
Forventningsgapet i psykiatrien må reduseres

KRONIKK

ANDERS MALKOMSEN

anders.malkomsen@gmail.com

Anders Malkomsen er lege i spesialisering i psykiatri ved Nydalen DPS og stipendiat ved Seksjon for behandlingsforskning, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

CARL TOLLEF SOLBERG

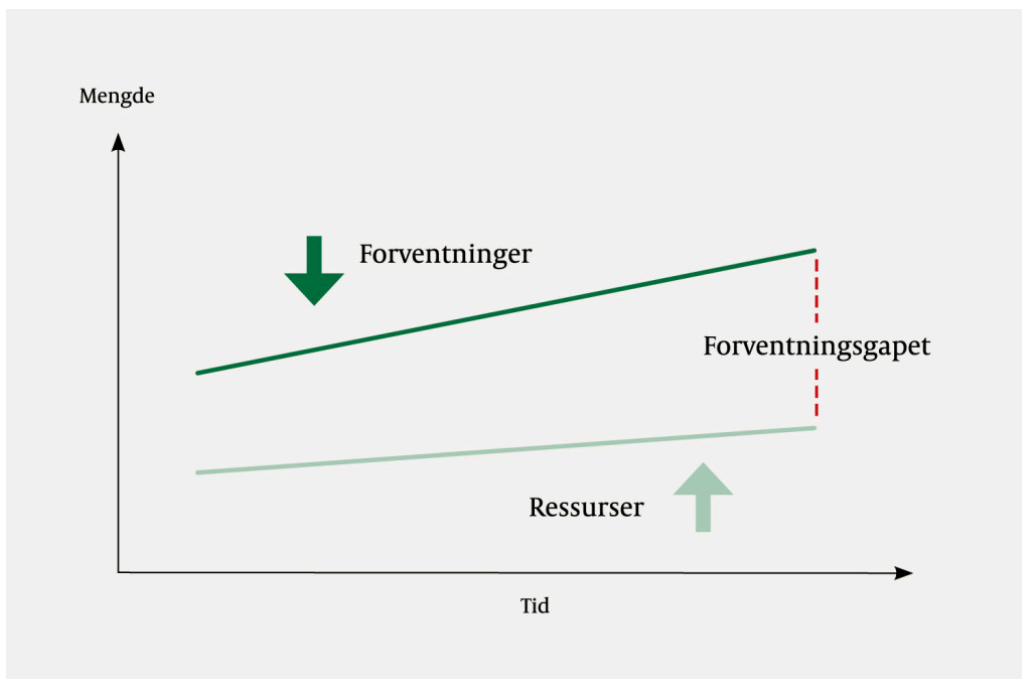
Carl Tollef Solberg er ph.d., lege, filosof og seniorforsker ved Senter for medisinsk etikk (SME), Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hvis forventningene til psykiatrien øker raskere enn ressurstilgangen, vil forventningsgapet bare fortsette å øke. Da blir det krise i psykiatrien. Vi kan håndtere dette gapet ved å redusere forventninger, effektivisere behandlingen eller øke ressursene.

Tidligere publiserte vi en kronikk hvor vi påsto at krisen i psykiatrien i stor grad er en forventningskrise som skyldes urealistiske forventninger til hva psykiatrien kan utrette (1). Vi opplevde at vår påstand fikk bred støtte, men noen påpekte at vi i for liten grad tok hensyn til ressursbehovet. Den siste tidens debatt om helsevesenets fremtidige økonomiske utfordringer har ytterligere understreket viktigheten av ressursperspektivet. Derfor ønsker vi å videreutvikle vårt resonnement ved å erstatte begrepet *forventningskrise* med *forventningsgap*.

Psykiatriens forventningsgap

Vi bruker mer penger på psykisk helsevern enn noensinne (2). Samtidig opplever mange en økende krise i psykiatrien. En forklaring på dette kan være at samfunnets forventninger til hva psykiatrien kan og bør utrette har økt raskere enn tilgangen til ressurser. Dermed har forventningsgapet økt. Opplevelsen av krise i psykiatrien vil bare fortsette å øke dersom vi ikke vedkjenner oss dette gapet (figur 1).



Figur 1 Illustrasjon av forventningsgapet i psykiatrien. Ressursbruken øker over tid, men samfunnets forventninger til hva psykisk helsevern kan og bør utrette, øker raskere. Gapet mellom ressurser og forventninger – som vi kaller forventningsgapet – er derfor økende. En reduksjon i gapet kan skje ved å øke ressurstilgangen gjennom prioritering og effektivisering eller ved å redusere forventningene.

«Vi må erkjenne at vi noen ganger intervenserer på individnivå når vi egentlig burde ha intervenert på samfunnsnivå»

Hvordan kan vi så redusere avstanden mellom ressurser og forventninger? Helt overordnet er det tre strategier som peker seg ut. For det første bør vi erkjenne at god psykiatrisk behandling krever en del ressurser, og det kan være gode grunner til å prioritere psykiatrien fremfor andre viktige samfunnsområder. For det andre bør vi erkjenne at psykiatrien samtidig har et uforløst potensial for effektivisering, blant annet ved bedre prioritering av de mest kostnadseffektive behandlingene og klargjøring av hvem som bør behandles. Til slutt bør vi redusere forventningene til hvilken rolle psykisk helsevern skal ha, og vi må erkjenne at vi noen ganger intervenserer på individnivå når vi egentlig burde ha intervenert på samfunnsnivå – eller på et tidligere livsstadium.

Øke ressursene

La oss begynne med den mest omtalte strategien først: å øke ressursene i psykiatrien. De knappe ressursene i psykiatrien kan i praksis deles i to: bemanning av døgnplasser og polikliniske konsultasjoner med psykolog, psykiater, sosionom eller sykepleier. De siste årene har det skjedd en bevisst politisk dreining av behandlingen, med reduksjon av antallet døgnplasser og en økning i antallet polikliniske behandlinger. I Helse Sør-Øst er antallet døgnplasser redusert med 811 de siste ti årene. Til gjengjeld er antallet polikliniske konsultasjoner mer enn doblet – til 1,5 millioner – i 2021 (3). Av disse tallene forstår vi at vi får mange polikliniske konsultasjoner for prisen av én døgnplass. Dette har skapt en betent konflikt knyttet til to spørsmål: Hvor mange døgnplasser og polikliniske psykiatriske konsultasjoner *bør* vi ha? Hvor mange døgnplasser og konsultasjoner *har* vi? Avstanden mellom disse utgjør en del av psykiatriens forventningsgap.

Det finnes gode argumenter for både poliklinisk og døgnbasert behandling av psykiske lidelser. Hva som er riktig nivå, er primært avhengig av hvilke behandlingsstudier man velger å legge mest vekt på. Et eksempel er behandlingen av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline). Mens behandlingen for dette med basal eksponeringsterapi er basert på døgninnleggelse over flere uker, er behandlingen hvis man følger dialektisk adferdsterapi, basert på poliklinisk behandling. Hvor mange døgnplasser vi trenger, er altså avhengig av hvilken type behandling vi velger å prioritere. Det er også av stor betydning hvilke helse- og velferdstjenester som ellers finnes i samfunnet, og det er derfor vanskelig å sammenligne mellom ulike land. Hvor mange døgnplasser vi *egentlig* trenger, finnes det altså intet enkelt svar på.

Det vi derimot vet, er at vi i Norge bruker mer ressurser på rus og psykisk helse enn de fleste andre land – en viktig erkjennelse for den som mener psykiatrien er underfinansiert (2). Samtidig viste en befolkningsundersøkelse fra 2019 at 71 % av den norske befolkningen ønsket økt finansiering av den norske offentlige helsetjenesten (4). Det er derimot mindre enighet om hvor disse ressursene skal tas fra, og man må enten øke skattesatsen, ta mer fra oljefondet eller flytte ressurser fra andre offentlige sektorer for å prioritere mer til helse. Alle deler av helsevesenet har dessuten et naturlig ønske om å få del i disse økte ressursene. Er psykiatriens krav om ressurser særdeles berettiget?

Den som ikke setter pris på sitt eget liv, eller ønsker seg selv død, har uansett lite glede av de andre godene i livet. Vår sinnstilstand påvirker virkelighetsforståelsen vår og fargelegger hele vår verden. Slik kan man argumentere for at god mental helse er et fundamentalt gode som bør prioriteres. Vi oppfordrer imidlertid alle som ønsker mer ressurser, til samtidig å kommentere forslagenes alternativkostnad – altså hvor disse ressursene skal tas fra. Det er jo slik at enhver lege som jobber i psykisk helsevern også kunne brukt tiden sin på å bedre den psykiske folkehelsen et annet sted, for eksempel ved å jobbe som fastlege. Det kan hende fastlegekrisen er et vel så stort problem for den psykiske folkehelsen som rekrutteringskrisen i psykiatrien, i og med at de fleste psykiske plager behandles i primærhelsetjenesten.

«Vi oppfordrer alle som ønsker mer ressurser, til samtidig å kommentere forslagenes alternativkostnad – altså hvor disse ressursene skal tas fra»

Mot dette vil noen hevde at behandling av psykiske lidelser er krevende og bør utføres av spesialister. Når flere lærere under lærerstreiken gikk ut og sa at de ikke ville ta ansvar for barn og unges psykiske helse, kan dette være et symptom på en utvikling hvor stadig flere offentlige instanser tenker at psykisk helse ikke er deres ansvar (5). Slik ansvarsfraskrivelse kan være en av ulempene ved at psykiatrien blir mer spesialisert. Psykisk helsevern står her i et vanskelig dilemma. På den ene siden må psykiateren argumentere for sin unike kompetanse for å få tilført mer ressurser. Samtidig kan dette skape et inntrykk av at psykologisk hjelp er noe som bare kan gis av profesjonelle. Flere har vært kritiske til denne spesialiseringen av sjelelig omsorg (6).

Øke effektiviteten

En annen strategi for å håndtere det psykiatriske forventningsgapet er å benytte ressursene på en *bedre* måte – gjennom effektivisering. Overordnet handler effektivisering om å gjøre noe mer virkningsfullt uten å øke ressursene. Det kan man for eksempel gjøre ved å prioritere den mest effektive behandlingen først, eller ved å redusere overbehandling. Kloke valg-kampanjen til Legeforeningen kan eksempelvis bidra til økt effektivisering gjennom å redusere unødvendig behandling. Reduksjon av overbehandling vil kunne frigjøre ressurser til bedre og mer virksomme intervensjoner i psykiatrien. Hvordan bør vi så prioritere innad i psykiatrien for å effektivisere behandlingen?

I Norge har vi tre prioriteringskriterier i spesialisthelsetjenesten: nytte, ressurs og alvorlighet. Nyttekriteriet handler om at de mest nyttige tiltakene skal gå foran mindre nyttige tiltak. Ressurskriteriet handler om at tiltak som opptar få ressurser, skal gå foran tiltak som opptar mange ressurser. Samlet utgjør disse to kriteriene begrepet *kostnadseffektivitet* – et begrep med ufortjent dårlig rykte (7).

I psykiatrien har vi fortsatt en vei å gå når det gjelder prioritering av de behandlingsformene som er mest kostnadseffektive. Psykoanalytisk psykoterapi, som ofte er ressurskrevende og egner seg best for de mindre alvorlige lidelsene, er ett av mange eksempler på behandling som kan være truet av effektivitetskravet (8). Vi savner en debatt om hva slags behandling som bør prioriteres i norsk psykiatri, og hvilken rolle kostnadseffektivitet bør spille. Svært mange tiltak viser seg å ha en viss nytte for pasienter med psykiske plager. Det betyr ikke at «alt» bør tilbys. Skal psykiatrien få mer ut av sine knappe ressurser, bør tilbudet kanskje begrenses til den behandlingen som har best evidensgrunnlag og er mest kostnadseffektiv. Dette krever også at man ikke sparer seg til fant ved å redusere mulighetene for klinisk behandlingsforskning som kan gi et slikt kunnskapsgrunnlag (9).

I tillegg har prioriteringsforskriften også et alvorlighetskriterium som hensyntar hvor mange gode leveår man mister som følge av sin sykdom (7). For sykdomsgrupper som fratar pasientene mange gode leveår – slik som schizofreni – vil alvorlighetskriteriet aktualisere seg også når behandlingen er lite kostnadseffektiv. Etter vår mening er dette

særdeles viktig for psykiatrien. De aller sykeste pasientene i psykisk helsevern er dessverre også de med minst potensial for bedring og størst absolutt prognosetap på grunn av sykdommen. Disse bør fortsatt prioriteres på grunn av alvorligheten i lidelsen, som overgår det meste man finner i somatisk helsevesen.

Redusere forventningene

Forventningene til både effekten og tilgangen til psykiatrisk hjelp synes å være økende. Flere tror dette skyldes en generell psykologisering av hele samfunnet. Noen hevder sågar at vi lever i en «terapeutisk kultur» (10). Kanskje kan denne psykologiseringen forklare hvorfor forventningene til psykiatrien synes å øke mer enn forventningene til somatikken? Både politikere, fagfolk, mediene og kommersielle aktører bidrar nå til denne økningen.

«Noen hevder at vi lever i en 'terapeutisk kultur'. Kanskje kan denne psykologiseringen forklare hvorfor forventningene til psykiatrien synes å øke mer enn forventningene til somatikken?»

Nullvisjonen for selvmord er et godt eksempel på hvilken rolle politisk retorikk spiller i økningen av forventningsgapet. Hvis de politiske målene for psykiatrisk behandling er basert på slike urealistiske forventninger, vil forventningsgapet ikke kunne håndteres på en bærekraftig måte. Politisk ledelse handler om å gjøre tøffe prioriteringer. Gjennom lovnader som «den gylne regel», der psykiatrien skulle prioriteres høyere enn somatikken, ble forventningene til psykiatrien økt med et pennestrøk. Ressursene har imidlertid ikke stått i forhold til lovtalene, noe som har bidratt til å øke forventningsgapet (11).

Fagfolk kan også være med på å øke forventningene ved å overselge sin egen behandling. Det private markedet av psykologiske tjenester er voksende, noe som gjør at aktørene gjerne overbyr hverandre med lovnader om effekten av deres egen metode. Da kan forventningene til behandlingseffekten også bli høyere enn det reelt sett er grunnlag for. Inflaterte forventninger til behandlingseffekt finner vi for øvrig også i det offentlige helsevesenet. I en studie av pasienter med negative erfaringer etter behandling med basal eksponeringsterapi trakk man nettopp frem de skadelige effektene av en slik «forventningskrasj» (12). Denne studien understøtter bare det vi tidligere har påstått: Pasientene er tjent med realistiske forventninger til psykiatrisk behandling.

«Pasientene er tjent med realistiske forventninger til psykiatrisk behandling»

Den sterke økningen i antallet henvisninger til spesialisthelsetjenesten med spørsmål om ADHD belyser vårt felles ansvar for det økte presset på psykiatrien. Behandlingen av den enkelte kan bli en kortsiktig løsning på kompliserte strukturelle problemer. Flere hevder for eksempel at den økte forekomsten av ADHD skyldes de høye prestasjonskravene til barn og ungdom og at flere føler seg presset til å ta medisiner for å prestere bedre (13). Den samme tendensen rår når «mer tvang» blir løsningen på at

flere begår drap i rusutløst psykose (14). Bør man prioritere tiltak som kan endre samfunnet heller enn å disponere midlene til å behandle de som blir psykisk syke av samfunnets krav og forventninger?

Tre tanker i hodet på én gang

Vi synes det skjer for sjelden at disse tre strategiene (øke ressursene, øke effektiviteten, redusere forventningene) diskuteres som komplementære løsninger i debatten om psykisk helsevern. For ofte blir de heller satt opp mot hverandre som motsetninger. Vi tror opplevelsen av krise i psykiatrien ikke kan reduseres dersom vi ikke holder alle disse tre tankene i hodet på én gang.

Det er mange gode grunner til at vi bør forsøke å begrense forventningsgapet. Et stort forventningsgap vil kunne gi norsk psykiatri et ufortjent dårlig rykte, som i sin tur kan forsterke utfordringene med rekruttering. Enda viktigere er det at pasienter vil få et feilaktig inntrykk av at psykiatrien ikke evner å hjelpe sine pasienter. Mange alvorlige psykiske lidelser rammer mennesker i ung alder, med betydelige helsetap og begrensninger i livsutfoldelsen. Som samfunn har vi alle en interesse av et forbedret psykisk helsevern, men slike forsøk bør være konstruktive snarere enn å tegne stadig nye dystopier av en av våre viktigste offentlige tjenester.

Vi mener på ingen måte at vi har løsningen på alle psykiatriens utfordringer med dette, men vi har forsøkt å lytte til den konstruktive kritikken vi har fått. Det tror vi flere i debatten om norsk psykiatri kunne ha godt av å gjøre.

Takk til Mathias Barra, Åse Storhaug, Jan Ivar Røssberg og Forum for psykiatriens filosofi for konstruktive kommentarer på en tidligere versjon av dette manuskriptet.

Artikkelen er en del av prosjektet «Psykiatri – fra krise til forventningsavklaring», som er støttet av Fritt Ord (prosjektkode 22–716).

REFERENCES

1. Malkomsen A, Solberg CT. Psykiatriens forventningskrise. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0895. [PubMed][CrossRef]
2. Kalveland J. Studie: Norge bruker rundt 20 prosent av helsekronene på psykiske lidelser. Dagens Medisin 15.7.2022. <https://www.dagensmedisin.no/politikk-og-okonomi-primaerhelsetjeneste-psykisk-helse/studie-norge-bruker-rundt-20-prosent-av-helsekronene-pa-psykiske-lidelser/314245#:~:text=i%20landenes%20pengebruk,-,%20Vi%20bruker%20betydelig%20mer%20p> Lest 24.1.2023.
3. Statistisk sentralbyrå. 04511: Psykisk helsevern for voksne. Døgnplasser, utskrivninger, oppholdsdøgn, polikliniske konsultasjoner og oppholdsdager, etter helseforetak 1990 - 2021. <https://www.ssb.no/statbank/table/04511/> Lest 24.1.2023.
4. Solberg CT, Tranvåg EJ, Magelssen M. Attitudes towards priority setting in the norwegian health care system: a general population survey. BMC Health Serv Res 2022; 22: 444. [PubMed][CrossRef]

5. Hole S. Meiner lærarar bør slutte med frustrerte Facebook-innlegg. NRK 21.9.2022. <https://www.nrk.no/mr/laerarane-vil-ikkje-ha-skulda-for-barn-som-lir-under-streiken-1.16110305> Lest 24.1.2023.
6. Aarre TF. Hvis psykisk helsevern ikke fantes: Psykiatri for ikke-psykiatere. Bergen: Fagbokforlaget, 2022.
7. Meld NOU. St. 34 (2015–2016) Melding til Stortinget: Verdier i pasientens helsetjeneste Melding om prioritering. Norsk offentlig utredning, Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf> Lest 24.1.2023.
8. Vanberg MC, Stokstad B. Psykoterapi og psykoanalyse mister støtten i Statsbudsjettet. Psykologi 29.10.2019. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2019/10/psykoterapi-og-psykoanalyse-mister-stotten-i-statsbudsjettet> Lest 24.1.2023.
9. Nordsveen LM, Johansen MS, Frøkedal AM. Sparer 200 millioner på bekostning av samfunnets mest sårbare gruppe. Nettavisen 10.11.2022. <https://www.nettavisen.no/norsk-debatt/sparer-200-millioner-pa-bekostning-av-samfunnets-mest-sarbare-gruppe/o/5-95-745548> Lest 24.1.2023.
10. Madsen OJ. Den terapeutiske kultur. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2017.
11. Helsedirektoratet. Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten: Kostnader, aktivitet og kontinuitet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/SAMDATA%20spesialisthelsetjenesten%202020.pdf/_attachment/inline/36006c86-0bc7-4021-8956-708d6566a9a6:d2759c4e0d1059170d84accb463aeb1631f5e32c/SAMDATA%20spesialisthelsetjenesten%202020.pdf Lest 24.1.2023.
12. Mjøsund NH, Strand M, Nettet E et al. Når behandling gjør vondt verre – erfaringer fra basal eksponeringsterapi (BET). Tidsskr Nor Psykol foren 2022; 59: 1092–103. [CrossRef]
13. Ellingsen R, Brennås MA. Flere studenter i Norge doper seg før eksamen. NRK 10.2.2018. <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/flere-studenter-i-norge-doper-seg-for-eksamen-1.13905200> Lest 27.2.2023.
14. Bouhlou N, Nordahl A. Farlig syk. Dagens Næringsliv 16.12.2022. <https://www.dn.no/magasinet/dokumentar/helse/psykisk-helse/kriminalitet/farlig-syk/2-1-1365015> Lest 24.1.2023.

Publisert: 28. mars 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0081

Mottatt 2.2.2023, godkjent 27.2.2023.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. juli 2026.