

DEN

NORSKE

T værfagligheden i psykiatrien skulle opprioriteres markant. Specialpsykologer skulle have ret til at lede arbejdet i psykiatrien, og de skulle have behandlingsansvar på lige fod med psykiatere.

Sådan lød nogle af de forslag, der sammen med en lang række andre initiativer blev fremsat i Norge i 1997, da den daværende Bondevik-regering satte handling bag et bredt politisk ønske om at styrke den norske psykiatri med en ny, storstilet handlingsplan, *Opptappingsplan for psykisk helse*.

I dag, over 20 år senere, ser psykiatrien en del anderledes ud end dengang. Når en norsk borger kommer i kontakt med sundhedssystemet på grund af psykiske lidelser, er det ikke 'psykiatrien', hun bliver udredt eller behandlet i, men 'psykisk helsevern'. Og den sundhedsprofessionelle, der har ansvaret for hendes behandling, kan både være en læge og en psykolog.

LØSNING

For over 20 år siden investerede den norske regering et tocifret milliardbeløb i at lave psykiatrien helt om. Fra nyt navn til brud på lægefagets monopol på at være behandlingsansvarlige. Det ændrede også psykologernes rolle i psykiatrien – og det skete ikke uden debat. *Magasinet P* ser tilbage på historien, lovændringerne, debatten og hvad konsekvenserne af forandringen er i dag.

Forandringen er foregået i etaper fra planen blev stemt igennem i Stortinget i 1997 med opbakning fra alle partier. Skiftende regeringer implementerede og udbyggede den i de følgende år med en stribe lovændringer.

Men det foregik ikke uden debat. Også spørgsmålet om psykologernes nye rolle i det psykiske helsevern blev grundigt debatteret. 'Helsedysten', som den blev døbt i de norske medier, handlede om flere ting som beslutningskompetencen til brug af tvang eller patientsikkerheden, når det gjaldt vurderingen af behandlingsindsatser, der omfattede somatiske sygdomme.

FOR LIDT AF ALTING

Baggrunden for, at den daværende norske regering satte sig for at styrke den norske psykiatri, handlede om, at psykiatrien i regeringens øjne havde for mange problemer. Som der stod i indledningen til *Opptrappingsplan for psykisk helse*:

"Der er fejl i alle led af behandlingsskæden. Patienterne får ikke den hjælp, de har behov for; personalet føler ikke, de gør deres arbejde godt nok, og myndighederne magter ikke at give befolkningen et komplet behandlingstilbud".

Bondevik-regeringen, en centrum-borgerlig mindretalsregering bestående af Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, ledet af den tidligere minister og præst Kjell Magne Bondevik med parlamentarisk støtte af Høyre og Fremskrittspartiet, mente, at der var for lidt af alting. For lidt forebyggende arbejde, for få kommunale tilbud, for ringe adgang til

den specialiserede psykiatri, for korte ophold på institutioner efter udskrivelse og ikke mindst for lidt opfølgning på patienterne.

Det skulle en ny handlingsplan rette op på med en historisk stor bevilling på 25 milliarder norske kroner, der skulle spredes ud over syv år. Med den skulle sundhedspersonalets arbejde og samarbejde effektiviseres, de psykiatriske sengepladser skulle udnyttes bedre, der skulle etableres nye tilbud dér, hvor kapaciteten var for ringe, og i kernen af reformen stod patienter og pårørende, som skulle have mere indflydelse på, hvordan tilbuddene blev udformet. Planen skulle også løse en årelang, kronisk mangel på psykiatere.

Med planen om at styrke og opprioritere tværfagligheden i psykiatrien blev 'psykiatrien', et medicinsk og lægefagligt begreb, som var blevet brugt i tidligere lovgivninger, udskiftet til 'psykisk helsevern' i den nye lovgivning.

Planen blev stemt igennem i Stortinget, og i kølvandet på den kom der en række yderligere lovændringer.

DISKUSSIONER OM ROLLER

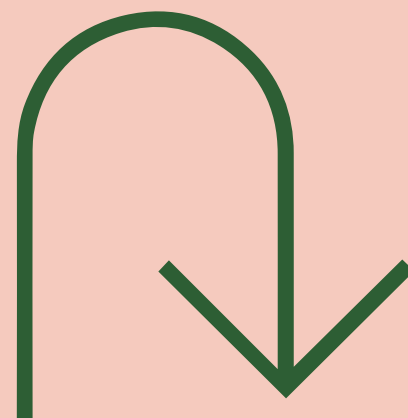
Ændringerne banede vejen for en historisk forandring af psykologernes rolle i psykisk helsevern.

Først med *Lov om helsepersonell*, hvor psykologer og psykiatere blev ligestillet i forhold til ledelse inden for psykisk helsevern. I en indstilling til loven påpegede en komité under Stortinget, at "en psykolog er kvalificeret til at træffe afgørelser i psykologfaglige spørgsmål og til at behandle psykiske lidelser på

selvstændigt grundlag" og skrev desuden, at "bestemmelsen om, at læger skal træffe beslutninger i medicinske spørgsmål, gælder konkrete behandlingssituationer og ikke organisatoriske spørgsmål knyttet til fx ledelse".

Dernæst i 2001, da det for første gang blev specificeret med *Forskrift om den faglige ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet*, at ikke kun psykiatere, men også psykologer med speciale i klinisk psykologi kunne have det professionelle ledelsesansvar, som bl.a. indebar retten til at træffe beslutning om brug af tvang, som kun læger havde ret til indtil da.

I et efterfølgende brev til Statens helsetilsyn skrev Sosial- og Helsedepartementet, at "der ikke uden videre er grundlag for at slå fast, at læger/psykiatere er bedst kvalificerede til at behandle alle typer psykiske lidelser", og at det for psykiatrien "derfor vil være nødvendigt, at begrebet medicinske spørgsmål defineres snævert".





brevet uddybede Sosial- og Helse- departementet, at "afgrænsningen må knyttes til spørgsmål som konkret omhandler medikamentel behandling, somatiske forhold og metodik som kun beherskes af en læge. Udover dette må det afgørende være, at den bedst kvalificerede træffer afgørelserne, uanset om dette er en læge eller en psykolog".

I brevet påpegede ministeriet desuden, at lægevidenskaben og psykologien kan have forskellige tilgange til patienter, at der derfor vil kunne opstå faglig uenighed vedrørende behandling af en patient, og at der "efter ministeriets opfattelse må vises tilbageholdenhed med generelt at hævde, at en tilgang er mere rigtig end en anden".

I de situationer måtte den ansvarlige leder ifølge Sosial- og Helse- departementet "tage ansvaret og træffe afgørelse", og "det må kunne forudsættes, at lederen optræder inden for det fagligt ansvarlige, herunder kender sine faglige begrænsninger". Først i 2006 blev det med *Lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighedsloven m.v.* slået fast i norsk lov, at kun psykiatere og psykologer med specialluddannelse kan være fagligt ansvarlig for beslutninger om tvang og have det faglige ledelsesansvar i psykisk helsevern.

Hos Norsk Psykologforening opfattede man forskriftsændringen og den efterfølgende lovændring som historisk, fortæller Anne Kari Torgalsbøen, professor ved Psykologisk institutt på Oslo

Universitet, som dengang var vicepræsident i foreningen og repræsenterede foreningen i netop disse sager.

Hun oplevede, at forandringsprocessen også hang sammen med, at Norges daværende sundhedsminister, Tore Tønne, kom fra erhvervslivet og ikke havde faglige kæpheste med i bagagen. - Han (Tore Tønne, *red.*) var meget optaget af, at psykisk helsevern skulle fungere bedst muligt, og han lyttede, ganske enkelt, til vores argumenter, siger Anne Kari Torgalsbøen.

Men lovændringerne vakte også bekymring.

DELTE VANDE

Hos Statens helsetilsyn holdt man ifølge Anne Kari Torgalsbøen fast i synspunktet, at lægerne skulle beholde eneretten til beslutninger om tvang, og i den norske lægeforening stillede man sig også på bagbenene i spørgsmålet om at give psykologer beslutningsret om brug af tvang.

- En stor del af den skepsis handlede nok om, at beslutningen om brug af tvang i det norske psykiske helsevern hænger nøje sammen med ledelsesansvar for afdelingene. Lægerne ønskede ikke, at psykologene skulle få adgang til at træffe beslutning om tvang, da de så også ville kunne lede afdelinger, som læger havde haft monopol på i mange år, siger Anne Kari Torgalsbøen.

På den anden side stod de norske patientforeninger, Sosial- og helsedirektoratet og de offentlige arbejdsgiverorganisationer, som alle bakkede op om et nyt psykisk helsevern, hvor psykologer kunne have ledelsesansvar - også i spørgsmål om brug af tvang.

Et af lægeforeningens ønsker var at få det klokkeklart beskrevet i ændringerne af *Lov om psykisk helsevern*, at al behandling med lægemidler skulle forbeholdes læger.

I paragraf 5 i *Forskrift om etablering og gennemførelse af psykisk helsevern m.m.* hedder det således i dag, at både psykologer med de rette kompetencer og psykiatere kan træffe beslutninger og have det faglige ansvar for behandling af

patienter - med undtagelse af behandling med lægemidler, hvor kun en læge kan træffe medicinfaglige beslutninger.

I spørgsmålet om behandling med tvang blev konflikten kridtet tydeligt op - bl.a. i et høringssvar fra den norske lægeforening fra 2005, hvori foreningen skrev, at den havde store betænkeligheder over udsigten til, at "enhver læge og psykolog (...) skal kunne træffe vidtgående beslutninger om tvang, da tvang er et indgribende indgreb over for det enkelte menneske, hvorfor myndigheden bør placeres hos få enkeltpersoner med særlig kompetence".

- Vores synspunkt i psykologforeningen var, at patienterne skal have mulighed for at være med til at beslutte, om de vil tvinges i behandling mod deres vilje, og at det ikke er et medicinsk anliggende at vurdere tvang, siger Anne Kari Torgalsbøen.

Kompromiset blev, at der i *Lov om psykisk helsevern* blev indskrevet med paragraf 3.1, at tvangsbehandling i psykisk helsevern ikke må gennemføres, uden at en læge har foretaget en undersøgelse af patienten.

- I den gamle lovgivning hed det, at spørgsmålet om tvang kun kunne afgøres af overlægen, men vi mente, at den somatiske undersøgelse kunne foretages af hvilken som helst læge, mens den svære beslutning om tvang måtte laves af en specialist i psykologi eller psykiatri. Så



Det har været et bredt politisk ønske at bruge flere psykologer, og der findes ingen i Norge, der ikke mener, at psykologer skal have den centrale rolle.

med lovændringen fik vi stillet et kvalitetskrav til beslutninger om behandling med tvang, siger Anne Kari Torgalsbøen.

FLERE FIK BEHANDLING

Godt 20 år efter, at de første spadestik til reformen af psykisk helsevern blev taget, er der i dag bred enighed om, at reformen i det store hele har været en succes, mener Arne Holte, professor emeritus i sundhedspsykologi ved Universitetet i Oslo og tidligere vicedirektør i Nasjonalt Folkehelseinstitutt i Norge.

- Behandlingstilbuddene i Specialisthelsetjenesten og kommunerne blev udbygget, faggrupperne i psykisk helsevern blev bedre uddannede, og planen førte desuden til en større åbenhed om og normalisering af psykisk sygdom i befolkningen, siger Arne Holte.

Samtidig peger han dog på, at man ikke præcist ved, om reformen betød, at behandlingen i psykiatrien blev bedre. Det, man kan læse af tallene er, at flere fik behandling. Alligevel vurderer han, at behandlingen må være blevet bedre, fordi det faglige niveau blandt behandlerne og plejepersonalet blev løftet markant i perioden via uddannelse.

Samme konklusion kommer Svein Friis frem til. Han er professor i psykiatri ved Institut for klinisk medicin på Universitetet i Oslo, som i løbet af 00'erne stod i spidsen for Norges forskningsråds *Evaluering af Opptappingsplanen for psykisk helse*.



følge Svein Friis var Optrappingsplanens måske største fejl, at den skabte urealistiske forventninger om, at man kunne skabe positive ændringer i alle led.

– Det førte til, at mange blev skuffede, og det elsker medierne jo at skrive om, siger han.

Her kan et land som Danmark godt lære noget af Norge, mener han.

– Vores udgangspunkt var, at vi ville fikske ”svigt i alle led”, men jeg tror, man skal have gjort det helt klart for sig, hvad man vil ændre, og lave en mere fokuseret satsning, hvis man vil rykke for alvor. Man skal være mere skarp på, hvilke konkrete ændringer man ønsker at skabe, end vi var, siger han.

Også Helsedirektoratet - Norges svar på Sundhedsstyrelsen – ser i dag positivt på reformen og beslutningen om at opgradere den tværfaglige behandling i psykisk helsevern, herunder også at give psykologerne behandlingsansvar.

– Det har været et bredt politisk ønske at bruge flere psykologer, og der findes ingen i Norge, der ikke mener, at psykologer skal have den centrale rolle, siger Mette Garvoll, afdelingsdirektør, Psykisk helse og rus, Helsedirektoratet.

HVAD MED PATIENTSIKKERHED?

Da 'Helsedysten' om de omfattende reformer af den norske psykiatri rullede i Norge i kølvandet på lovændringerne, var der både begejstring og bekymring.

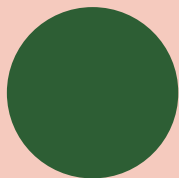
Vi mener, at mange kræfter er bedre end få kræfter, og at det er en god ting, at vi er blevet flere specialister.

I debatten var der især opmærksomhed på patienten og patientsikkerheden, og det gjaldt også spørgsmålet om delt behandlingsansvar mellem læger og psykologer. Her blev der udtrykt bekymring for, om patienterne kunne risikere at blive ofre for fejlagnostisering- og behandling, hvis psykologer fik ansvaret for behandlingen – især fordi psykologer ikke er uddannet i somatik.

Den debat blusser fortsat op i de norske medier i dag.

I marts skrev formanden for Legeforeningen, Ulrik Fredrik Malt, i et debatindlæg i norske *Dagens Medicin* med overskriften *Psykiatri uten kropp*, at "Legeforeningen ser eksempler på, at somatiske sygdomme ikke er blevet godt nok vurderet på døgnafdelinger og på lukkede afdelinger".

I samme indlæg skrev Legeforeningen, at "ikke-medicinsk personale som regel ikke kan opdage somatiske symptomer,



som kan indikere underliggende somatisk sygdom af betydning for den psykiske lidelse”, og at ”manglende viden om og evne til at få behandlet fysiske symptomer ved psykiske lidelser kan betyde, at vigtige psykiatriske differentialdiagnoser overses”.

Det billede kan det norske Helsedirektoratet dog ikke genkende.

– Så vidt vi ved, er der ikke sket flere uønskede hændelser i årene efter reformen, men patientsikkerhed er et område, som vi er meget optaget af, og som vi har brug for at følge og undersøge nærmere, siger Mette Garvoll.

Hos Statens Helsetilsyn henviser man til tilsynets løbende rapporter om ’uønskede hændelser’, og i de seneste to rapporter, *Tilsynsblikk* på alvorlige og uventede hændelser i specialisthelse-tjenesten, kan man læse, at tilsynet fra 2001 til 2009 fik 2.886 indrapporteringer om uønskede hændelser fra psykisk helsevern.

Af dem drejede to tredjedele af hændelserne sig om ”selvpåført skade”, mens resten først og fremmest drejede sig om ”lægemiddelfejl”, dernæst ”vold” og dernæst ”fald”. Ifølge rapporten var der ”få indrapporteringer om uønskede hændelser relateret til somatiske sygdomme”.

Samme melding giver tilsynet i en rapport fra 2013, hvor tilsynet modtog 132 indrapporteringer om ”alvorlige og uventede hændelser” fra psykisk helsevern, og hvor det ”i enkelte sager har været usikkert, om psykiatriske patienter har modtaget nødvendig somatisk behandling”.

Af rapporterne fremgår det ikke, om de patientansvarlige behandlere i indrapporteringerne var psykologer eller læger.

Hos Norsk psykologforenings tager præsident Tor Levin Hofgaard kritikken med sindsro.

– Hvis det fandt sted, ville Helse-tilsynet have påvist det, og der findes ingen dokumentation for, at det skulle ske ude i psykisk helsevern, siger han.

INGEN PSYKIATERFLUGT

En anden bekymring i debatten om psykiateres og psykologers delte behandlings-

ansvar handlede om, hvorvidt læger med speciale i psykiatri ville miste lysten til at arbejde i psykiatrien, hvis psykologer fik behandlingsansvar? Ville man se psykiaterflugt i årene efter reformen?

Her godt 20 år efter reformen blev implementeret, er svaret nej.

Ola Marstein er psykiater og specialrådgiver i Norsk psykiatrisk forening, en fagmedicinsk forening i Legeforeningen, og Legeforeningens repræsentant på området. Han fortæller, at Legeforeningen ikke har registreret en psykiaterflugt fra psykisk helsevern, og den udmelding flugter med statistikken på området.

Ifølge opgørelser fra Statistisk sentralbyrå arbejdede der 2.036 psykologer på fuldtid i psykisk helsevern mod 1.520 læger og psykiatere i 2008, mens de to faggrupper sidste år sad på henholdsvis 3.314 fuldtidsstillinger mod 2.309.

– Det vigtigste (med reformen) var at få løst den store opgave med at få flere behandlere i psykisk helsevern, og på mange måder er den blevet løst, siger Ola Marstein.

Ola Marstein peger på, at psykologernes mere centrale rolle i psykisk helsevern har forandret psykiaternes arbejde i dele af psykisk helsevern, og at nogle læger kan opleve, at de mister det brede overblik på patienten.

Men alt i alt er der ifølge Ola Marstein fortsat ”mere end nok arbejde” i psykisk helsevern.

– Vi mener, at mange kræfter er bedre end få kræfter, og at det er en god ting, at vi er blevet flere specialister. Det en fordel, at læger og psykologer har ansvaret særligt for udredning og diagnostik og også for behandlingsansvar. Det er dygtige psykologer, der kommer ud i psykisk helsevern, siger han. ●

