
Psykiatrisatsingen i primærhelsetjenesten – et hus uten grunnmur?

REDAKSJONELT

JANECKE THESEN

Janecke Thesen (f. 1951), er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin, primærlege i Osterøy kommune og forskningsstipendiat ved Universitetet i Bergen. Hun arbeider med psykiatriske problemstillinger i et allmenn- og samfunnsmedisinsk perspektiv.

Janecke.Thesen@isf.uib.no

Legekontoret

5281 Valestrandsfossen

I perioden 1999 – 2006 skal det ifølge opptrappingsplanen for psykisk helse (1, 2) brukes ca. 24 milliarder kroner mer til psykisk helsevern enn i foregående perioder. Noe under halvparten går til tiltak i primærhelsetjenesten, resten til psykiatriske spesialisthelsetjenester. Intet går til opprusting av allmennlegetjenesten. Det er dette som kalles psykiatrisatsingen i primærhelsetjenesten. Løser dette følgende sentrale problemer:

- – Utstøting og stigmatisering av psykiatriske pasienter i lokalsamfunnet, av og til også i behandlingsapparatet: Brukermedvirkning ved psykiske lidelser gjøres vesentlig vanskeligere enn ved andre kroniske lidelser
- – Fragmentering og manglende samordning av tiltak: pasienten faller mellom mange stoler i et komplisert system
- – Prioritering av behandling fører til at rehabiliterende og styrkende tjenester lider: Folk som antas å ha lite behandlingspotensial overlates til mor og kommunen
- – Psykiatriske helsetjenesters doble rolle; dels å hjelpe den enkelte med psykisk lidelse, dels å sikre sosial kontroll med uønsket atferd
- – Mangel på sikker kunnskap om hva slags behandling som faktisk hjelper
- – Motvilje og manglende samhandling mellom de enkelte ledd i tjenestekjedene
- – Manglende kapasitet i psykiatrien og i allmennlegetjenesten

- – Psykiatriens tendens til å prioritere pasienter med lettere lidelser og dermed ytterligere redusere kapasiteten for målgruppen for satsingen; personer med alvorlige psykiske lidelser: En stadig større del av ressursene ved sykehus og poliklinikker går med til å ta hånd om pasienter med ikke-psykotiske lidelser (3).

Opptrappingsplanens tiltak vil kunne bøte på de første tre punktene.

Informasjonsarbeid, brukermedvirkning og en satsing på kompetanseheving og reell økning av ufaglært og høyskoleutdannet personale er positive tiltak. Satsing på psykologer vil kunne øke primærhelsetjenestens kapasitet, og tilføre styrkings- og rehabiliteringsperspektiv. Men en primærpsykiatri som ikke bygger på primærlegen som grunnstein i tjenestekjedene vil neppe fungere. Det handler både om lavterskeltilgang til tjenestekjedene, om at psykisk sykdom ofte sammenfaller med stor somatisk sykkelighet, og om at legen fremdeles er den fagpersonen i primærhelsetjenesten som har størst autoritet. Psykiatriens doble rolle og mangelen på sikker kunnskap representerer kontinuerlige utfordringer til forskning og offentlig innsyn og debatt om tjenestene.

De store utfordringene ligger på de siste tre strekpunktene, der nøkkelordene er styrking og styring. Det handler i stor grad om å øke kapasiteten på legetjenester, og å styre disse tjenestenes ansvar og innsats mot behandling og samhandling til beste for en medisinsk lavstatusgruppe: personer med store psykiske lidelser. Å styrke kapasiteten uten å styre innsatsen, og å styre innsatsen uten å styrke kapasiteten vil begge deler være utilstrekkelige tiltak.

Opptrappingsplanen (1, 2) inneholder bare ett tiltak spesielt myntet på allmennlegetjenesten: innføring av fastlegereformen. Verken økning av antall legestillinger, nedprioritering av andre oppgaver eller omlegging av takstsystemet med økte tids-, samhandlings- og telefontakster er nevnt. Ingen på sentralt hold arbeider med psykiaritjenestene innenfor fastlegeordningen. Allmennlegetjenesten møter fastlegereformen i kapasitetskrise (minst 600 leger mangler) og i forventningskrise: Metaforen ”den fulle allmennmedisinske bøtten” synliggjør hvordan nye oppgaver stadig tilføres uten at gamle tas vekk (4). Sosiale lovmessigheter fører til at det er lavstatuspasienter, som for eksempel folk med psykiske lidelser, som skulper over kanten. Primærhelsetjenesten er i unik posisjon til å balansere behandlingsarbeid, rehabiliteringsarbeid og styrkingsarbeid i en langsiktig og kontinuerlig kontakt med pasienten, slik at egne tilfriskningsprosesser får best mulig sjanser. Mange primærleger hilser både opptrappingsplanen med hovedfokus på ikke-medisinske tjenester, og fastlegeordningen med økt styring av primærlegene velkommen. Men oppgaven maktes ikke uten en kraftig styrking av kapasiteten i allmennlegetjenesten, og en bedre styring av psykiatrien som støtteapparat og medspiller for primærpsykiatrien. Disse grunnleggende tiltakene ligger ikke inne i opptrappingsplanen. Slik sett risikerer det norske psykiatrihus å reises som et hus uten grunnmur.

LITTERATUR

1. Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Rundskriv I-4/99. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
2. St.prp. nr. 63 (1997 – 98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.

3. Hagen H, red. Samdata psykiatri, rapport. Psykiatritjenesten 1998 – på rett vei? NIS-rapport 6/99. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning.
 4. Hetlevik I. Den fulle allmennmedisinske bøtten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3547 – 8.
-

Publisert: 20. juni 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 6. september 2026.