

## Langt færre barn dør av meslinger i Afrika

■ Tallet for barn som døde av meslinger falt fra om lag 396 000 i 2000 til om lag 36 000 i 2006, en reduksjon på over 90 %. Dette viser beregninger som nylig er publisert i en av Verdens helseorganisasjons publikasjoner (1).

Reduksjonen er oppsiktsvekkende og kan tilskrives en rekke tiltak: bedre informasjon, større tilgang til vaksinasjon, massevaksinering av spedbarn før ett års alder og bedre helsetjenester (2). Dette er gjort mulig gjennom det såkalte *Measles initiative*, et omfattende samarbeid mellom organisasjoner som WHO, UNICEF, Røde Kors og Centers for Disease Control and Prevention i USA (3). I 2006 ble om lag 478 millioner barn og ungdommer vaksinert mot meslinger i 46 av de 47 landene som er identifisert som særlig affisert av sykdommen. Vaksinedekningen på verdensbasis var i 2006 om lag 80 %, mot om lag 72 % i 2000 (2). Den største fremgangen i vaksinedekning var i Afrika og i de østlige middelhavslandene.

Fortsatt dør nesten 600 barn hver dag av meslinger. Store land som India og Pakistan har ennå ikke gjennomført anbefalte tiltak mot meslinger. Suksessen i Afrika gir forventinger om en tilsvarende fremgang i Sør-Asia.

### Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Progress in global measles control and mortality reduction, 2000–2006. *Wkly Epidemiol Rec* www.who.int/wer/2007/wer8248.pdf [5.12.2007].
2. Measles deaths in Africa plunge by 91 %. World Health Organization. www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr62/en/index.html [5.12.2007].
3. Measles initiative. www.measlesinitiative.org/index3.asp [5.12.2007].

## Hva kan norsk psykiatri lære av Italia?

I 1978 ble de store asylene i Italia avløst av små sengeavdelinger integrert i de ordinære somatiske sykehusene, og nesten all behandling av personer med psykiske lidelser skjer nå i pasientenes nærmiljø. Dette har ført til færre innleggelses, kortere opphold for dem som innlegges, få «svingdørspasienter», få tvangsinnleggelses og fornøyde brukergrupper der systemet fungerer. Hvor og hvorfor har Italia fått dette til? Trenger vi en lovendring for å nå målsettingene i Opptappingsplanen for psykisk helse?

I mange land, inkludert Italia, ble forholdene ved de store psykiatriske asylene kraftig kritisert i 1960- og 1970-årene. Forholdene i asylene var uverdige – en form for oppbevaring av «de gale», der medisinsk behandling og oppfølging i realiteten var umulig pga. lav bemanning. Fagideologisk nytenkning på 1960-tallet inspirerte en systemkritisk pionergruppe i Italia, ledet av legen Franco Basaglia (1924–80), til å prøve ut en helt annen organisering av det psykiatriske behandlingstilbudet i flere byer, slik det nylig er beskrevet i *Tidsskriftet* (1, 2). Innleggelse i asylene ble beskrevet som «antiterapeutisk og toksisk selv i små doser» (3).

Disse pionerene viste at det var mulig å tømme de store psykiatriske institusjonene, avskaffe tvangsmidler og bruk av elektrosjokkbehandling og gi pasientene god medisinsk behandling gjennom psykososial intervensjon i pasientens nærmiljø. Målet var å unngå kronifisering ved langtidsopphold i institusjon og å gi pasientene et mer verdig liv ved tilbakeføring og integrering i det lokalsamfunnet de kom fra. Disse erfaringer ga viktige premisser for en ny psykiatrilov, *Riforma 180*, som ble vedtatt i 1978. Dette var en del av et større reformarbeid innen Italias helse- og sosialtjeneste etter mønster av det offentlige helsevesen i Storbritannia og et resultat av det såkalte «historiske kompromiss» mellom sosialistpartiet, kommunistpartiet og kristeligdemokratene i Italia i årene 1976–79.

*Riforma 180* var og er fortsatt den mest radikale omorganisering av den psykiatriske helsetjenesten i hele Europa. De store asylene ble bygget ned – med forbud mot nye innleggelses fra 1982 og full stengning i 1998. Sykehusbehandling skulle reserveres de aller dårligste pasientene ved kortvarige opphold i små sengeavdelinger, med

maksimalt 15 senger, integrert i vanlige sykehus. Pasientbehandlingen skulle i hovedsak gjennomføres utenfor sykehuset, der det over tid skulle bygges opp en tjeneste med gruppeboliger og tverrfaglige team i tilknytning til dagsentre og med ansvar for et definert geografisk område for oppfølging av pasientene i deres eget nærmiljø. Målet var en omlegging fra segregasjon og kontroll i asylene til behandling, rehabilitering og integrering i lokalsamfunnet (3).

Mye taler for at denne kommunebaserte modellen både har gitt stor kostnadseffektivitet og bidratt til å gi et kvalitativt bedre liv for mange psykisk syke, vel og merke i de distrikter der psykiatritjenesten fungerer i samsvar med målsettingene, slik som i byen Verona. Stor regional autonomi og begrensede muligheter for statlig styring har imidlertid resultert i store ulikheter mellom regionene. Det italienske helsedepartementet har derfor siden 1998, i samarbeid med brukerorganisasjoner og fagmiljøene, utarbeidet en nasjonal målplan for mental helse for å utjevne disse forskjellene (4).

Selv om man i Italia i 1980- og -90-årene, på samme måte som i USA og andre europeiske land, fikk en dreining fra psykososiale strategier i behandling av psykiske lidelser til mer nevrobiologiske forklaringsmodeller og forskning, har de lovfestede statlige rammebetingelsene for organisering av den psykiatriske helsetjeneste hele tiden ligget fast frem til i dag.

Høsten 2006 besøkte jeg noen psykiatriske avdelinger som har organisert sine tjenester i tråd med intensjonene i den store lovreformen fra 1978, nemlig i Verona og Livorno.

### Verona

Verona, med om lag 300 000 innbyggere, er inndelt i tre sykehusområder. Verona sør,



Psykiatere i Verona har samarbeidet med Verdens helseorganisasjon om forskning innen psykisk helsevern fra 1980-årene. Foto © Walter Bibikow, Index Stock/GV-Press

med om lag 75 000 innbyggere, har en psykiatrisk klinikkavdeling i universitetssykehuset Borgo Roma, med 16 akuttenger og poliklinikk. Avdelingen har ni universitetsansatte psykiatere med halve arbeidstiden avsatt til klinisk arbeid og veiledning, 30 leger i utdanningsstilling, tre psykologer, fire sosionomer, tre pedagoger med helsefaglig utdanning og 13 psykiatriske sykepleiere, alle med mastergradskompetanse.

Tre tverrfaglige team har ansvar for hvert sitt geografiske område. Distriktet har en døgninstitusjon (gruppehjem) med sju senger for maksimalt én ukes opphold. Ett dagsenter, med åpningstid kl 8–20, gir et lavterskel «drop-in-tilbud», som daglig brukes av 30–50 pasienter. Fagpersoner fra klinikkavdelingen har ansvar for behandling og veiledning. Det er i tillegg 39 senger for langtidspasienter og ti sengeplasser i private institusjoner med tilsyn fra psykiatrisk avdeling.

Behandlingsopplegget er i hovedsak basert på psykososial intervensjon med vekt på familiestøtte, sosiale støttetiltak og ev. medikamentell behandling, der også sykehuslegene ved behov foretar hjemmebesøk. Det er også utdannet nye grupper ikke-profesjonelle hjelpere som helserådgivere, støttekontakter og boveiledere. Den enkelte pasient og familie blir ved behov fulgt opp av det tverrfaglige teamet med en primær-

kontakt, som i en døgnskiftordning alltid skal være tilgjengelig for hjelp i krise, hjemmebesøk, i dagsenter eller poliklinikk eller om nødvendig ved innleggelse i sykehusavdelingen. Dette sikrer kontinuitet i behandlingen over tid og gir den trygghet og tillit for pasient og familie som er særlig viktig for de dårligste pasientene med psykose.

Det er etablert et omfattende, nært og til-litsfullt samarbeid med brukerorganisasjonene, noe som tillegges stor vekt av fagfolkene i Verona. Personell ved dagsenter og poliklinikk har hovedansvar for oppfølging før og etter poliklinisk behandling eller innleggelse i sykehus.

Antall innleggelser/utskrivninger er anslagsvis 250–300 per år, hvorav kun 10–15 tvangsinnleggelser og svært få «svingdørspasienter». De lave tallene ble forklart med den tette oppfølgingen av hver enkelt pasient i nærmiljøet med primærkontakt, lavterskeltilbud og nært samarbeid mellom familie, allmennlege, lokale sykepleiere og avdelingens tverrfaglige team (3). Undersøkelser har vist at denne modellen fører til færre innleggelser og kortere opphold ved kriseinnleggelse enn en mer tradisjonell institusjonsbasert modell (5–7).

I 1978 ble det etablert et register over pasienter med psykiske lidelser. Dette la

grunnlaget for en av de best evaluerte psykiatritjenester i verden (3). Fra 1987 har Verona-klinikken vært fast samarbeidssenter for Verdens helseorganisasjon for forskning og evaluering av tjenester innenfor psykisk helsevern. De fagfolkene jeg snakket med i Verona og Livorno understreket at omlegging fra institusjonsbasert til lokalsamfunnsbasert behandling, ikke hadde vært mulig uten Riforma 180 som lovbestemte det for oss i Norge uforståelig lave sengetallet i de psykiatriske sykehusavdelingene.

### Livorno

Livorno med vel 180 000 innbyggere har i prinsippet organisert sine tjenester på samme måte som i Verona. Der er det en liten akuttavdeling med kort liggetid og få tvangsinnleggelser. Det meste av behandlingen skjer ved to dagsentre med åpningstid 12–24 timer i døgnet.

For staben ved sykehuset i Livorno var det viktig å understreke at psykisk helse er uløselig knyttet til «relasjoner i det offentlige rom», og at et hovedmål ved behandlingen er å «klargjøre nye perspektiver, reetablere nye meningsfylte relasjoner gjennom forhandlinger og veiledning», eventuelt i kombinasjon med medikamentell behandling, slik Mario Serrano nylig har beskrevet (8).

## Liten interesse for italiensk psykiatri i Norge

Hvorfor har det vært så liten interesse for den italienske psykiatireformen i Norge? Dette kan ha flere årsaker: manglende kjennskap til de veldokumenterte erfaringene fra Italia, manglende tro på en kommunebasert, nettverksorientert behandlingsstrategi, og manglende tro på overføringsverdien av erfaringer fra Italia, et samfunn som både forvaltningsmessig og sosiokulturelt er helt annerledes enn Norge.

Det er ingen tvil om at samhold og omsorg i familien er mye viktigere for italienerne enn for oss nordmenn, og at private helse- og omsorgstilbud er mer utbredt i Italia enn i Norge. Kanskje har de der også andre toleransegrenser for «galskap» og avvikende atferd enn i Norge? Det er likevel påfallende at ikke hovedprinsippet ved reformen og de langvarige og veldokumenterte erfaringene fra for eksempel Verona-regionen, er blitt brukt mer aktivt ved gjennomføring av Opptappingsplanen for psykisk helse i Norge.

En viktig grunn til den manglende interessen kan være at den italienske «revolusjon» i 1978 er blitt avskrevet som marxistisk ideologi, der venstreorienterte psykiatere i allianse med en «kommunistdominert regjeringkoalisjon» i 1978 fikk gjennomført en kontroversiell lovendring (9). Reformen kom også i miskreditt fordi det ble hevdet at tømning av asylene førte til mange menneskelige tragedier, store belastninger på familier som fikk sine pårørende hjem uten andre behandlingstilbud, og et økende antall selvmord, noe som ikke er dokumentert. Det har ofte vært hevdet at de italienske erfaringene etter 1978 ikke har vært tilstrekkelig vitenskapelig dokumentert, noe særlig Verona-miljøet har tilbakevist (3).

Den beskjedne interessen for Italia skyldes nok også en avtakende interesse for sosialpsykiatri og kommunebaserte, nettverksorienterte tiltak blant toneangivende norske psykiatere. Mye tyder på at oppmerksomheten, både i Norge og i andre land, har endret seg fra en mer aktiv institusjonskritisk holdning i 1970-årene, med vektlegging av sosialpsykiatriske forklaringsmodeller og behandlingsstrategier, til et mer individorientert perspektiv med sterkere interesse for individualterapeutiske metoder, medikamentell behandling og nevrobiologisk forskning. Fagutviklingen innen norsk akademisk psykiatri har alltid vært sterkt institusjonsbasert med en fast tro på at flere sengeplasser i sykehus vil løse problemene (10, 11).

Innenfor høyskolesystemet, derimot, der faget psykisk helsearbeid nå er i utvikling, er det sosialpsykiatriske perspektivet og de italienske erfaringene stadig viktigere. Denne fagretningen påkaller imidlertid liten interesse i det psykiatriske fagmiljøet, der noen til og med har hevdet at faget repre-

senterer en gjenoppliving av «antipsykiatrien» fra 1970-årene.

**Vi har fortsatt mye å lære av Italia**  
Med Opptappingsplanen for psykisk helse og ekstra tilskudd på over 24 milliarder over åtte år, ønsket Stortinget å bedre behandlingstilbudene for personer med psykiske lidelser både i og utenfor institusjonene, med en prioritert utbygging av distriktspsykiatriske sentre (DPS) og tiltak i kommunene (12). Målet var å sikre et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i sentrum. Distriktspsykiatrien skulle bidra til en reduksjon av øyeblikkelig hjelp-innleggelses i akuttavdelingene og redusere antall reinnleggelses og bruk av tvang (11). Disse målsettingene baserte seg formodentlig på både erfaringer fra Lofoten-prosjektet, Helsedepartementets tilgjengelighetsprosjekter fra 1980-årene (13, 14) og erfaringer fra bl.a. Italia, USA og Canada i 1960- og -70-årene (9). Til tross for tallrike statlige rundskriv og faglige retningslinjer for å sikre at «tilbudene primært bygges opp og gis i nærmiljøet», der «spesialisthelsetjenesten skal støtte opp om arbeidet i kommunene og gi tilbud om utredning og behandling av mer alvorlige tilstander» (12), viser foreløpige evalueringsrapporter og praktisk erfaring fra mange kommuner og institusjonspsykiatrien at det fortsatt er langt igjen til disse målene er nådd (15–17).

Den norske fastlegereformen i 2001 hadde det ikke vært mulig å gjennomføre uten en lovendring. Utviklingen i Italia hadde heller ikke vært mulig uten lovendringen i 1978. Etter min mening er tiden nå inne for en diskusjon om nye lovfestede rammebetingelser for å få til en bedre psykiatrisk helsetjeneste også i Norge. Det er da ikke tilstrekkelig å bygge opp gode tilbud i kommunene. Erfaringene så langt tilsier at det er nødvendig med en enda sterkere statlig styring for å få til en raskere utbygging av flere og mindre DPS-enheter med mer poliklinisk utredning og behandling, dagrehabilitering og flere oppsøkende team, slik det også blir beskrevet i Opptappingsplanen.

**Knut J. Lunde**  
kjolund@online.no  
Froland legesenter  
4820 Froland

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

1. Sagabråten SO, Haavet OR, Prestegaard K et al. På en blå hest inn i fremtidens psykiatri. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2282–3.
2. Sagabråten SO, Haavet OR, Prestegaard K et al. Psykiatri på italiensk. Brev fra Italia. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2418–20.
3. Burti L. Italian psychiatric reform 20 years plus years after. Acta Psychiatr Scand 2001; 104 [suppl 410]: 41–6.
4. de Girolamo G, Massimo C. The Italian psychiatric reform, a 20-year perspective. Int J Law Psychiatry 2000; 23: 197–214.

5. Systema S, Micciolo R, Tansella M. Service utilization by schizophrenic patients in Groningen and South-Verona: an event-history analysis. Psychol Med 1996; 26: 109–19.
6. Gater R, Amaddeo F, Tansella M et al. A comparison of community-based care for schizophrenia in south Verona and south Manchester. Br J Psychiatry 1995; 166: 344–52.
7. Tansella M. Community psychiatry without mental hospitals – the Italian experience: a review. J R Soc Med 1986; 79: 664–9.
8. Serrano M. Borgerrettigheter og tilhørighet. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2006; 4: 310–9.
9. Dalgaard OS. Sosialpsykiatri: i ferd med å gå i glemmeboksen? I: Østergaard B, red. Medicinsk årbog 2000, København; Munksgaard, 2000.
10. Opjordsmoen S. Vi trenger også flere psykiatriske døgnplasser. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1176.
11. Husby R, Østberg B, Hartvig P. Får psykiatriske pasienter behandling på riktig omsorgsnivå? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 178–80.
12. St.prp. 63 (1996–97). Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2006.
13. Sørensen T, Sandanger I. The strategic network position: a feasible model for implementing a decentralized psychiatry. Health Promot Int 1989; 4: 297–306.
14. Sørensen T, Bøe N, Ingebrigtsen G et al. Individual – local community, and mental health. Towards a comprehensive community psychiatric model for prevention of mental problems and promotion of mental health. Nord J Psychiatry 1996; 50 [suppl 37]: 11–9.
15. Brukererfaringer med døgnenheter i psykisk helsevern. Rapport fra nr 9/2006. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.
16. Sverdrup S, Kristofersen LB, Myrvold T. Brukermedvirkning og psykisk helse. NIBR-rapport 2005: 6. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, 2005.
17. Bjertnæs ØA, Oltedal S, Garratt A et al. Fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktspsykiatriske sentre. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 21: 2787–91.

Manuskriptet ble mottatt 20.4. 2007 og godkjent 6.12. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.