljø – ikke på institusjon.⁶⁵

3. Bedre koordinering

Mye av løsningen ligger innenfor de ordinære helsetjenestene. Disse eksisterer allerede, er tilgjengelig og godt kjent for alle innbyggere og de finnes over hele landet. Det er her man kan få opp volumet og tilgjengeligheten. Førstelinjetjenesten kan håndtere mer av både utredning og behandling. Dette vil også øke kapasiteten hos spesialistene i andrelinjetjenesten.

Dette fordrer imidlertid at fastlegen får økt kompetanse og incitament for å bruke tid på psykisk helse for pasienter i allmennpraksisen. Det er per i dag ingen takst for fastlegen ved rådføring hos psykiater/psykolog. På samme måte ytes det ikke aktivitetsbasert refusjon for spesialisters rådgivning av fastleger. Kropp og psyke ses i stadig større grad i sammenheng, men dagens henvisningspraksis kan skape dyre og mindre tilgjengelige tilbud.

Fastlegene er svært ofte de som først har kontakt med pasienter som melder om uklare symptomer. Fastleger følger pasienter over tid, kjenner ofte livssituasjonen deres og er trent i å forstå sammensatte lidelser. Psykiske lidelser gir seg ofte til kjenne i kroppslige symptomer først. En profesjon som utdannes til å se hele mennesket er godt egnet til å håndtere brorparten av psykiske lidelser. Gjerne i samarbeid med kommunepsykolog, psykiatriske sykepleiere, sosionomer og andre faggrupper i kommunehelsetjenesten. Dette vil også gi en gunstig ramme for å klare å skille det normale fra det som trenger behandling.

I et forsøk på å håndtere folkehelseutfordringen med psykiske lidelser, har det i tiår blitt bygget opp en rekke løsrevne tiltak. Større grad av koordinering, at tverrfaglige team jobber under samme tak, kan bidra til å forenkle behandlingen for pasienten: En dør inn, flere dører ut.

Del 9: Oppsummering

En rekke momenter tyder på at vi er inne i en diagnoseepidemi, hvor det normale i større grad enn tidligere blir sykeliggjort. På få år har psykiske lidelser gått fra å bli regnet som relativt sjeldne, til i dag å bli omtalt som Norges største folkehelseutfordring. Dette har skapt grobunn for utbygging av lavterskeltilbud, basert på tanken om at tidlig behandling kan avdekke og forhindre utviklingen av alvorlige psykiske lidelser. Denne hypotesen mangler solid dokumentasjon.

Samtidig finnes det mange mennesker som har en psykisk lidelse med stort funksjonsfall, som opplever mangel på raske og gode tilbud. De blir henvist til spesialist, og står ofte flere måneder i kø for en akutt tilstand.

Vi må redusere dagens ventetider for dem som utvikler psykiske plager som blir så sterke at de tar over livet. For dem er påkjenningen og lidelsen nesten uutholdelig. Det fører til at mange dropper ut fra skole og studier, lange sykefravær, selvmedisinering og uførhet. Og uten behandling blir plagene ofte kroniske og mistolket som "nedsatt arbeidsevne" eller "grunnlag for uførepensjon".

Psykiske lidelser som fører til betydelig svikt i normale livsfunksjoner bør behandles som en akutt lidelse i helsetjenestene. Dette må prioriteres foran forebyggende terapi til allmennheten. Det handler om å gi mer og bedre hjelp til dem som trenger det mest. Og da kan det være klokt å heller være etter snar, enn føre var.

FORFATTER: Notatet er skrevet av Peder Tellefsdal, tidligere rådgiver for Høyres stortingsgruppe, og han skriver dette notatet som privatperson.

Konklusjoner som er trukket, og eventuelle feil og mangler som måtte forekomme, står for forfatterens regning. Skulle feil eller mangler oppdages, ville vi sette stor pris på tilbakemelding, slik at vi kan rette opp og justere.

Sluttnoter

- ¹ Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 29.08.14
- ² Arbeid og velferd nr. 2, 2013
- ³ https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=ventetid_psykisk_helsevern_voksne
- ⁴ <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>
- ⁵ Lars Fr. H. Svendsen. Patologisering og stigmatisering, 2015
- ⁶ <http://www.uib.no/aktuelt/36542/p%C3%A5-den-mentale-catwalken>
- ⁷ <http://www.amazon.com/Anatomy-Epidemic-Bullets-Psychiatric-Astonishing/dp/1491513217>
- ⁸ New York Times: ADHD. Seen in 11% of U.S. Children, 31.03.2013
- ⁹ NRK Ytring 21.08.2013
- ¹⁰ Folkehelse rapporten 2014 og NAV, 2014
- ¹¹ NRK, 05.11.2013
- ¹² NRK, 29.4.2014
- ¹³ Statsbudsjettet (2013–2014), side 250
- ¹⁴ UNDP Human Development Index, 2014
- ¹⁵ Eurobarometer 2005, The European Quality of Life Survey, 2007
- ¹⁶ Dette støttes av blant andre Allen Frances, Ethan Watters og Robert Whitaker. I Norge har blant andre fastlege Gisle Roksund og psykiater Trond Aarre fremført et lignende synspunkt.
- ¹⁷ Lars Fr. H. Svendsen. Patologisering og stigmatisering, 2015
- ¹⁸ Medisinering av psyken. En kunnskapsbasert kritikk av moderne psykiatri, 2010
- ¹⁹ <http://www.dt.no/nyheter/liar/nyheter/legene-ma-lete-etter-lovlig-diagnose/s/2-2.1748-1.8370967>
- ²⁰ <http://www.vg.no/nyheter/meninger/skole-og-utdanning/det-tause-opproeret/a/23299595/>
- ²¹ <http://www.civita.no/assets/2010/04/1299-civita-notat-7-2010.pdf>
- ²² http://www.sinneshelse.no/artikler/hjelp_bu_psyk.html
- ²³ NRK Ytring, 14.2.2014
- ²⁴ Dagsavisen, 3.9. 2014
- ²⁵ «Trygd eller arbeid, et sosialmedisinsk perspektiv på sykefravær og uførhet», Cappelen Damm, juni 2014
- ²⁶ Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. FHI, rapport 2009:4
- ²⁷ <http://www.nrk.no/ytring/har-a-en-ramlet-ut-av-nav-1.12135760>
- ²⁸ <http://fhi.no/dav/68675aa178.pdf>
- ²⁹ Levekårsundersøkelsen 2005, OECD 2011, Folkehelseinstituttet: Psykisk helse – et folkehelseperspektiv, 2009
- ³⁰ Allen Frances, 2013
- ³¹ Levekårsundersøkelsen 2005
- ³² Statsbudsjettet (2013–2014), side 250
- ³³ Allen Frances, Saving Normal: "An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis", 2013, egen oversettelse
- ³⁴ Eurobarometer 2005
- ³⁵ The European Quality of Life Survey, 2007
- ³⁶ Arbeid og velferd nr. 2, 2013
- ³⁷ <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>

-
- ³⁸ Folkehelseinstituttet, Rapport 2011:1 Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger – side 15 <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>
- ³⁹ Folkehelseinstituttet: Psykisk helse – et folkehelseperspektiv, 2009
- ⁴⁰ Folkehelseinstituttet, rapport 2009:8
- ⁴¹ Studentenes helse- og trivselsundersøkelse 2014,
- ⁴² VG, 3.9.2014.
- ⁴³ Trond Aarre «*Manifest for psykisk helsevern*», 2010
- ⁴⁴ Stortingsmelding nr. 19 (2014-2015), side 45
- ⁴⁵ <http://www.preventingoverdiagnosis.net/>
- ⁴⁶ «Bedre føre var....», Folkehelseinstituttet, 2011.
- ⁴⁷ NRK 19.4.2015
- ⁴⁸ Ringberg U, Fleten N, Forde OH.: 'Examining the variation in GPs' referral practice: A cross-sectional study of GPs' reasons for referral', 2015
- ⁴⁹ Anders Grimsmo, professor NTNU, medisinsk faglig rådgiver for Norsk helsenett, 2006
- ⁵⁰ Manifest for psykisk helsevern. Trond F. Aarre, 2010
- ⁵¹ Allen Frances. *Saving Normal. An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life*, 2013
- ⁵² Horwitz og Wakefield 2007 s. 141
- ⁵³ Horwitz og Wakefield 2007 s. 159
- ⁵⁴ Anatomy of an Epidemic, side 209
- ⁵⁵ Christopher Dowrick "Global crisis of depression: reality or hype? 19.11.2014, egen oversettelse
- ⁵⁶ <http://www.pulsetoday.co.uk/clinical/mental-health/psychological-therapies-only-helping-one-in-ten-people-concludes-new-analysis/20004942.article#.Vd3SpvntlBd>
- ⁵⁷ Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid – NAPHA
- ⁵⁸ Samtale med Ole Rikard Haavet
- ⁵⁹ Trond Aarre, Manifest for psykisk helsevern, 2010
- ⁶⁰ Trond Aarre, Manifest for psykisk helsevern, 2010
- ⁶¹ BT, 20.sep. 2014
- ⁶² Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, napha.no, 20.5.2014
- ⁶³ Trond Aarre, Manifest for psykisk helsevern, 2010
- ⁶⁴ Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009)
- ⁶⁵ <http://forskning.no/alkohol-og-narkotika-samfunnsmedisin-sykdommer-psykiske-lidelser-psykologi/2014/12/antall>