

Behovet for psykiske helsetjenester: Hva forskningen viser.

*Bjørn Christiansen m.fl.**

Det er i dag alment akseptert at mentale lidelser er den sykdomsgruppe som er mest utbredt i samfunnet. Det tok en god del tid fra de første psykiatriske epidemiologiske undersøkelser ble offentliggjort i begynnelsen av sekstiårene, til det gikk opp for den brede almenhet at psykiske problemer må karakteriseres som den mest omfattende folkesykdom i vår tid, iallfall i vår del av verden.

Det er tre undersøkelser fra begynnelse av 60-årene som det er grunn til å trekke frem i denne forbindelse. Leo Srole (1962) og medarbeideres intervjuundersøkelser i New York viste at 20 % av befolkningen hadde en vesentlig nedsatt funksjonsevne på grunn av psykisk lidelse eller avvik. New York City er selvsagt et nokså spesielt sted som det ikke finnes paralleller til i Norge. Det samme kan ikke sies om Alexander Leightons (1963) undersøkelse fra Nova Scotia i Canada. Konklusjonen på denne undersøkelsen var at ca. 30 % av den voksne befolkning innen hva som svarer til en norsk kommune, hadde en klart nedsatt funksjonsevne pga. psykiske problemer og atferdsvansker. En annen sentral undersøkelse fra samme tid, var Gustav Jonson og Anna-Lise Kälvestens (1964) studie over et representativt utvalg Stockholm-gutter i alderen 8–15 år. En fjerdedel av guttene ble funnet å ha problemer eller symptomer som indikerte behov for psykologiske hjelpetiltak. – Av utenlandske undersøkelser fra de senere år kan det henvises til en rapport av Blakskjær (1978, referert etter Hillestad 1979). Her fant man

* Artikkelen består av utdrag fra en utredning med tittelen «Det framtidige psykiske helsevern i Hordaland fylke», utarbeidet i regi av Hordaland avdeling av Norsk Psykologforening og utgitt i NPFs debattorgan «Psykologiske Meddelelser» nr. 3 1982, og er gjengitt med tillatelse fra foreningen. Hovedredaktør for den endelige utforming av utredningen er Bjørn Christiansen, etter at en redaksjonskomite bestående av Harvey Glasser, Bjørn Helge Gundersen og Tor Sletten samordnet bidrag fra Per Erik Andersen, Tom Barth, Turid Johanne Eri, Tore Forfang, Kristian Gram Knutsen, Tor Øyvind Gresslien, Sissel Haldorsen, Kristian Halse, Svein Erik Hansen, Dagfinn Jakobsen, Elisabeth Gaupås Johansen, Helge Jordahl, Bjørn Reidar Karlsen, Elin Mæhle, Petter Møller, Gunnar Rosén, Borrik Schjødt, Trond Sivertsen, Arvid Skutle, Anne Vollmer og Leif Waage.

at psykososial problematikk var fremtredende hos om lag 40 % av pasienter som oppsøkte danske almenpraktiserende leger; i 20 % av alle tilfeller var det ønskelig med henvisning til psykolog.

I løpet av 70-årene er det blitt fremlagt resultater fra flere norske undersøkelser. I en studie av Nils Johan Lavik (1976) fant man at ca. 20 % av Oslo-ungdommer fremviser betydelig funksjonssvikt som følge av mentale lidelser. I en parallell undersøkelse fra Nord-Østerdal ble tallet anslått til 8 %. I begge undersøkelser ble det funnet at gutter stort sett er mer utsatt enn jenter i ungdomsårene. I en intervjuundersøkelse over et utvalg på 1000 Oslo-beboere fant Odd Steffen Dalgard (1979, 1980) at 20 % var betydelig plaget av psykiske problemer ved tidspunktet for undersøkelsen, og at 25 % hadde vært såpass plaget at det var grunn til å se på plagene som uttrykk for en mental sykdom. Hyppigst forekommende var angsttilstander, depresjon og psykosomatiske spenningstilstander. I en undersøkelse av Thaulow (1979) ble det påpekt at antallet sosialkontorklienter i Oslo med registrerte psykiske og/eller samlivsproblemer er sterkt økende, og på det tidspunkt utgjorde over 30 % av samtlige.

Statistisk sentralbyrå foretok i 1975 en landsomfattende intervjuundersøkelse av over 11 000 personer – med formål å kartlegge helsetilstanden i den norske befolkning. Det ble påvist at sviktende helse med konsekvenser for den enkeltes funksjonsevne er ytterst vanlig, og at langvarige og kroniske sykdommer og skrøpeligheter er ganske utbredt. Det er tre typer av sykdommer som dominerer bildet, nemlig sykdommer i skjelett og muskelsystemet, sykdommer i hjerte- og karsystemet, og psykiske sykdommer/nervøse lidelser. Når det gjelder den første gruppen, skilles det gjerne mellom slitasje-lidelser, tensjonsmyalgier og betennelsesaktige muskelsykdommer. Det er blitt anslått at psykiske faktorer spiller en vesentlig rolle i svært mange av disse tilfellene, med en andel som varierer fra 20 til 70 %. Det er følgelig blitt hevdet at en stor del av de sykdommer som ble rubrisert til skjelett og muskelsystemet heller burde vært registrert under nervøse lidelser. Blant de intervjuede var det 8 % som oppga at de led av mentale problemer. 18 % av kvinnene og 11 % av mennene opplyste at de i løpet av livet hadde hatt en mental lidelse. Høyest var tallene i gruppen 50 til 66 år, hvor 18 % av mennene og 29 % av kvinnene oppgav at de hadde hatt en psykiatrisk sykdom. I denne aldersgruppen opplyste for øvrig 23 % av mennene og 42 % av kvinnene at de regelmessig brukte eller hadde brukt nerveberoligende midler.

Selv om de rapporterte tall er svært høye, er det ikke tvil om etter mange sakkynndiges mening, at de selvrapporterte oppgaver over menta-

le lidelser ikke gir et riktig bilde av de faktiske forhold. Svært mange mennesker ser på mentale lidelser som personlige skavanker, som noe nedverdiggende og som noe de skammer seg over, og som noe de nødig vil at skal bli kjent blant deres venner og omgangskrets. De selvrappporterte tall blir derfor på mange måter minimumstall. De diskrepanser som foreligger mellom estimatene i de forskjellige undersøkelser kan i stor grad forklares gjennom de metoder man har gjort bruk av for å innsamle personopplysninger. Datainnsamlinger basert på overfladiske intervjuer har antydnet langt mindre utbredelse av mentale lidelser enn de studier som har gjort bruk av mer systematiske undersøkelsesmetoder.

Den kjente norske sosialmedisiner, Axel Strøm, skrev i 1980 at han ikke var i tvil om at mentale sykdommer etter alt å dømme er det største helseproblem man for tiden står overfor i det norske samfunn. Nesten 40 % av alle pasienter som er innlagt på helseinstitusjon, har en psykiatrisk hoveddiagnose, 70 % av alle uføre under 40 år har en psykiatrisk diagnose, og nesten 20 % av den norske befolkning får hvert år behandling med nervemedisiner.

Nils Retterstøl (1977) har gitt følgende beskrivelse av risikotal for psykiske lidelser: 6–7 % av befolkningen får i løpet av livet en psykose, 10–20 % en nevrose, 10 % av alle menn og 1–2 % av alle kvinner utvikler alkoholisme, 3–4 % lider av psykisk utviklingshemning og 3–4 % fremviser klare atferdsavvik. Einar Kringlen (1975) har bedømt situasjonen stort sett på samme måte. Ca. 5 % av befolkningen får en psykose, ca. 1 % en schizofren psykose, ca. 1 % en reaktiv psykose, ca. 1 % en manisk depressiv psykose, og ca. 2 % en senil eller annen organisk form for psykose; og ca. 15–20 % får en nevrose. Psykopati og karakteravvik rammer 3 til 4 %, og 2 til 3 % av befolkningen lider av psykisk utviklingshemning.

Den samlede risiko for å utvikle en psykisk lidelse blir altså anslått til i overkant av 30 %. Ifølge Retterstøl får ca. 1/3 av alle mennesker i vårt land i løpet av livet en mental lidelse som gir såpass sterke plager at de er i behov for sakkyndig hjelp. Andre vil hevde at dette er et for lavt anslag, og at det reelle hjelpebehov, hvis et adekvat hjelpeapparat var utbygget, vil ligge enda høyere. På den annen side er det også blitt hevdet at et bedre utbygd hjelpeapparat vil kunne fange opp og gi effektiv behandling på et tidligere tidspunkt – slik at antallet av manifeste nevroseser og andre vedvarende funksjonshemmende psykiske lidelser vil kunne bli vesentlig redusert.

Vi har ikke i vårt land i dag noen primær mentalhygienisk helsetjeneste. De fleste mennesker som rammes av mentale lidelser og plager er henvist til å søke hjelp innenfor den somatiske førstelinjetjeneste. Man-

ge opplever denne tjeneste som irrelevant i forhold til de problemer og de lidelser de er plaget av. Mangelen på adekvate tilbud fører til at mange forsøker å tilpasse seg og å avfinne seg med sin utilfredsstillende livssituasjon. For andre igjen blir de primære psykiske konflikter og problemer – over noen tid – forskjøvet over i somatiske plager og over i somatiske sykdommer.

I internasjonal faglitteratur snakkes det i dag meget om somatisering av psykiske lidelser, og det foreligger en god del undersøkelser som viser at mennesker med psykiske problemer er storforbrukere av somatiske hjelpetjenester, og at de til tross for sitt store forbruk av slike tjenester, ikke blir hjulpet i løsningen av deres egentlige problemer. Ikke sjelden viser det seg at først gjennom behandling av deres psykiske problemer blir de somatiske redusert og ofte helt eliminert. Det er blitt hevdet at omkostningene til en primær mentalhygienisk helsetjeneste, langt på vei vil kunne dekkes gjennom de innsparinger en slik tjeneste vil føre med seg innen den somatiske helseomsorg.

Som ovenfor fremholdt fører mangler på alternativer til at svært mange mennesker med mentale lidelser søker hjelp hos almenpraktiserende leger. Dette kommer klart frem i de undersøkelser som er gjort over pasientsammensetningen blant almenpraktiserende. I en undersøkelse av Bjørn Øgar (1977) – som omfattet 56 almenpraktiserende legers virksomhet over en 2 måneders periode, ble det funnet at hoveddiagnose med tilknytning til skjelett/muskelsystemet ble gitt i 16 % av tilfellene, og med tilknytning til hjerte/kar-systemet i 13 % av tilfellene, mens en psykisk hoveddiagnose forekom i 15 % av tilfellene. Hvis bidiagnoser tas med i betraktning, rykker ifølge Bjørn Øgar, mentale lidelser opp på første plass med 27 %, skjelett/muskellidelser på annen plass, med 20 %, og hjerte-kar-lidelser med 16 %. Mer enn en fjerdedel av de legeundersøkte pasientene ble altså funnet å ha en mental lidelse, enten som hoveddiagnose eller som bidiagnose.

I en annen undersøkelse, av Per Fugelli (1978), ble det sett på sammenhengen av de over 5000 syketilfeller han selv kom i kontakt med som distriktslege på Værøy og Røst i tidsrommet 1970 til 1972. Vel $\frac{1}{3}$ av de mannlige pasienter og over $\frac{1}{3}$ av de kvinnelige, ble registrert som psykiatriske tilfeller. I denne undersøkelsen ble det også foretatt en screeningstudie av hele befolkningen i området, og det kom da frem at et meget stort antall syketilfeller ikke hadde resultert i legebesøk. Fugelli anslår andelen til ca. 50 % av totalen. Han peker i denne forbindelse på at det foreligger en god del mental sykkelighet i befolkningen – særlig blant barn og unge mennesker – som ikke kommer frem i legers diagnostikk, simpelthen fordi de mennesker det her gjelder ikke søker

legehjelp for sine problemer.

Fra psykiatrisk og psykologisk hold er det ofte blitt fremhevet at almenpraktiserende leger i alminnelighet er lite kvalifiserte til å behandle mentale lidelser, og at deres arbeidssituasjon i det hele er lite egnet til å tilby effektiv hjelp til denne type av pasienter. Svært ofte vil behandlingen være helt symptomrettet og utelukkende bestå i foreskriving av psykofarmaka og beroligende medikamenter. Kvalifisert psykologisk behandling forutsetter en systematisk og langvarig utdanning og opplæring. Det er få almenpraktiserende leger som har kvalifikasjoner på området. Enkelte vil i dag gå så langt som å si at almenpraktikere ikke bør gis anledning – ut fra deres faglige kvalifikasjonsnivå – til å yte psykoterapeutiske tjenester for refusjon over trygdebudsjettet. Lengst har denne utvikling kommet i USA, til tross for at man her stort sett har et større innslag av psykiatri og psykologi i legers grunnutdanning – enn det man finner i Norge og i andre land. Dette kan synes paradoksalt, men har sin bakgrunn i at et visst kunnskapsnivå alltid er nødvendig for å forstå egne begrensninger og for å ha en anelse om hva man ikke selv fullt ut faglig behersker på en tilfredsstillende måte.

Samfunnsutviklingens implikasjoner for det psykiske helsevern

Norge – som andre vestlige industrialiserte land – har over den siste mannsalder vært preget av store og raske endringer, ikke minst økt urbanisering og økt sosial mobilitet.

Denne utvikling, som har vært knyttet sammen med store teknologiske fremskritt og med en betydelig økonomisk vekst har ført til kvalitative endringer i vår sosiale struktur, til endringer som etter manges mening, har forskjøvet balansen mellom støttende og stressende sosiale miljøer. Endringene har vært beskrevet som en bevegelse bort fra stabile sosiale strukturer som gir rikelig anledning til nære gjensidige kontaktforhold hvor hele mennesket er involvert, til strukturer preget av begrensede kontaktmuligheter og overfladiske og skiftende kontaktforhold.

Samtidig er det blitt pekt på at datateknologiens og atomenergiens gjennombrudd og utbredelse, vil føre til nye psykologiske og sosiale utfordringer. Disse vil stille nye krav til hele oppdragelsesfunksjonen i samfunnet, til en kontinuerlig omstillings- og opplæringsprosess.

Hvis vi ikke klarer å styre den nye samfunnsutvikling, og forberede oss på løsningen av de menneskelige problemer den vil gi opphav til, er det grunn til å tro at den vil føre til psykiske lidelser av store dimensjo-

ner, hvor lav selvfølelse, opplevd meningsløshet, problemer i forhold til nærhet og kontakt, maktesløshet, angst, depresjon osv. vil være fremherskende trekk. Allerede i dag kan vi se klare tendenser i denne retning i særlige risikogrupper, blant uorganisert ungdom, blant ensomme, pendlere og blant folk i stressende arbeidssituasjoner.

Det økende antall eldre i samfunnet vil føre til økt behov for gerontopsykologiske hjelpetiltak.

Det er viktig ikke bare å legge forholdene til rette for behandling av mentale lidelser, men også å fremme arbeidet på det forebyggende plan. Vi tenker her på helsestasjons- og barnehagetilbud, planlegging og utvikling av skolemiljøene, av arbeidsmiljøene og bomiljøene. Og vi tenker på opprettelse av krisesentre som kan yte hjelp til folk med psykiske problemer – før problemene har fått utvikle seg til nevrosener og alvorlige funksjonsforstyrrelser. Innen lokalmiljøene vil det være viktig å medvirke til opprettelse og styrking av sosiale nettverk og til å skape andre hjelpeorganer enn de som i dag foreligger.

Det vil vokse frem et behov for differensierte behandlingsmiljøer og for nye intervensjonsmetoder.

Den samfunnsmessige utvikling vil stille stadig større krav til den enkelte. Dette betyr at utviklingen av et bedre miljø for menneskene må legge vekt på de kunnskaper vi har om psykologiske prosesser, og om sammenhengene mellom individet og de materielle og sosiale systemer individet inngår som en del av.

Et slikt perspektiv utfordrer de eksisterende planer, det eksisterende begrepsapparat og de diagnostiske modeller man i dag anvender innen det psykiske helsevern.

Forskningens implikasjoner for det psykiske helsevern

En faglig forsvarlig utvikling av det psykiske helsevern må bygge på de resultater den psykologiske og psykiatriske forskning har frembrakt over de siste 10-år. Generelt vil vi oppsummere resultatene slik:

1. De dokumenterer klart negative trekk ved institusjonsbehandling i tradisjonelle psykiatriske sykehus.
2. De støtter alternative tidlige behandlingstiltak i pasientenes nærmiljø.
3. De gir støtte til at kvalifisert psykoterapi er en kostnadseffektiv behandlingsform.
4. De gir klar støtte til en biopsykososial forståelse av mentale lidelser, og viser dermed at det offentlige hjelpesystem for slike lidelser må

oppbygges på en annen måte enn det tradisjonelle medisinske hjelpeapparat.

Det nåværende psykiske helsevern er i vesentlig grad bygget opp på grunnlag av en somatisk medisinsk modell, hvor psykiske lidelser blir sett på som et uttrykk for en underliggende patologisk prosess, en prosess som bare i liten grad avspeiler individuelle livsopplevelser og livserfaringer. Ut fra dette grunnsyn har det viktigste, mest anvendte, mest ressurskrevende og mest premissgivende element, vært det psykiatriske sykehussystem. Nøkkelgruppene i behandlingen har vært leger og sykepleiere.

Skadevirkninger av langtidsopphold på psykiatriske institusjoner har vært trukket frem i mange forskningsrapporter i de senere år. Den engelske lege Barton innførte allerede i 1959 begrepet institusjonsnevrose, som en betegnelse på effekten av institusjonsopphold. Som de viktigste kjennetegn anga han apati, mangel på initiativ, mangel på interesser, underdanighet, og manglende evner til å planlegge for egen fremtid.

Den svenske psykolog Bertil Sundin (1972) har trukket frem følgende faktorer i institusjonsmiljøet som han mener er medvirkende til tilstanden:

Tap av kontakt med verden utenfor, begrensede muligheter for å legge planer for egen fremtid, tvungen lediggang eller meningsløst arbeid, tap av tidligere venner og kontakter og ikke sjelden også av egne eiendeler, overdreven medikamentbruk, krav på konformitet og underdanighet i forhold til institusjonens rutiner, noe som igjen fører til følelsen av avhengighet.

Det er over de senere år vokst frem en økende forståelse for at psykiatriske pasienter må plasseres i det minst mulig restriktive miljø som er forenlig med deres funksjonsnivå, for å unngå skadevirkninger av selve hospitaliseringen. Nyere undersøkelser antyder at alternative, mindre institusjonspregete tilbud fungerer i det minste like bra, og i enkelte tilfeller langt bedre enn tradisjonell sykehusbehandling.

På den annen side er det neppe noen som mener at all hospitalisering av psykiatriske pasienter er uforsvarlig og uten faglig begrunnelse. Det avgjørende spørsmål er å komme frem til en vurdering av når hospitalisering er påkrevet og når andre tiltak er mer formålstjenlige. Dette fører igjen inn på hvilke alternative tiltak som er utbygget som ledd i det offentlige psykiske helsevern. I stedet for å sette sykehuset i sentrum for planlegging og tiltak, bør dette henvises til en mer beskjedne rolle, hvor det inngår som ett av flere sideordnede hjelpetiltak.

Deinstitusjonalisering er blitt et viktig begrep i moderne psykiatri. I USA tok denne utvikling til allerede i begynnelsen av 60-årene, – gjennom nedbygging av hospitaler og oppbygging av lokale mentalhygieniske sentre. Målsetningen var at man i løpet av en 10–15-årsperiode skulle opprette ca. 2000 slike sentre, hver med et befolkningsunderlag på ca. 100 000 mennesker. Bakgrunnen for utviklingen var bl.a. en voksende skepsis til behandlingseffektiviteten i store institusjoner, innføringen av nye psykofarmaka som muliggjorde rask kontroll med psykotiske symptomer, utvikling av nye psykologiske behandlingsmetoder med sterkere fokusering på mellommenneskelige og sosiale forhold, og sist, men ikke minst, – en voksende oppfatning av psykiatriske pasienters juridiske rettigheter, dvs. et utbredt ønske om at slike pasienter bør behandles i størst mulig frihet og med bruk av så lite tvang som overhodet mulig.

Italia er det land som har gått lengst i deinstitusjonalisering. Det ble her i 1978 vedtatt at alle psykiatriske sykehus skulle avvikles, og at det skulle være forbud mot opprettelse av nye. Som erstatning skulle det satses på lokale polikliniske sentra, på nye bofellesskap og på familiebehandlingsprinsipper. Etter manges mening har man i Italia gått for langt i avstandtagen fra den tradisjonelle psykiatriske behandling.

Opprettelse av distriktssentra og av forskjellige former for hjelpetil-tak i nærmiljøet er helt nødvendige ledd i en deinstitusjonaliseringspoli-tikk. Mange steder har mangelen på slike alternative tiltak, og mangelen på kvalifiserte fagfolk, ført til at psykiatriske pasienter har kommet dårligere ut enn tidligere. En faglig forsvarlig utskrivning av inneliggende psykiatriske langtidspasienter kan bare gjennomføres hvis de på forhånd er blitt gitt trening i å greie seg utenfor institusjon og hvis det utenfor institusjonene finnes et kvalifisert, opprustet hjelpeapparat.

Deinstitusjonalisering som utviklingsmodell forutsetter en kraftig opp-prioritering av polikliniske behandlingstilbud og det forutsetter oppbygging av en 1. linjetjeneste innen det psykiske helsevern. En slik 1. linjetjeneste vil ligge i grenselandet mellom den medisinske 1. og 2. linjetjeneste, og i grenselandet mellom primærkommunenenes og fylkes-kommunenenes ansvarsområde. For at den skal fungere effektivt og gi klientgruppen en tilfredsstillende håndrekning, må den bygges på fleksibilitet og samordning. I en overgangsperiode vil den kreve økt ressurs-tilgang, men på lengre sikt vil den kunne føre til en reduksjon av de nåværende sykehusbudsjetter. Deinstitusjonalisering uten en tilsvaren-de opprustning av behandlingstiltak utenfor institusjon, vil føre til økt lidelse blant de psykiatriske pasienter, og vil formentlig – i et helhets-perspektiv – føre til større samfunnsmessige kostnader.

Referanser

- Barton, R. *Institutional neurosis*. London: Wright, 1959.
- Blakskjær, P.: Observasjon i almen lægepraksis. *Dansk Psykolog-Nyt*, 1978, 32, 263–270.
- Dalgaard, O.S.: Mental helse og sosiale livsforhold i Oslo med særlig vekt på bomiljøets betydning. *Sosialdepartementets sammendragsserie*, nr. 3, 1979.
- Dalgard, O.S. *Bomiljø og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget, 1980.
- Fugelli, P.: *Helsetilstand og helsetjeneste på Værøy og Røst*. Oslo: Universitetsforlaget, 1978.
- Hillestad, P.O.: Den almenpraktiserende lege – psykologens naturlige samarbeidspartner? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1979, 16, 493–499.
- Jonsson, G. & Kälvesten, A.L.: *222 Stockholmspojkar*. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1964.
- Kringlen, E.: *Psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget, 1975.
- Lavik, N.J.: *Ungdoms mentale helse*. Oslo: Universitetsforlaget, 1976.
- Leighton, A.H. et al. *The character of danger*. New York: Basic Books, 1963.
- NOS: *Helseundersøkelsen 1975*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå, 1977.
- Retterstøl, N.: *Kriser i menneskesinnet*. Oslo: Cappelen, 1977.
- Srole, L. et al.: *Mental health in the Metropolis. The Midtown Manhattan Study*. New York: McGraw-Hill, 1962.
- Strøm, A.: *Velferdssamfunn og helse. Et 60-årig tilbakeblikk*. Oslo: Gyldendal, 1980.
- Sundin, B.: *Individ, institusjon, ideologi*. Oslo: Gyldendal, 1972.
- Thaulow, J.F.: *Psykiatri og/eller sosial hjelp?* Oslo: Sosialkontoret, 1979.
- VandenBos, G. (Ed.): *Psychotherapy. Practice, research, policy*. London: Sage, 1980.
- Øgar, B.: *Pasienter i norsk almenpraksis*. Oslo: Universitetsforlaget, 1977.