
Psykiatriens forventningsavklaring

KRONIKK

ANDERS MALKOMSEN

anders.malkomsen@gmail.com

Anders Malkomsen er ph.d., spesialist i psykiatri og legespesialist ved Seksjon for behandlingsforskning, Oslo universitetssykehus.

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

CARL TOLLEF SOLBERG

Carl Tollef Solberg er ph.d., lege, filosof og professor ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo og gjesteprofessor ved Syddansk universitet i Danmark.

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

Forventningskrisen i psykiatrien skyldes et økende gap mellom forventninger og ressurser. En forventningsavklaring må til for å hindre en ytterligere forverring av krisen.



Ragnhild Kaarbø, Komposisjon med hode, ca. 1925

Vi har tidligere hevdet at psykiatrien står overfor en forventningskrise (1), og at det finnes minst tre komplementære strategier for å håndtere krisen: øke ressursene til psykiatrien, effektivisere tjenesten og redusere forventningene (2). Vi mener at det finnes et betydelig potensial for å øke effektiviteten i psykiatrien, blant annet ved å redusere overbehandling og prioritere ressursene bedre. Det er imidlertid nødvendig å gjennomføre en omfattende forventningsavklaring før man egentlig kan vite hva som er overbehandling, og hva som bør prioriteres.

En avklaring av forventninger innebærer å kartlegge hva klinikere, pasienter, pårørende, politikere og samfunnet som helhet forventer av psykiatrien, avveie disse forventningene opp mot hverandre og deretter trekke konklusjoner som kan formidles på en tydelig måte. Psykiatriens forventningsavklaring bør inneholde minst fire elementer: målet med behandlingen, hvem som skal ha ansvar for hva, hvilke metoder som skal benyttes, og en klargjøring av hvem som har behov for behandling. Vi vil her dele noen innledende refleksjoner rundt hver av disse elementene. Men det virkelige arbeidet begynner først der denne teksten slutter.

Målet

De som jobber i den offentlige spesialisthelsetjenesten for psykiatri, bør kunne gi et klart og konsistent svar på hva som er målet med behandlingen de tilbyr. Likevel viser våre samtaler med ansatte ved ulike psykiatriske avdelinger at det er mange oppfatninger om hva som bør være målet med psykiatrisk behandling. Slik variasjon kan bidra til å forklare at enkelte pasienter opplever uklare, snarere enn urealistiske, forventninger som psykiatriens største utfordring (3). Mangelen på en felles målforståelse kan også være en del av forklaringen på de store forskjellene i hvem som får hjelp, og hvor mye hjelp de mottar – et vedvarende problem som Riksrevisjonen flere ganger har kritisert psykiatrien for (4).

Målet med offentlig psykiatrisk behandling bør derfor formidles tydelig fra øverste nivå og gjenspeiles i hele tjenesten. Uansett hvilket mål man velger, bør det følge prinsippene for *smarte* mål, altså være spesifikt, *målbart*, *attraktivt*, *realistisk* og *tidsbestemt*. Nullvisjonen for selvmord er et godt eksempel på det motsatte av et smart mål. Selv om det er spesifikt, er det urealistisk og dermed også umulig å tidsbestemme. I etikken heter det at «bør impliserer kan» – moralsk ansvar gjelder kun for det vi faktisk har mulighet til å påvirke. Nullvisjonen er en uoppnåelig moralsk fordring som bare bidrar til forvirring og usikkerhet i tjenesten (5).

«Målet med offentlig psykiatrisk behandling bør derfor formidles tydelig fra øverste nivå og gjenspeiles i hele tjenesten»

Hva som er det beste målet for psykiatrisk behandling er ikke bare et faglig spørsmål, men også et verdispørsmål. En studie av deprimerede pasienter viste for eksempel at mens behandlere primært fokuserte på symptomreduksjon, ønsket pasientene at behandlingen skulle bidra til økt livskvalitet og mening i livet (6). Begge tilnærminger er legitime, men de har svært ulike implikasjoner for behandlingsmetoder, ansvarsfordeling og hvem som vurderes som behandlingskrevende. Dersom symptomreduksjon er målet, og symptomer defineres ut fra diagnosemanualene, vil egnet behandling være spesifikke terapeutiske intervensjoner og medikamentell behandling. En fordel med dette er at psykiatriens mandat forblir relativt avgrenset, så lenge antallet diagnoser ikke fortsetter å øke. Men dersom livskvalitet eller mening i livet velges som det primære målet, og symptomreduksjon bare blir ett av mange midler for å nå dette, må behandlingen trolig bli mer helhetlig og omfattende. En utfordring med et bredere behandlingsmål er at det kan føre til en betydelig økning i pasienttilstrømming og lengre behandlingsforløp; det er langt flere som opplever lav livskvalitet enn som oppfyller kriteriene for en psykiatrisk diagnose, og det er en mer kompleks oppgave å bedre livskvalitet enn å redusere symptomer. Det er likevel fullt mulig å bestemme seg for at det er en slik psykiatri man vil ha, bare man samtidig øker ressursene.

Answaret

En tydelig målsetting er imidlertid ikke nok. Psykiatriens ansvar må også defineres klart, da ansvarsfordelingen for befolkningens mentale helse i stor grad bestemmer hvilke løsninger som velges. En person som er deprimert på grunn av usikker økonomi, med uførestønad som eneste inntekt, vil kunne hjelpes på flere måter, og løsningen vil avhenge av hvem ansvaret tilskrives. I Nav kan løsningen være økte satser for uførepensjon, mens i psykiatrien kan det være en resept på antidepressiva. På samme måte kan flere lærere være løsningen på barns atferds- og lærevansker dersom ansvaret legges på skolen, mens psykiatrien ofte vil forsøke å løse problemet med sentralstimulerende legemidler. Når psykiatrien tildeles ansvaret for problemer med sosiale og strukturelle årsaker, blir løsningen individuell fremfor systemisk. Det kan bidra til en medikalisering av sosiale problemer og en uthuling av det øvrige samfunnets ansvar for bedring av mental helse.

Forholdet mellom pasient og behandler bør tilpasses pasientens evne til å ta ansvar, og dette bør alltid bli forsøkt avklart tidlig i forløpet. For å tenke noe forenklet rundt ansvarsfordeling mellom pasient og behandler kan man ta utgangspunkt i tre metaforer: reparatøren, treneren og veiviseren. De alvorligst psykisk syke har begrenset evne til å ta ansvar for egen bedring. I slike tilfeller må behandleren ta en aktiv rolle, lik en reparatør, som diagnostiserer problemet, sørger for å få gjennomført behandlingen og i stor grad også ivaretar mer praktiske oppgaver for pasienten. Tvungen behandling er i ytterste konsekvens nødvendig, men kan bli kraftig begrenset av tvangsbegrensningsloven (7). På den annen side kan pasienter også bli pålagt for lite ansvar for egen behandling. For pasienter med større ansvarskapasitet kan *treneren* være en bedre tilnærming: Behandleren informerer om tilstanden, gir faglige råd og følger opp i en veiledende rolle, men pasienten må selv gjøre jobben med å følge rådene, gjøre nødvendige livsstilsendringer og trene selvstendig på de ferdighetene terapien er ment å utvikle. De friskeste pasientene trenger kanskje ikke mer enn en veiviser – en som hjelper dem å forstå sitt indre landskap og kalibrere sitt mentale kompass. Igjen finnes det ingen fasit, og det viktigste er at fordelingen av ansvaret kommuniseres tydelig.

Det er dessverre mange uklarheter rundt hvem som har ansvaret for hva i psykiatrien, noe Riksrevisjonen nylig har påpekt (8). Tematisk organisering av tjenesten og tydeligere oppgavefordeling er viktige steg i riktig retning i denne sammenhengen (9).

Metoden

Uavhengig av psykiatriens mål og ansvarsområde bør behandlingsmetodene være kunnskapsbaserte. Når nye legemidler vurderes for bruk i norsk offentlig helsevesen, gjennomgår de grundige vurderinger i systemet for Nye metoder. For psykoterapi finnes det ingen tilsvarende metodevurderinger og prioriteringer, noe som gjør det vanskelig for pasientene å vite om behandlingen de mottar faktisk er evidensbasert. Det er derfor nødvendig med en mer systematisk vurdering av metodene som benyttes i psykiatrien. Fraværet av oppdaterte retningslinjer skaper ytterligere usikkerhet. For

eksempel ble retningslinjene for depresjonsbehandling nylig avpublisert uten planer om en ny versjon, mens psykoseretningslinjen utelukkende setter søkelys på psykofarmaka. Mangel på retningslinjer gjør det vanskelig for pasienter å vite om behandlingen de tilbys er den beste for deres tilstand, og det reduserer pasientenes mulighet til å klage på feilbehandling.

Pasienter har rett til valgfrihet i behandlingen, men denne må balanseres mot prioriteringskriteriene som Stortinget har vedtatt for den offentlige helse- og omsorgstjenesten: nytte, ressursbruk og alvorlighetsgrad. Derfor bør valgfriheten begrenses til behandlinger med tilsvarende effekt og kostnad. Selv om mange pasienter i psykiatrien ønsker langtidsterapi, er det sjelden det mest kostnadseffektive alternativet. Den langsiktige kliniske effekten sammenlignet med kortere terapiforløp er i mange tilfeller liten, mens ressursbruken er betydelig større (10). Det innebærer at økt vektlegging av kostnadseffektivitet trolig vil bety flere kortere terapiløp, helst i kombinasjon med legemidler (11). Kostnadseffektivitet handler ikke bare om å spare penger, men også om å respektere pasientens tid og behov. De fleste pasienter ønsker seg raskest mulig bedring.

Ideen om at god behandling tar tid, er en seiglivet myte som er utfordret fra flere hold, for eksempel fra studier av 4-dagers behandling for tvangslidelse (12), eller 6-dagers behandling for traumelidelse (13). Selvsagt finnes det unntak, men psykiatrien bør i større grad ta inn over seg forskningsfunn – eksempelvis fra studier på komplekse personlighetsforstyrrelser – som viser at kortere, mer intensive terapier ofte gir like gode resultater som lengre forløp (14, 15). Parkinsons lov, som sier at arbeid ekspanderer for å fylle tilgjengelig tid, gjelder trolig også i psykiatrien. Hvis den offentlig finansierte psykiatrien skal være kunnskapsbasert og ta pasientenes preferanser på alvor, må den ikke føle seg truet av kravet om mer korttidsbehandling, men heller se det som en faglig utfordring å få mer ut av mindre.

Behovsavklaring

Hva som utgjør et reelt behandlingsbehov, kan ikke vurderes isolert. Det avhenger av psykiatriens mål, ansvarsfordeling og metoder. Uten en felles forståelse av disse elementene risikerer vi at subjektive forventninger forveksles med faktiske behov. Men hva ligger egentlig bak våre forventninger? Forventninger kan romme minst tre ulike dimensjoner – prediksjoner, ønsker og behov – og en klar forståelse av disse er avgjørende for å avklare det reelle behandlingsbehovet.

«De som har stor tro på nytten av psykiatrisk behandling, ser underbehandling overalt, mens de som tviler på nytten, ser bare overbehandling. Her må empirien styre»

Prediksjoner er deskriptive antakelser om fremtidige behandlingsutfall, og klinikerens prediksjoner er ofte mer realistiske enn pasientens, da de bygger på fagkunnskap og klinisk erfaring. Ønsker er personlige preferanser om hva som bør skje, men de er ikke nødvendigvis realistiske. Derfor bør man være forsiktig med å legge for mye vekt på et ønske om behandling. For samtykkekompetente pasienter er et autonomt ønske om behandling en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for behandlingsbehov. Men

det er et paradoks i psykiatrien at jo sykere pasienten er, desto mindre er ofte ønsket om behandling. Det skyldes at svært syke pasienter har urealistisk negative prediksjoner om behandlingens effekt, enten fordi de tror de selv er et håpløst tilfelle, eller fordi de ikke innser at de faktisk er syke. Samtidig finnes det mange pasienter som har urealistisk positive prediksjoner om behandlingens effekt, og derfor ønsker seg behandling eller utredning. Dette viser hvordan ønsket om behandling kan påvirkes av feilaktige prediksjoner.

Et reelt behandlingsbehov eksisterer bare når det finnes dokumentert effektiv behandling som faktisk er nyttig. I psykiatrien er det imidlertid vanskelig å forutsi hvem som faktisk vil ha nytte av utredning og behandling, fordi individuelle og kontekstuelle faktorer påvirker utfallet på uforutsigbare måter (16). Denne epistemiske usikkerheten gjør behovsavklaringen utfordrende, men leder samtidig til en viktig konklusjon: Flere pasienter bør få muligheten til å prøve behandling, og flere bør trolig få avklarende samtaler, da forsøksbehandling i seg selv kan være en metode for behovsavklaring. Man bør altså ha kortere behandlingsforløp med tydelige evalueringspunkter heller enn lange, uavsluttede forløp. En slik tilnærming vil gi bedre ressursutnyttelse og en mer realistisk vurdering av pasientenes behov. Samtidig stiller det større krav til behandlere, som ofte strever med å avslutte behandlinger, og dermed kan trenge tydelig lederstøtte i vanskelige saker (17).

Underbehandling kan dermed bare sies å foreligge hvis det finnes behandling som faktisk nytter, men ikke tilbys, når pasientens mål samsvarer med psykiatriens overordnede mål og når pasientens problem faller innunder psykiatriens definerte ansvarsområde. Det er altså umulig å diskutere om en pasient er under- eller overbehandlet uten å ha avklart mål og ansvar først. Det vil nok alltid være uenigheter knyttet til disse spørsmålene, som i verste fall kan handlingslamme psykiatrien, noe som vises gjennom at psykiatrien ennå ikke har klart å formulere noe fornuftig til Kloke valg-kampanjen. De som har stor tro på nytten av psykiatrisk behandling, ser underbehandling overalt, mens de som tviler på nytten, ser bare overbehandling. Her må empirien styre.

«En mer ambisiøs psykiatri forutsetter en grundig forventningsavklaring»

Visjon og ledelse

En samstemt psykiatri som marsjerer taktfast mot ett enkelt mål med én metode, er en skremmende tanke. Ingen ønsker en slik psykiatri. Samtidig har våre samtaler med ansatte, pårørende og pasienter gitt et tydelig inntrykk av at feltet mangler en samlet visjon – og ikke minst en tydelig ledelse. Det gjør det umulig for de ansatte å prioritere i praksis. Mange behandlere opplever at ressursene ikke står i forhold til forventningene, eller at forventningene er uklare. Dette bidrar til at mange slutter i jobben (18). Dersom de offentlige ressursene beregnes ut fra symptomreduksjon, noe vi antar, mens noen behandlere fokuserer på bredere mål, vil det bidra til å øke forventningsgapet fordi det ikke er samsvar mellom mål og middel. En åpen og ærlig forventningsavklaring kan da bidra til bedre balanse mellom ressurser og krav, samtidig som det gir ansatte en tydeligere forståelse av formålet med det viktige arbeidet de gjør.

Dette handler imidlertid mest om pasientene. Psykiske lidelser er blant de mest brutale utfordringene et menneske kan møte, og psykiatriens pasienter fortjener den beste hjelpen som er mulig å gi. Derfor bør vi ha store ambisjoner for psykiatrien, og en mer ambisiøs psykiatri forutsetter en grundig forventningsavklaring. At dette vil føre til konflikter når ulike hensyn skal balanseres mot hverandre, er ingen unnskyldning for å unnlate å gjøre jobben. Norge har trolig verdens beste psykiatriske behandlingstilbud, men det kan bli enda bedre – dersom vi tør å ta tak i de uavklarte forventningene.

Artikkelen er en del av prosjektet «Psykiatri – fra krise til forventningsavklaring», som er støttet av Fritt Ord (prosjektkode 22–716). Vi vil gjerne rette en takk til Forum for filosofi, psykiatri og psykologi for viktige innspill.

REFERENCES

1. Malkomsen A, Solberg CT. Psykiatriens forventningskrise. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0895. [PubMed][CrossRef]
2. Malkomsen A, Solberg CT. Forventningsgapet i psykiatrien må reduseres. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0081. [PubMed][CrossRef]
3. Kastås HM. Har mer enn et tiår bak seg som pasient i psykiatrien: Det er her skoen trykker. Nettavisen 5.3.2022. <https://www.nettavisen.no/norsk-debatt/har-mer-enn-et-tiar-bak-seg-som-pasient-i-psykiatrien-det-er-her-skoen-trykker/o/5-95-401693> Lest 12.3.2025.
4. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2020-2021/dok3-202021-013.pdf> Lest 25.3.2025.
5. Sjöstrand M, Eyal N. The phantasm of zero suicide. Br J Psychiatry 2023; 222: 230–3. [PubMed]
6. Demyttenaere K, Donneau AF, Albert A et al. What is important in being cured from depression? Discordance between physicians and patients (1). J Affect Disord 2015; 174: 390–6. [PubMed]
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Tvangsbegrensningsloven. <https://www.regjeringen.no/contentassets/78974ebb760a412cb646611ad2e57b9d/no/pdfs/nou201920190014000dddpdfs.pdf> Lest 25.3.2025.
8. Riksrevisjonen. Helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2024-2025/helse--og-velferdstjenester-til-personer-med-samtidige-rusmiddellidelser-og-psykiske-lidelser.pdf> Lest 25.3.2025.
9. Helse- og omsorgsdepartementet. Forenkle og forbedre: Rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern. https://www.regjeringen.no/contentassets/2402e66428ac40ad9ed416ab2b62646d/no/pdfs/forenkle_og_forbedre_-_rapport.pdf Lest 25.3.2025.

10. Maljanen T, Knekt P, Lindfors O et al. The cost-effectiveness of short-term and long-term psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a 5-year follow-up. *J Affect Disord* 2016; 190: 254–63. [PubMed]
11. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E et al. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry* 2020; 19: 92–107. [PubMed]
12. Skjold SH, Hagen K, Wheaton MG et al. The effectiveness and acceptability of the Bergen 4-day treatment for adolescents with OCD: a replication and extension. *BMC Psychiatry* 2024; 24: 148. [PubMed]
13. Matthijssen SJMA, Menses SDF, Huisman-van Dijk HM. The effects of an intensive outpatient treatment for PTSD. *Eur J Psychotraumatol* 2024; 15: 2341548. [PubMed]
14. McMain SF, Chapman AL, Kuo JR et al. The Effectiveness of 6 versus 12 Months of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: A Noninferiority Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom* 2022; 91: 382–97. [PubMed]
15. Ciharova M, Karyotaki E, Miguel C et al. Amount and frequency of psychotherapy as predictors of treatment outcome for adult depression: A meta-regression analysis. *J Affect Disord* 2024; 359: 92–9. [PubMed]
16. McMahon FJ. Prediction of treatment outcomes in psychiatry—where do we stand? *Dialogues Clin Neurosci* 2014; 16: 455–64. [PubMed]
17. Elvik I. Psykologer mangler vurderingsferdigheter. *Psykologitidsskriftet* 2025; 1: 44–7.
18. Arner Y, Grepperud S. Spesialistflukt fra de offentlige helsetjenestene. *Tidsskr Nor Psykol foren* 2024; 61: 758–65.

Publisert: 6. mai 2025. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0182

Mottatt 13.3.2025, første revisjon innsendt 25.3.2025, godkjent 25.3.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. juli 2026.