

«Italiensk psykiatri»- fortsatt et forbilde?

TEKST

Ingunn Skre

PUBLISERT 1. juli 2008

Ingunn Skre denne månedens kronikkforfatter er dr.psychol. førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø og sitter i Psykologforeningens sentralstyre. Sammen med Anne Skard Peder Kjøs Magne Raundalen Marit Netland og Kjell Underlid er hun invitert av Tidsskriftet som fast kronikør. Neste gang: Anne Skard.

Nøyaktig 30 år etter den italienske psykiatireformen ble det åpnet et nytt og moderne mentalhelsesenter i Verona, i en restaurert bygning fra det gamle sykehuset. Ved siden av den står ruinen av det gamle asylet, overgrodd av villvin, og bebodd av villkatter, som et minnesmerke over det systemet som ble forbudt ved lov i 1978. Ja, slik kunne jeg fortsatt, og føyd meg inn i rekken av panegyriske, idylliserende og glorifiserende reisebrev fra italiensk psykisk helsevern. I Legeforeningens tidsskrift har det i dette jubileumsåret vært tre slike artikler om Italia, nærmest som vitnesbyrd å regne. Jeg vil bare fremheve tittelen: «På en blå hest inn i fremtidens psykiatri.» (Sagabråten et al. 2007, Tidsskrift for Den norske legeforening; 127, 2282–3).

«Så felte også overlegen på La Sapienza noen tårer da han besøkte en slik post ved Psykiatrisk avdeling på Åsgård i Tromsø (...) fordi det var så humant i forhold til hans hverdag i Roma.»

Lov 180 forbød psykiatriske sykehus i Italia, idet den stengte døren for nye innleggelse og tillot kun opprettelse av 15 akuttpsykiatriske sengeplasser pr 100 000 innbyggere i generelle somatiske sykehus. Loven gav retning for en variant av den amerikanske «community psychiatry»-modellen, som også har dannet forbilde for den norske reformen innenfor psykisk helsevern, at mentale helseproblemer fortrinnsvis skal behandles, forebygges og rehabiliteres der folk bor. Loven kom som en betimelig

reaksjon. De italienske asylene var en skamplott. Vårt eget skandaliserte Reitgjerdet var den reneste mønsterklinikk i sammenligning. Asylene holdt til i flere hundre år gamle, ofte dårlig vedlikeholdte, bygninger, der alvorlig psykisk syke, mentalt retarderte og farlige pasienter bodde under elendige sanitære forhold, i iskulde og trekk om vinteren og bakende hete om sommeren. Der var ofte langt flere enn 1000 understimulerte, underdiagnostiserte og overmedisinerte pasienter stuet sammen. For en besøkende var det lukten, eller rettere, stanken, og lydene, ved siden av synet av den menneskelige nøden, som gjorde sterkest inntrykk og brakte tanken hen på Dantes Inferno. Slike asyl har vi ikke vært i nærheten av i Norge.

Døren inn til asylene ble stengt, men hva skjedde med de som bodde der? Og hvilket tilbud fikk de og nye brukere av mentale helsetjenester i Italia? Det vet vi bare delvis svaret på, og det finnes like mange svar som det finnes italienske helseregioner, for hver region har løst oppgaven på sin måte.

Generelt kan en si at nord for Roma er det et relativt godt utbygd tilbud med mental helse-senter, overgangsboliger og dagsenter, oftest lokalisert sammen med mental helse-senteret. Men jo lenger syd man kommer i landet, og jo fattigere regionene blir, desto dårligere er tilbudet til de som har behov for mental helsehjelp. Videre har man i Italia et svært omfattende privat helsevesen – privatpraktiserende psykiatere, psykologer og terapeuter, og, ikke minst, private mentalinstitusjoner, ofte på kirkens hender, og omfanget av dette blir større jo lenger syd i landet man kommer. Slik kan en si at de sosiale forskjellene i tilbud øker dramatisk jo lenger syd en kommer.

I det velstående Nord-Italia finner man de stedene som er blitt berømte etter reformen, og som fagfolk og helsepolitikere valfarter til. To motpoler her er Verona og Trieste. Trieste ble reformert under ledelse av den karismatiske psykiateren Franco Basaglia. Verona ble reformert under ledelse av den mer nøkterne psykiateren og helsetjenesteforskeren Michele Tansella. Trieste-systemet er ofte omtalt med store ord, men ikke som Verona underlagt en nitid dokumentasjon av virksomheten og av hvordan det går med pasientene.

Norske helsepolitikere ønsker å lære av italienerne hvordan man kan drive billigere – de er fascinert av det lave sengetallet og den begrensede ressursbruken. Dette er en farlig tilnærming. Ledere av mental helse-sentre i Italia sier at 15 akuttsenger pr 100 000 innbyggere er for lite. For å kunne ta imot de som trenger det, og ikke skrive ut folk for tidlig, er det behov for tilnærmet det dobbelte, omtrent som det tallet vi nå har i Norge.

Det våre helsepolitikere først og fremst burde merke seg, er de områdene der italienerne har klart bedre kvalitet på tjenesten: Det såkalte «sømløse» systemet er en modell som er utviklet i Verona, og som i Norge er adoptert i Rogaland. Systemet er sømløst på den måten at det ikke er noen «skjøter» mellom de ulike nivåene i tjenesten, da primærbehandleren følger pasienten, uansett om pasienten er hjemme, innlagt eller på rehabilitering. Det er behandlerne som må flytte på seg, ikke pasientene. Det «sømløse» systemet burde vi definitivt etterstrebe i Norge, der pasienter ofte blir

skrevet ut i et tomrom, og epikrisen daler ned på fastlegens skrivebord som en forundringspakke noen uker etter utskrivning, når overlegen er blitt presset til å rydde skrivebordet sitt.

Videre burde vi lære mer om frivillige innleggelses. Bare en liten andel av akuttinnleggelsene i Italia skjer ved tvang. Det gjøres en stor innsats for å bygge opp en allianse slik at pasienter legger seg inn frivillig. Det italienske lovverket og byråkratiet rundt tvang er så omfattende, innfløkt og tidkrevende at klinikerne faktisk blir «tvunget» til å gjøre en innsats for å oppnå samtykke fra pasienten. Her har vi noe å lære i Norge, og lovverket burde muligens gjennomgås.

Men hva er baksiden av den italienske medaljen? Norske psykisk helseturister bør be om å få se akuttposten på sykehuset, de bør spørre om hvordan man driver akuttbehandling, om det finnes tilstrekkelig med akuttsenger, om medikamentbruk generelt, og de bør spørre om familiens rolle i ettervern og medisiner. Både ved Sapienza-sykehuset i Roma og ved Borgo Roma-sykehuset i Verona består akuttposten av kun to saler, en for menn og en for kvinner, med 6–8 senger på hver. Det er neppe bedre noe annet sted i Italia. Hvordan driver man akuttpsykiatri under slike forhold? Med «sovekur», selvsagt, en behandlingsform man forlot i Norge på 60-tallet. Urolige og agiterte pasienter blir gitt en medikamentell «knock-out», slik at det er håndterlig å ha dem på rom med 6–7 andre pasienter i akuttfasen. Takke meg til en norsk akuttpost med enerom, miljøterapi og skjermingsmuligheter. Så felte også overlegen på La Sapienza noen tårer da han besøkte en slik post ved Psykiatrisk avdeling på Åsgård i Tromsø – ikke fordi norsk psykiatri var så ille, men tvert imot fordi det var så humant i forhold til hans hverdag i Roma.

Driver vi da i Norge og sløser med ressursene i psykisk helsevern? Italia har 1,2 distriktsentre for psykisk helse pr 100 000 innbyggere, mens vi i Norge har 1,7, altså 40 % flere sentre. I Norge har vi 10–15 ganger så mange psykologer i det offentlige som i Italia, mens det er lik dekning av psykiatere i de to landene. Så gjøres det også dobbelt så mange polikliniske konsultasjoner i Norge som i Italia. Det sier seg selv at når det samme antallet psykiatere skal dekke behovet for en like stor befolkning med bare en brøkdel så mange psykologer i teamet, blir det mye behandling via reseptblokken, og svært kortvarige konsultasjoner for den enkelte pasient. Psykoterapi drives hovedsakelig innenfor det private systemet i Italia. I Norge får med andre ord pasientene langt mer tid med behandler.

Et siste moment er viktig å merke seg for norske helsepolitikere som inspirert av Italia ser mulighetene for radikale kutt i det desentraliserte psykiske helsevernet som er møysommelig bygget opp etter opptrappingsplanen. Det er geografi, befolkningstetthet og familiemønster. I Norge er vi rundt 10 innbyggere pr kvadratkilometer, mens de i Italia er nesten 200 på den samme flaten. Det sier seg selv at det er kortere avstander mellom der folk bor og mentalhelsesenteret i Italia. Det gjør det også mye lettere å ha en behandler som følger pasienten. Mange steder i Norge tar det en dag for pasienten å få gjennomført en time på poliklinikken. På samme måte som veibygging er relativt dyrt

per hode i Norge, må et desentralisert psykisk helsevern være mye dyrere i Norge enn i tettbefolkede Italia.

Og til slutt, hvis norske mentalhelseturister, beruset av anekdoter om rehabilitering i den italienske storfamilien, ønsker at vi i Norge skal ta etter det italienske familiemønsteret, er det all mulig grunn til å mane til edruelighet. Den italienske storfamilien er tuftet på et kjønnsrollemønster vi gradvis har forlatt i Norge, og det kan nok ikke gjenopprettes. Ikke er det så sikkert at det italienske familiemønsteret alltid er så godt for psykisk syke heller. Det hender at nevroleptikadosen blir servert kamuflert i mammas minestronesuppe. Det norske familiemønsteret gir større autonomi, men også mer ensomhet. Det er en utfordring for alle som ønsker å måle norsk psykisk helsevern mot det italienske, å ta inn over seg disse kulturelle og geografiske forskjellene.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 7, 2008, side 894-895

TEKST

Ingunn Skre