

---

# Mot en helhetlig og humanistisk psykiatri – lærdommer fra Italia

---

INTERNASJONAL MEDISIN

VERONICA VAAGE-KOWALZIK

[uxvaag@ous-hf.no](mailto:uxvaag@ous-hf.no)

Veronica Vaage-Kowalzik er seksjonsoverlege ved Nydalen DPS døgn, Oslo universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ARMIN VAAGE-KOWALZIK

Armin Vaage-Kowalzik er overlege ved Psykiatrisk avdeling, Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

**I år er det 40 år siden en totalreformasjon av italiensk psykiatri. Hvordan har det gått og hva kan vi lære?**



Marco Cavallo er en treskulptur bygd av pasienter og ansatte på Manicomio di Trieste i 1973. Den er basert på en ekte hest som tjente på sykehuset og som skulle avlives, men ble reddet da pasientene krevde at den skulle få bo på sykehuset frem til naturlig død. Skulpturen skal symbolisere frihet og menneskeverd til de innlagte. Senere ble den et symbol for Basaglia-loven. Foto: Davide Folloni, lisensiert under CC BY 2.0

I tråd med anbefalingene fra Verdens helseorganisasjon (WHO) har norsk psykiatri de siste 20 årene i økende grad blitt desentralisert (1). Tilbudet ved de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) og i primærhelsetjenesten har blitt utvidet, mens antall døgnplasser har blitt redusert, alt i henhold til *Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998–2008)* (2). I henhold til kommunehelsetjenesteloven skal kommunehelsetjenesten ivareta forebygging, omsorg, rehabilitering og generell behandling. Spesialisthelsetjenesteloven fastslår at spesialisthelsetjenesten skal begrense sin oppgave til utredning og spesialisert behandling og at helsehjelpen skal være kostnadseffektiv (3). Spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern strever med å redusere bruken av tvang, og det er trykk på sengeplasser sentralt. Plassene fylles i stor grad av farlige pasienter og pasienter dømt til behandling. Vi som jobber i den offentlige psykiske helsetjenesten, opplever at de distriktpsikiatriske sentrene nå er så presset at de stadig må redusere sitt oppdrag. Det som skulle være hjørnesteinen i behandlingen av pasientene, er nå ofte kun et stoppested på vei ut til kommunen. Tjenestene blir mer fragmenterte til tross for gode intensjoner, samarbeidsmøter og individuelle planer. Brukerne må forholde seg

til et stort antall aktører. Rammene våre gjør at fagfolk bruker stadig mer tid på forvaltning og mindre tid på fleksible tjenester til brukerne. I dette landskapet kunne vi kanskje trenge inspirasjon fra andre land som har løst utfordringene annerledes? Vi dro på studietur til Italia, landet som inspirerte Verdens helseorganisasjon til å satse på en mer desentralisert og human psykiatri. Har vi fortsatt noe å lære?

---

## Basaglia-loven

Psykiatrien i Italia i 1950-årene var preget av store asyler. Det ble brukt mye udokumentert tvang, pasientene ble ofte passivisert og hadde få eller ingen rettigheter. Asylene var stort sett et sted for oppbevaring og minnet om fengsler (4). Dette var utgangspunktet for bevegelsen som jobbet for en demokratisk og human psykiatri, ledet av den karismatiske og revolusjonære psykiateren Franco Basaglia (1924–80). I 1960-årene var det mye oppmerksomhet om «det terapeutiske samfunn», men Basaglia kjempet også for å åpne, for deretter å legge ned, asylene i Italia. Kampen resulterte i psykiatrireformen Lov 180 av 1978, også kalt Basaglia-loven. Den innebar at alle offentlige psykiatriske institusjoner skulle legges ned, og det skulle bygges lokale sentre for mental helse. Pasientene skulle behandles i sitt nærmiljø basert på frivillighet. En psykososial tilnærming skulle lede til mening, frihet og integrering i samfunnet (5).

I modellen som vokste frem, hadde hver helseregion et lokalt psykiatridepartement med flere lokale psykiatriske sentre, rehabiliteringssenger og en akuttpsykiatrisk sengepost ved lokalsykehuset. De lokale psykiatriske sentrene var hovedsetet for all behandling, skulle være døgnåpne, og man kunne ta kontakt uten henvisning. Sentrene hadde senger til disposisjon og skulle tilby tverrfaglig behandling med et helhetlig fokus. Ved bruk av tvang var det kun behandlingskriteriet som gjaldt, og hos farlige pasienter ble rettsvesenet koblet inn (5, 6).

Nå som loven feier sitt 40-årsjubileum, er det mye diskusjon i Italia om det psykiatriske tilbudet. Mange hevder at tilbudet er altfor dårlig og at det trengs en ny stor bevegelse innen fagfeltet for å gjenopplive engasjementet og videreutvikle den italienske psykiatrien (4). Italiensk psykiatri er preget av store regionale forskjeller: Helseregionene er selvstendige, og det er store forskjeller i driften. Pengene som blir brukt på det psykiatriske departementet i hver helseregion, varierer mellom 2,1 % og 6,5 % av det totale helsebudsjettet i regionen. De totale utgiftene innen psykisk helse er nå kun 3,5 % av det totale helsebudsjettet (6). Spesielt i Nord-Italia synes loven å fungere etter hensikten. Det brukes lite tvang og det er lite behov for sentrale senger. Trieste er kroneksempel. Andre steder i Italia hvor det lokale tilbudet er redusert, brukes det mer tvang (6).

---

## På besøk i Trieste

Fem fagfolk som alle jobber innen psykiatrien i Oslo, var tidligere i år på studietur til Trieste. På veien besøkte to av oss Roma, der vi hadde vært på tilsvarende tur før. Kolleger der tegnet et negativt bilde av den italienske psykiatrien. Sentre har ikke ressurser til å holde døgnåpent, og de greier ikke å hjelpe alle som trenger det. Manglende ressurser ble dels forklart med finanskrisen i Italia, men også med at det går mye penger ut av psykiatrien til private klinikker og sykehjem.

Inntil nylig hadde Italia en atskilt retts- og sikkerhetspsykiatri som tok hånd om dem som ble vurdert som farlige, og kunne dømmes til behandling. Sikkerhetspsykiatrien ble i 2015 flyttet fra justisdepartementet til helsedepartementet. Vi ble fortalt at farlige pasienter og pasienter dømt til behandling nå får denne i små forsterkede sikkerhetspsykiatriske enheter med fokus på behandling, sosialpsykiatri og rehabilitering.

Deretter gikk turen til Trieste. Programmet var organisert av Verdens helseorganisasjons Collaboration Centre for Research and Training samme sted, og vi fikk besøke forskjellige psykiatriske tilbud. Direktøren for det mentale helsedepartementet i Trieste, Roberto Mezzina, hevdet at det var ekstremt lite bruk av tvang, få innleggelses- og forsvinnende få utageringer lokalt. Stor-Trieste har ca. 240 000 innbyggere og fire lokale psykiatriske sentre med seks sengeplasser hver. Hvert senter har 60 000 innbyggere i opptaksområdet. Det er kun seks akuttpsykiatriske sengeplasser i hele Trieste.

I Norge fyller farlige og krevende pasienter sentrale sengeplasser. Hvor er de i Trieste? Vi ble forklart at siden man har fokus på menneskerettigheter og frihet til individet, så følger det et ansvar med friheten. De fleste kriminelle sitter i fengsel, og ved behov for psykiatrisk oppfølging følger det lokale psykiatriske senteret opp. Den rettspsykiatriske enheten i Trieste var tom under vårt besøk. De som hadde blitt henvist, var ferdigbehandlet og rehabilitert tilbake til samfunnet.

Arbeidskooperativene har en sentral plass i behandlingen og rehabiliteringen av pasientene. Det jobbes aktivt med meningsfulle aktiviteter, også her med individuelle tilpasninger i sentrum. Kooperativene skal være nyttige og konkurransedyktige. Myndighetene tilrettelegger med arbeidsstipend og sosialstipend, og bedrifter som ansetter personer med nedsatt funksjonsevne slipper å betale arbeidsgiveravgift.

Ved det lokale psykiatriske senteret, Barcola, hørte vi om en fleksibel tilnærming med pasientens prosjekt i sentrum. Om brukere blir dårligere og avviser hjelp, så blir de ikke gitt opp: «Brukeren har rett til å gå, men vi har rett til å gå etter.» Hvis en syk person nekter å ta imot behandling, fortsetter man å bry seg, oppsøker vedkommende og tilbyr fleksible løsninger. Det medfører en del forhandlinger og krever stor tålmodighet. Mye av virksomheten er ambulant, og om lag 100 brukere er innom senteret daglig for gruppebehandling, samtaler, praktisk hjelp og brukerstyrte grupper. Vi fikk vite at to tredeler av brukerne har en psykoselidelse, men det ble understreket at

tilbud og tiltak ble bestemt ut fra funksjon og behov, ikke bare diagnose. Medisiner blir gitt i samsvar med internasjonale retningslinjer med et mål om lavest mulig effektive dose. Terapien er helhetlig med hovedvekt på relasjon, pasientens prosjekt og kontinuitet. Vårt inntrykk sammenfaller med funnene i en kvalitativ nederlandsk studie av tilbudet i Trieste (7).

Ved akuttpsykiatrisk sengepost er oppholdet kortest mulig, ofte bare én natt. Pasientene kommer gjerne ved kriser kveld og natt. Målet er å få til frivillig behandling og at de kommer ut til senteret raskest mulig. Trenger pasienten innleggelse ved akuttavdelingen, følger behandler fra senteret opp under innleggelsen.

De sosiale tjenestene bedrev mye oppsøkende virksomhet, frivillig arbeid med aktiviteter og matutdeling. Det ble referert til Basaglia, menneskeverd, frihet, fleksibilitet og integrering i samfunnet. Helse- og sosialarbeiderne fremsto som oppriktig engasjerte i situasjonen til brukerne og var villige til å strekke seg langt for å hjelpe. De snakket varmt om samarbeidspartnere. Vi ble slått av et system der alle syntes å trekke i samme retning. Innbyggerne i Trieste sies å være mer reserverte og skeptiske enn andre steder i Italia, så det ble sagt at det man har fått til i Trieste, har man fått til på tross av en lukket og skeptisk kultur.

I Trieste er det angivelig ingen private klinikker og sykehjem. Pasienter med ruslidelser og psykiske lidelser behandles i rusomsorgen i egne programmer. Psykiatrien veileder ved behov. Pasienter med lettere psykiske lidelser håndteres av fastlegen, eventuelt psykologer og private psykiatere.

---

## Noe å lære?

Det er vanskelig å sammenligne systemer og virkeligheter som befinner seg i land med forskjellige sosioøkonomiske ordninger, demografi og kultur. Vi tror likevel at vi har mye å lære av italiensk psykiatri. Det ble tydelig hvor sårbar modellen er om ikke hjørnesteinen fungerer. Der det ikke settes inn nok ressurser ved de lokale psykiatriske sentrene, blir det vanskelig å få til den kontinuiteten og tilgjengeligheten som trengs for å forebygge at pasientene blir dårligere. Å få til en god frivillig behandling ved tilbakefall krever tid og fleksibilitet. Alternativt får vi en opphopning av syke pasienter som behøver et høyere omsorgsnivå og mer tvang. I Italia følger pengene i stor grad pasientene. Der det benyttes private klinikker, blir det mindre penger igjen i det offentlige tilbudet. Vi ble fortalt at flere steder i Italia har dette ført til et dårlig fungerende psykisk helsevesen, uten at regionene nødvendigvis bruker mindre penger totalt.

Nøkkelen synes å være helhetlig behandling, tilgjengelighet, fleksibilitet og kontinuitet. Med helhetlig behandling menes også forebygging, omsorg og rehabilitering. I behandlingen av de sykeste pasientene blir et slikt skille kunstig. Vi ser i Norge at dette kan føre til både overlapp av og mangelfulle tjenester og at behandlingen blir unødvendig fragmentert. Kontinuitet og

tilgjengelighet ved de psykiatriske sentrene må ses på som en svært viktig del av forebyggingen. Behandler og senteret følger pasienten der pasienten er, uansett om det er hjemme eller i fengsel.

Også i Norge ønsker vi å være fleksible, men det er vanskelig å møte pasienten ute og å være tålmodig under tidspress og lange ventelister. Det snakkes om sømløse overganger og tett samarbeid, men i hverdagen må vi stadig begrense oss. I spesialisthelsetjenesten må vi rettighetsvurdere, begrense, skrive ut raskere enn ønskelig – og ofte til for magre tjenester i kommunen. Kommunene skal ta seg av omsorg, forebygging, rehabilitering og generell behandling. Samtidig tilsier retningslinjene at de skal gi tjenester på lavest mulig nivå. Vi har erfaring med forskjellige bydeler i Oslo som er svært regel- og vedtaksstyrt, og det blir lite rom for tilgjengelighet og fleksibilitet. Pasientene faller ofte mellom to stoler. Myndighetene har gjort mange tiltak de senere år som skulle utløse rettigheter hos brukerne. I praksis tenker vi at disse ofte innskrenker mulighetene for individuelle tilpasninger. Men som et tilbud til de sykeste har det også blitt etablert enkelte fleksible ambulante team (flexible assertive community treatment, FACT) i samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Vårt inntrykk er at vi i Norge har mer spesialisert behandling, flere psykologer og mer psykoterapi i det offentlige (selv om krav til effektivitet er i ferd med å begrense tilbudet) og bedre døgnavdelinger enn i Italia. Det godet vil vi bevare. Men kan vi optimalisere psykiatrien ved å reintegrere noen av oppgavene som er flyttet til primærhelsetjenesten? Eller kunne vi i et spleiselag mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten fått til flere samlokaliserte lokale psykiatriske sentre à la de fleksible ambulante teamene, men med utvidet tilgjengelighet?

---

## LITTERATUR

1. Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. IS-1388. Oslo: Sosial og helsedirektoratet, 2006.  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/281/Distrikts-psykiatriske-sentre-IS-1388.pdf> (10.8.2018).
2. St.prp. nr. 63 (1997–98): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/sec1> (10.8.2018).
3. Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne. Oslo: Helsedirektoratet, 2015.  
<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Psykisk%20helsevern%20for%20voksne.pdf> (10.8.2018).
4. Fioritti A. Is freedom (still) therapy? The 40th anniversary of the Italian mental health care reform. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018; 27: 319 - 23.  
[PubMed][CrossRef]

5. Giannichedda MG. The Italian national mental health law. evaluation of the mental health law reform in Italy. Geneva: Second WHO International Training Forum on Mental Health, Human Rights and Legislation, 2003. [www.triestesalutementale.it/english/doc/psy\\_reform\\_act.doc](http://www.triestesalutementale.it/english/doc/psy_reform_act.doc) (10.8.2018).
  6. Mezzina R. Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its successes and continuing need. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018; 27: 336 - 45. [PubMed][CrossRef]
  7. Muusse C, van Rooijen S. Freedom First. A study of the experiences with community-based mental health care in Trieste, Italy, and its significance for the Netherlands. Utrecht: Timbos-instituut, 2015. [http://hearingvoicescymru.org/wp-content/uploads/2016/01/511554\\_Lister\\_LR1.pdf](http://hearingvoicescymru.org/wp-content/uploads/2016/01/511554_Lister_LR1.pdf) (10.8.2018).
- 

Publisert: 20. november 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0579

Mottatt 14.7.2018, første revisjon innsendt 8.8.2018, godkjent 14.8.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.