

Fra asyl til åpen omsorg – et tilbakeblikk

Michael 2012;9:238–45.

Psykisk helsevern har gjennomgått store forandringer det siste århundre, der både omsorg, behandlingssyn og behandlingstilbud har skiftet. I Norge har det især funnet sted en overgang fra institusjons- til lokalmiljøtilbud. Vi har også hatt mange problemstillinger rundt integrering og segregering av mennesker med psykiske lidelser i samfunnet. Denne historiske utviklingen i psykisk helsevern har også interesse ut over det helsefaglige miljø.

Desentralisering og deinstitusjonalisering

I perioden 1850 til 1970 ble det foretatt omfattende utbygging av institusjoner for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Institusjonene ble bygget ut fra en behandlingsfilosofi der man ønsket å avsondre mennesker med psykiske lidelser fra samfunnet for å gi dem ro. Så skjedde det en dreining i behandlingssyn der man tvert om ønsket at pasienten også under behandling skulle få leve mest mulig normalt, nærmest mulig der han/hun bor og mest mulig integrert i samfunnet. I 1960 startet utbygging av psykiatriske poliklinikker. Det første psykiatriske sykehuset som startet med poliklinikk var Dikemark sykehus i Asker, fordi man begynte å organisere et ettervern utenfor sykehusområdet (1,2). På 1970-tallet ble kommunehelsetjenesten bygd opp etter prinsippet om folks rett til helsetjeneste der de bor. Dette satte fortgang i nedbyggingen av institusjonshelsetjenesten generelt, og i psykiatrien spesielt.

Fra 1970 ble det etablert dagavdelinger. For enkelte pasienter er dette et svært godt tilbud der man kan få mulighet til å arbeide med sine vanskeligheter samtidig som han/hun beholder fullt ansvar for sitt eget dagligliv (1). I tillegg ble det etablert flere ettervernshjem, fordi behovet for aktiv rehabilitering meldte seg. Fra 1980 har sektorisering av psykisk helsevern vært viktig, med økende integrering av mennesker med psykiske lidelser ut

i samfunnet. I denne perioden har plassene i privat pleie minket, samtidig bygde mange kommuner ut alders- og sykehjem, noe som førte til at mange kommuner kunne ta hjem syke til omsorg i lokalmiljøet. Plasstallet i psykiatriske institusjoner ble samtidig redusert, og grunnlag for disse endringene har vært både utvikling og bruk av medikamenter, miljøterapi, vektlegging av de sosiale forholdene rundt pasienten, samt en rekke psykoterapeutiske behandlingsmetoder (3).

Ideen om nedbygging av de psykiatriske institusjonene kom delvis fra Italia. Finn Skårderud (4) beskriver dette slik:

«Erfaringene var tydelige: Der hvor nedbygging var drevet frem av ideologiske engasjerte fagfolk – av en kulturell bevegelse med ambisjoner om form og innhold i det alternative tilbudet – gikk det som regel godt for pasientene. Der hvor nedbyggingene var skjedd på grunnlag av byråkratiske og økonomiske tiltak, uten bevegelsen som drivkraft, gikk det ofte dårlig. Det finnes mange italienske fortellinger som ligner vår egen historie om en trist trikketur sommeren 2004, der en psykiatrisk pasient gikk berserk» (4: 289)

Dette utsagnet rommer den ideologiske integrasjonstenkningen, men samtidig et varsel om at man må ha et tilstrekkelig godt system for behandling og forvaring når det trengs. Men det var ikke ideologi alene som var bakgrunn for de store endringene. Den økonomiske krisen som rammet hele den vestlige verden på 1970-tallet rettet søkelyset på totalinstitusjonene og deres overdrevne driftskostnader. 90 psykiatriske sykehus ble nedlagt i Italia som følge av at parlamentet gjorde vedtaket i 1978 om å stenge alle psykiatriske sykehus. De mest pessimistiske spådde flere selvmord og øket kriminalitet, men et kvart århundre etterpå har ikke disse dystre spådommene gått i oppfyllelse (5).

Tjenestetilbudet i Italia er bygd opp rundt borgerrettighetene, der hvert individ skal få en opplevelse av et meningsfylt liv og fornemmelse av å ha herredømme over sine egne avgjørelser. Alle som har psykiske problemer blir tatt imot av hjelpeapparatet, uten at det blir foretatt noen utvelgelse av klienter gjennom en lokalbasert tjeneste (5). Dette fikk konsekvenser i form av endringer i organisering av psykisk helsevern i mange vestlige land, også i vårt naboland Sverige (6). Hvilke konsekvenser fikk så dette for de endringene som ble satt i gang i Norge? Var det politisk vilje til å gå så radikalt til verks i omleggingen av det psykiske helsevesenet her hjemme?

St.meld.nr.25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (7) indikerte en større satsing på psykiatri i Norge både økonomisk og faglig. Meldingen fastslo at det måtte benyttes flere metoder samtidig for å få til gode løsninger i tjenestetilbudet ved å kombinere både legemidler, psykoterapi og sosiale tiltak. Det ble foreslått å ta hånd om

pasientene i lokalsamfunnet, trekke familien inn i behandlingen – og bruke medisiner hvis det trengs – sammen med samtalerapi. I stortingsmeldingen heter det at for å få dette til, må det satses på mest mulig poliklinisk behandling, og at minst mulig behandling blir gitt i institusjon. Videre angis at det må tilrettelegges flest mulig behandlingstilbud i nærhet av der folk bor, og det må satses mer på utbygging av bo-, omsorgs- og aktiviseringstilbud lokalt. Men ved å dreie behandlingssideologien mot en utvikling der man skulle ta større ansvar for sitt eget liv, ble det behov for regulering av lovverket. Ut fra dette foreslo meldingen at staten, ved departementet måtte fremme forslag om ny lov om spesialisthelsetjeneste, ny lov om rettsikkerhet med særlige tiltak for mennesker under psykisk helsevern, og ny lov om pasientrettigheter. «*Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*» (8) ble vedtatt i 1999. Neste skritt var å implementere dette inn i samfunnet, både i administrasjon og i behandlingsapparat. Med de nye lovene var pasientens rett kommet mer fram.

Regional utbygging av psykiatriske tjenestetilbud

Da lov om psykisk helsevern kom i 1961, ble det grovt sett en todeling av de psykiatriske institusjonene i Norge. Sinnsykehusene fungerte som behandlingstilbud, og pleiehjem ble opprettet for personer som ikke kunne nyttiggjøre seg behandling. Lovvedtaket førte til en nedbyggingsperiode for institusjonene (9). Samtidig ble asylene omdefinert til psykiatriske sykehus. Loven omfattet undersøkelse, behandling og pleie i psykiatriske sykehus, psykiatriske klinikker, poliklinikker, psykiatriske institusjoner for barn og ungdom, psykiatriske daginstitusjoner og ettervernshjem, samt psykiatrisk forvern og ettervern.

Innen hvert fylke ble det planlagt flere distriktpsikiatriske sentre (DPS) med utgangspunkt i de tidligere psykiatriske sykehjemmene, dagavdelingene og de eksisterende psykiatriske poliklinikkene. Hver psykiatrisk sykehusenhet i fylkene fikk ansvar for hver sine gjennomsnittlig fire DPS ut fra geografiske hensyn. Intensjonen med DPS var i følge St.meld. 25 (7):

- Selvstendig faglig enhet med poliklinikk, dag og døgntilbud
- Skal ha bred kontaktflate mot de kommunale helse- og sosialtjenestene
- Skal ta imot henvisninger direkte fra primærhelsetjenesten

Fra lukket til åpen omsorg – et eksempel

Eksemplet er hentet fra en åpen institusjon der pasientene skulle ta del i dagliglivet ved å holde orden på rommet sitt, vaske klærne sine og delta i tillaging av måltidene. Tanken var at beboerne på sikt skulle klare å flytte i egen bolig, med alt det ville føre med seg. Her må man ta et lite tilbakeblikk

for å forstå den historien en var en del av. De første beboerne som kom til institusjonen, hadde flere tiår bak seg i psykiatrien. Få eller ingen av beboerne hadde tidligere hatt sine egne rom, unntatt når de hadde vært urolige og derfor var blitt lagt på isolat. Så det å ha sine egne ting på rommet var nytt for mange, også det å ha en egen garderobe. De fleste hadde et slags uniformert preg over seg, selv om de gikk i vanlige klær. Saastad (10) beskriver «tøypleiers» ansvar for pasientenes tøy på Gaustad. Det kunne like gjerne vært hvilken som helst psykiatrisk institusjon:

«Korte terylenebukser med stramme bukseseler, og slitte flanelskjorter ga pasientene på avdelingen et umiskjennelig felles preg. For øvrig var de svært ulike. Men det var også noe som forente dem utover klærne de gikk i: de aller fleste hadde vært innlagt sammenhengende på sykehus i flere tiår, noen helt siden krigen» (10: 223).

Hva var så grunnen til den langvarige innleggelsen i institusjon? Hvilke lidelser var de preget av? Den største gruppen lidelser er psykoser og schizofreni. Man regner med at 0,4 % av befolkningen til enhver tid lider av schizofreni. Den andre store gruppen er depressive tilstander, i dag lider om lag 1,6 % av befolkningen av bipolare lidelser (11). Disse lidelsene har tradisjonelt preget de innlagte ved de psykiatriske institusjonene. En stadig voksende gruppe lidelser er rusrelaterte problemer som de senere år har opptatt flere og flere senger i institusjonene. Det er noe en måtte ta hensyn til i planleggingen framover. Angstlidelser og personlighetsforstyrrelser blir i hovedsak behandlet utenfor institusjon, men vil i enkelte tilfeller ha behov for kortere eller lengre institusjonsopphold.

Ifølge Lunde & Tjelmeland (12) var gjennomsnittsalderen på Valen sjukehus 58 år i 1960, og 31 år for alle pasientgrupper på det tidspunkt jubileumsboken «Valen Sykehus 90 år» ble skrevet, det vil si 2001. Pasientene kjennetegnes av at de ofte har liten skolegang, de fleste mangler en yrkesutdanning og bare unntaksvis erfaring fra arbeidslivet (12). I følge Statistisk sentralbyrå (13) er en stor del av de diagnostiserte med psykisk lidelse unge, ca 39 % er i alderen 25-44 år. Hvilke utfordringer står man da overfor? Skal man behandle alle lidelser ut fra et sykdomsperspektiv eller skal man innta et større perspektiv på hva som gir helse og mening? Ideologien bak oppretting av DPS har mange likhetstrekk med det som skjedde i Italia etter 1978. Ut fra borgerrettighetene skal hvert individ ha herredømme over sitt liv og få hjelp når de trenger det.

Forberedelse til et samfunnsliv

Det ble også fokusert på det å kunne etablere et yrkesliv for mennesker med psykiske lidelser. I 1995 fikk institusjonen dette eksemplet er hentet fra, økonomisk støtte fra fylkeslegen for å arrangeres et kurs for de ansatte.

I tillegg ble fagpersonell og politikere i kommunene innenfor DPS område invitert. Kurset satte søkelyset på kommunens ansvar for å tilrettelegge boliger, arbeids- og aktivitetstilbud i videste forstand. Psykiatrisk sykepleier og arbeid – service – vekst – opplæring (ASVO) -leder i en nabokommune ble hentet inn for å orientere om deres erfaringer. Målet var at flest mulig skulle tilbakeføres til sin hjemkommune. I kommunene var det i forbindelse med helsevern for psykisk utviklingshemmede (HVPU)-reformen etablert verna bedrifter, og disse bedriftene ble viktige samarbeidspartnere ved etablering av jobbtilbud for enkelte.

Nedbygging av totalinstitusjonen har sin pris for dem som har hatt sitt totale liv innenfor et lukket system for lenge. Nettverket i hjemkommunen er lite og kanskje tynnsnitt, og nye nettverk må etableres. Sett i en slik sammenheng blir arbeids- og aktivitetstilbud en vesentlig stabiliserende faktor ved siden av et godt bomiljø når det skal tilrettelegges for gode tjenestetilbud i kommunene.

Integrering i samfunnet eller segregering i institusjon?

Bjarne Stubhaug sa i 2006 at spesialisthelsetjenesten bare ser ca. 10 % av de med psykiske lidelser, den resterende majoritet får hjelp og behandling i kommunehelsetjenesten og på legevakten (14). Her er dilemmaet, institusjonen i dette eksemplet skulle være en del av spesialisthelsetjenesten og skulle gi hjelp når det trengtes i samarbeid med fagfolkene som da var på to atskilte institusjoner. Samtidig skulle de drive langtidsbehandling, rehabilitering og avlastningstilbud i distriktet. Flere av dem som takket ja til å komme på institusjonen ønsket ikke opphold ved det store psykiatriske sykehuset fordi det følte belastende, men samtidig ble oppholdet ved den mindre institusjonen i en annen liten bygd belastende på en annen måte. Men hvordan kan integrering i samfunnet best gjøres? Under prosessen ble det vedtatt å samlokalisere det distriktpsikiatriske sentret til regionens tettsted, og i nærhet til det somatiske sykehuset. St.meld.nr.25 (7) skisserer følgende krav som viktige:

- Tilgjengelighet. Tjenesten skal være like tilgjengelig for alle uansett bosted, alder, kjønn og økonomisk evne.
- Likhet. Tilbudet skal være likeverdig, med samme kvalitet for alle.
- Individuelt tilpassede tjenester ut fra den enkeltes behov.
- Effektivitet. Tjenesten skal ha tilfredsstillende resultater. Komplikasjoner og bivirkninger skal holdes på et minimum.
- Etisk forsvarlig. Tjenesten skal ivareta brukerens personlighet og gi brukeren reell medbestemmelse.

Når man ser på disse kravene og sammenligner med den ideologiske integrasjonstenkningen som lå til grunn for reformen i Italia, så ser en tydelige likhetstrekk, og i valg av plassering for den distriktpsikiatriske enheten var samlokalisering i regionens senter et pluss. Det nye distriktpsikiatriske senteret ble i 2005 samlokalisert med barne- og ungdomspsykiatrisk enhet i nyoppførte lokaler, og utgjør i dag et kraftfullt tilbud til mennesker med psykiske lidelser i området, ut fra lavest effektive omsorgsnivå, det såkalte LEON- prinsippet, og folks rett til helsehjelp der de bor. Ved «*Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*» (1997-1998) (15) ble brukermedvirkning tatt med. Dette var et poeng som tidligere var fullstendig fraværende. Videre kom det krav om individuell plan for alle langtidssyke. Dermed ble begge parter forpliktet i samarbeidet til brukerens beste.

Synergieffekter

Utvikling av et godt tjenestetilbud for brukerne henger nøye sammen med at tjenesteyterne har den nødvendige kompetansen, og at de ikke bare er voktere. Ser man tilbake i tid, var arbeid og fysisk aktivitet en viktig del av behandlingen og pleien av psykiske lidelser. De fleste asylene var derfor opprettet på gårdsbruk som gjorde dette mulig. På de store psykiatriske sykehusene var det miljøterapeutiske tilbudet at en skulle arbeide både på gården, i gartneriet, i skogen, i hagen, samt på verkstedene og på arbeidsstuene. Kravet til kompetanse hos personalet var i tillegg til vokterfunksjonen av mer håndverksmessig karakter da asylet var nytt. De første sosionomene ble tilsatt ved psykiatrisk institusjon i 1960, og de første psykologene kom på 1970- tallet. Samtidig med dette og ved hjelp av gode nevroleptika var det da mulig å gi samtaleterapi og tilrettelegging for et liv utenfor institusjonen (12).

For at mennesker med psykiske lidelser skal få tilfredsstillende tjenester, er det behov for godt utdannet personell. Personellspørsmålet har både en kvalitativ og en kvantitativ side. Det vil si at utdanningskapasiteten må økes, og det må satses på kompetanseheving i praksis. Mange yrkesgrupper arbeider med mennesker med psykiske lidelser for eksempel leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer, kliniske pedagoger, barnevernspedagoger, vernepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og hjelpepleiere/omsorgsarbeidere. Ved «*Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*» (1997-1998) (15) ble også midler stilt til rådighet for opptrapping av utdanning. Ved de nærliggende utdanningsinstitusjonene ble det først satt i gang videreutdanning for hjelpepleiere i psykisk helse. Senere ble det opprettet tverrfaglig videreutdanning i psykisk helse ved høgskolene.

Sammenfattende refleksjoner

Tjenestetilbudet innen psykisk helsevern har gjennomgått store endringer de seneste årene. Denne artikkelen er et tilbakeblikk på utviklingen i Norge fram til 1998, og litt av hendelsene i tiden etterpå. Nedbygging av de store asylene har gått sin gang. Man har gjennomført etablering av distriktspsykiatriske sentre (DPS). Kommunene har på denne tiden tatt ansvar for bo – og omsorgstiltakene og bygd opp et støtteapparat lokalt, slik at en nå kan si at en kan få «hjelp når vi trenger det» på det lavest mulige omsorgsnivå i den hensikt ikke å ta fra mennesker ansvaret for sitt eget liv og sine handlinger. Beboerne ved institusjonen dette eksemplet er hentet fra, ble etter hvert utskrevet til hjemkommunen. Noen fikk egen bolig, mens andre fikk på grunn av alder plass på sykehjemmet. Det viste seg for manges del at de hadde et sparsomt nettverk i hjemkommunen.

I denne prosessen har mange deltatt på statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå, der hele samfunnet har vært med i en endringsprosess. Så har fagpersonell, politikere og pressen bidratt med kunnskapsformidling for å få til endring og utvikling i det psykiske helsevernet. Utdanningsinstitusjonene har utviklet gode videreutdanningstilbud til fagpersonell, og spesialisthelsetjenesten er blitt mer differensiert i forhold til bedre omsorgstilbud og mer behandlingsrettede tiltak. Asylet og de psykiatriske sykehjemmene er nå historie, men var en viktig faktor i utvikling av et tjenestetilbud nærmere der brukeren bor. Hva var frigjørende i denne prosessen, var det behovet for et bedre helsetjenestetilbud eller var det behov for samorganisering som lå bak? Hvorfor var behovet for øket kompetanse så viktig, og var det behovet for større tverrfaglighet som tvang seg fram? Så kan man spørre seg, var det så enkelt at tiden var moden for å gjennomføre de forandringer en så måtte komme? Var de store omveltningene på 1960- tallet og utover et resultat av protesten mot naturvitenskapene? Eller var det økonomiske motiv som lå til grunn for desentraliserings- og deinstitusjonaliseringstendensene? Dette tilbakeblikket gir bare noen svar, og de store spørsmålene vil ennå stå ubesvart, for omsorg, rehabilitering og behandling av psykotiske mennesker spesielt, er svært krevende. Men personer med psykiske lidelser er nå tilbake i nærmiljøet slik de var for over 150 år siden, med den store forskjellen at der nå finnes et omsorgs- tjeneste- og behandlingstilbud der mange aktører gir hjelp når man trenger det.

Litteratur

1. Haugsgjerd S. *Perspektiv på psykiatrisk lidelse*. Oslo: Gyldendal, 2002
2. Kringlen, E. *Norsk psykiatri gjennom tidene*. Oslo. Universitetsforlaget, 2007.
3. Rapport fra prosjektkomiteen for psykiatri. *Hjelp når vi trenger det*. Hordaland Fylkeskommune, 1994.
4. Skårderud, F. Fremtidens lidelser. I: Steen T. red. *Asylet*. Oslo: Aschehoug, 2005.
5. Serrano, M. Borgerrettigheter og tilhørighet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2006, Nr 4:310.
6. Bülow, P. *Efter mentalsjukehuset – En studie i spåren av avinstitutionaliseringen av den psykiatriske vården*. Linköping: Institutionen för Hälsa och Samhälle, Linköpings universitet, 2004.
7. St.meld.nr.25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet*. Oslo: Sosial og helsedepartementet, 1996.
8. LOV 1999-07-02 nr 62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).
9. Vold, B. Psykiatriens historie, del 1. Den store institusjonsoppbyggingen. *Samfunnsspeilet* nr 1, 1999.
10. Saastad, A. Er asylet et godt sted? I: Steen T. (red.) *Asylet*. Oslo. Aschehoug, 2005.
11. Rapport 2009:8. *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2009
12. Lunde, T. & Tjelmeland, S. *Valen Sjukehus 90 år*. Valen, 2001
13. Statistisk sentralbyrå <http://www.ssb.no>.
14. Stubhaug B. Annonsebilag til *Bergens Tidende* 4.november 2006. Utgiver: Helse Bergen HF.
15. St. prp. 63 (1997-1998) «*Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006*» Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997.

Gjertrud Husøy
Høgskolen Stord/Haugesund
Klingenbergveien 8
N-5414 Stord
gjertrud.husoy@hsh.no