

Hvor går psykisk helsevern?

Belinda Angelo

Hege Briså Strætkvern

Den 13. oktober sto en mann frem i Hamar Arbeiderblad og beskrev sitt møte med psykisk helsevern. Han sier: «Jeg føler at timene ... ikke gir meg noe, det eneste jeg får tilbake er medikamenter. Ingen har tid til eller interesse av å bidra på en konstruktiv måte for å komme til bunns i årsakene til angsten og depresjonene». Tilbudet denne mannen har fått, synes ikke nok til å gi varig lindring eller bedring av hans situasjon. Det synes å være «for lite og for dårlig», med et korttidsperspektiv på behandling og effekt. Vår bekymring er at dette blir stadig mer vanlig innen psykisk helsevern.

De senere årene har vi sett en økende vektlegging av helse og helseovgivning, noe som har resultert i et antall nye lover og forskrifter. At helse som tema blir løftet frem, er positivt og nødvendig. Vanskeligere er det når vi oppfatter at kostnadseffektivitet blir viktigere enn den formodete bedringen av helsetilbudet. I dette ser vi en fare for at kvantitet får forrang over kvalitet, og at god behandling må vike for mer lettvinde løsninger.

Innen psykisk helsevern har vi i flere år slitt med lange ventelister, hvilket betyr at mange må vente lenge for å få hjelp med sin lidelse. Å korte ned ventetiden for vurdering av våre pasienter er selvfølgelig vesentlig. Fra myndighetenes side er det også lagt sterk vekt på nettopp dette. Vi stiller spørsmål ved om en i iveren etter å fjerne ventelistene reduserer pasienter til numre, og at møtet med pasientene får et samlebåndspreg, hvor økonomi får for stor plass. Vi stiller spørsmål ved dagens «tellesamfunn», hvor alt som ikke kan telles, tilsynelatende ikke finnes eller har noen verdi.

Helse kan ikke telles. Livskvalitet kan ikke telles.

Ikke få av pasientene vi møter i vår arbeidshverdag har slitt med angst, depresjon eller livsvansker i så mye som 10–15 år før de kommer i kontakt med psykisk helsevern. For å klare å holde ventelister nede, ligger det en uttalt forventning i systemet om at deres vansker skal kunne beskrives og *avhjelpes* i løpet av 3–4 timer, eller at de skal gis noen dagers innleggelse ved kriser. Det sier seg selv at dette er en umulig fordring. Vi har ikke ideelle fordringer til hvordan systemet bør fungere, men ønsker å komme bort fra de *umulige* fordringene.

Skulle eksempelvis en kirurg bli på-lagt, når en blindtarm er fjernet, å måtte si til pasienten at sykehuset dessverre ikke kan sy igjen etter inngrepet – «du har sikkert noen hyggelige og hjelpsomme venner som kan hjelpe deg med dette» – er det liten tvil om det uakseptable i dette. Det vil neppe være uenighet om at behandling må gis nødvendig tid. Men innen psykisk helsevern skjer nettopp dette. Pasienter sendes til en usikker oppfølging «der hjemme», dette skjer for å rydde plass til nye pasienter som står på venteliste, enten det nå er til poliklinisk behandling eller behandling ved en dag- eller sengeavdeling.

Innen psykisk helsevern vil det være mindre selvsagt *når* noe er «ferdig be-handlet» enn i eksemplet over, og det ligger et større ansvar på behandler til å vurdere dette. Men en behandler tør være den som er skikket til dette, ikke økonomer.

Vi er bekymret for en *utarming* innen psykisk helsevern, med raske vurderinger og kortsiktig behandling, og for at befolkningen gjøres mer sårbar for ytterligere sykdom og lidelse. Slagordet om «mer helse for pengene» skal neppe bety «bittelitt helse» for pengene?

En bærekraftig utvikling preges av lønnsomhet *over tid*, gjennom investeringer som gir langsiktig avkastning. En gjennomtenkt og langvarig investering i økt psykisk helse og derved økt livskvalitet

gir best avkastning over tid, i form av færre innleggelse, færre «svingdørspasienter», færre barn av psykisk lidende og syke som selv blir pasienter, og flere mennesker som fungerer i jobb og skole.

Psykisk helse er lønnsomt. Livskvalitet er lønnsomt. Tenk langsiktig.