

## Verdens helse

## Britisk dom støtter begrenset bruk av legemidler mot demens

■ Legemidler mot Alzheimers sykdom, de såkalte acetylkolinesterasehemmerne, har ikke dokumentert effekt ved alle grader av sykdommen, fastslo det britiske NICE for noen år siden – NICE tilsvarer det norske Kunnskapssenteret (1). Dette innebærer at de fleste pasienter med nydiagnostisert Alzheimers sykdom i England og Wales ikke får dekket slik behandling av det offentlige helsevesenet. Flere legemiddelfirmaer og pasientorganisasjoner mente at vedtaket til NICE var galt og fattet på feil premisser og fikk prøvd vedtaket rettslig.

Britisk høyesterett har i sin endelige dom støttet NICES vedtak om begrenset refusjon av acetylkolinesterasehemmer ved tidlig Alzheimers sykdom (2). Retten avviste klagenes påstander om at prosessen bak vedtaket hadde vært ufullstendig, misvisende og delvis irrasjonell. På ett punkt fikk de likevel medhold: NICE ble pålagt å endre retningslinjene slik at de diagnostiske kriteriene ikke brøt med britisk lovgivning mot diskriminering på grunnlag av rase og funksjonshemming.

Saken i høyesterett er den første siden NICE ble opprettet for åtte år siden der et vedtak om refusjon av legemidler er blitt rettslig prøvd. Instituttets leder tar dommen som en støtte til NICES arbeidsmåte og mener den har styrket institusjonen. *BMJ* slutter seg helhjertet til dommen på lederplass, mens lederen for de britiske alderspsykiatere er overrasket over at prosessen i NICE ble oppfattet som god nok (3).

### Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. National institute for health and clinical excellence [www.nice.org.uk/](http://www.nice.org.uk/) (19.8.2007).
2. Dyer O. High Court upholds NICE decision to limit treatments for Alzheimer's disease. *BMJ* 2007; 335: 319.
3. Delamothe T. Why this unholy trinity? *BMJ* 2007; 335, doi:10.1136/bmj.39308.477870.BD

## Internasjonal medisin

## Psykiatri på italiensk

I Italia er det ikke nødvendig med henvisningskriv for å få tilgang til psykiatritjenesten. Alle hjelpetrgende blir mottatt direkte i en døgn-åpen tjeneste der den enkeltes terapeutiske prosjekt står i sentrum.

Italia har flere ganger blitt rangert blant de tre beste i verden hva gjelder helsetjenester, på tross av at de økonomiske rammene er beskjedne sammenliknet med norske forhold. Landet bruker hvert år om lag 67 milliarder euro på helsetjenester og har vedtatt at utgiftene til psykiatrien ikke skal utgjøre mer enn 5 % av dette, dvs. om lag 3,5 milliarder euro.

Den psykiatriske helsetjenesten i Italia er desentralisert, og de store mentalsykehusene er for lengst nedlagt (1–4). I Trieste gjennomførte den visjonære psykiateren Franco Basaglia (1924–80) og andre i 1970-årene en radikal reformprosess som la grunnlaget for en nasjonal psykiatrirreform i 1978 (1). Alle psykiatriske sykehus i landet ble nedlagt, i stedet ble det opprettet kommunebaserte psykiatriske sentre. Psykiatritilbudet i Trieste er et forbilde for andre europeiske land. Fagutvalget i daværende Aplf (nå Allmennlegeforeningen) var høsten 2005 på studietur til byen for å se og lære av et system som er ganske annerledes enn det vi har i Norge.

### Et møte med italiensk psykiatri

Øverst på området som tidligere tilhørte mentalsykehuset i Trieste, San Giovanni-hospitalet, ligger en gammel pusset murbygning med høye, metallinnrammede vinduer. I dag huser bygningen ledelsen for den psykiatriske helsetjenesten i byen. Ifølge Bruno Norcio, psykiater og en av

lederne for psykiatritjenesten i Trieste, er om lag 3 500 personer innom etaten hvert år. Det er få akuttinnleggelses og ingen ventelister, og selvmordsraten er lav. Utgiftene til byens psykiatritjeneste er redusert fra 26 millioner euro i 1971 til 16 millioner i 2001. Mens én av fire pasienter i psykiatriske institusjoner i Norge er innlagt med tvang, er antall tvangsinnleggelses i Trieste bare en tittel av dette (4). – Vi forsøker å finne andre løsninger enn bruk av tvang, fortalte Norcio.

Vi fikk senere høre noen eksempler på dette – som historien om den maniske personen som ville bruke opp alle sparepengene sine. For å unngå tvang dro hjelpepersonalet med pasienten til banken og tok ut pengene, men overtalte så vedkommende til å låse pengene inn i en safe på helsesenteret. Deretter fikk de kokken til å lage i stand et godt måltid med god vin for å avlede og roe ned pasienten. – Slik prøver vi å finne praktiske løsninger, fortalte psykiateren.

### Psykiatriske sentre

Helsesentrene er hjørnesteinen i dagens psykiatritjeneste i Trieste. De er åpne 24 timer i døgnet, sju dager i uken. Byen er inndelt i fire sektorer, og hvert senter har ansvaret for ca. 60 000 innbyggere. Ved hvert senter er det åtte senger, i tillegg er det fire senger i tilknytning til den psykiatriske klinikken ved universitetet. Man trenger ikke henvisning for å få hjelp, disse helsesentrene er i ordets rette forstand et førstelinjetiltak – folk kan komme rett inn fra gaten.

Ved lokalsykehuset finnes det en psykiatrisk sengepost med åtte plasser. Denne avdelingen dekker akutte behov for psykiatrisk hjelp på kvelds- og nattetid. Den første vurderingen ved en psykiater skjer dagen etter. Legene og sykepleierne ved helsesentrene roterer i et vaktssystem ved sykehusavdelingen. Psykiatritjenesten i byen har til sammen 28 psykiatere, åtte psykologer og 155 sykepleiere. De som behandles, er alvorlig syke psykiatriske pasienter, om lag 60 % har en psykose. For brukerne er senteret et dagtilbud – der får de mat og der deltar de i selvhjelpsaktiviteter og støtteorienterte samtalegrupper. Mange frivillige



er med i dette arbeidet, og tilbudet er svært variert. Alle brukerne blir tiltalt ved navn. Vi fikk en sterk følelse av at de følte seg verdsatt som individ. En bruker er ikke bare «enda en pasient».

– Våre dører er alltid åpne. Vi psykiatere må være tilgjengelige for pasientene og være hjelpere på samme måte som sykepleierne og de andre i staben, sa en psykiater ved et senter til oss.

Når senteret får informasjon om en akutt-situasjon, yter de hjelp innen 12 timer. De åtte sengeplassene benyttes på en dynamisk måte – alt fra én natt til lengre perioder. Pasientens sosiale og familiære nettverk utnyttes i terapien. – Hvis vi får aktivisert pasientene i en sosial sammenheng, er mye av behandlingen gjort, sa en av psykiaterne. I tillegg gis det individuell behandling, gruppebehandling og medikamentell behandling etter tradisjonelle retningslinjer. Egne team drar på hjemmebesøk etter behov, særlig når pasienten ikke har vært på senteret på en stund. – Vi forebygger da at pasientene kommer til oss i en elendig forfatning, i verste fall at de havner i en krise, fortalte psykiateren oss.

Sentrene har et helhetlig ansvar for pasientene. Prinsippet er én pasient – én terapeut. Det gjelder om pasienten er hjemme eller på senteret, i somatisk sykehus eller i fengsel. Helseentrene bidrar også rettspsykiatrisk ved å delta i juridiske vurderinger av ansvarlighet og tilregnelighet, samtidig som de gir behandling i den tiden pasienten er innenfor fengselssystemet. Ett unntak er pasienter som er innlagt ved dom i et av Italias seks rettspsykiatriske sykehus, med til sammen ca. 1 000 plasser.

### Sosiale kooperativer

Franco Basaglia startet også sosiale kooperativer, en annen hjørnestein i den psykiatriske helsetjenesten. Kort tid etter at han overtok ledelsen for San Giovanni-sykehuset i 1971, la han merke til at mange pasienter gjorde de ansatte tjenester og fikk «betalt» i form av gjenytelser, for eksempel sigaretter eller bedre behandling. Mennesker som arbeider, bør behandles som arbeidere, mente Basaglia, og spurte pasientene hva de hadde lyst til å arbeide med. Spørsmålet var nytt og overraskende for dem, for selv om de kunne ha drømmer og ambisjoner, var det få som hadde erfaring fra arbeidslivet.

Dette ble starten på de sosiale kooperativene, som er bedrifter hvor pasienter utfører arbeid under veiledning av fagpersoner. Til å begynne med satset man mest på rengjøring, vedlikeholdsarbeid og hagearbeid, men i dag driver kooperativene alt fra radiostasjoner til hoteller. Kooperativene i Trieste har om lag 600 ansatte – 300 psykisk friske og 300 med tidligere alvorlig psykisk sykdom. Tidsperspektivet for rehabiliteringen er 1–2 år, av og til noe lengre.

– Arbeidstreningen begynner med at



Bruno Norcio er psykiater og nestleder for psykiatritjenesten i Trieste. Foto Ståle Onsgård Sagabråten

arbeidsevnen kartlegges. Noen ganger må man starte helt basalt, for eksempel med å hjelpe personen med å barbere seg, kle

seg ordentlig og te seg fornuftig på jobb. Etter hvert slapper de mer av, arbeider bedre og blir integrert i den øvrige arbeids-



Paolo Da Col er indremedisiner og barnelege og leder av helsedistrikt 1 i Trieste. Foto Ståle Onsgård Sagabråten

stokken, fortalte den engasjerte lederen for alle kooperativene i Trieste.

For at kooperativene skal lykkes, er tre forhold særlig viktig: Mennesker med ulike funksjonshemninger bør blandes, den enkelte evner må stimuleres og flere finansieringskilder, blant annet EU-midler, må utnyttes. Det er også viktig at det lages produkter som er etterspurt i markedet. Dette gir deltakerne en følelse av å bety noe for samfunnet – en viktig faktor for at de skal fungere bedre. Begynnerlønnen er 260–300 euro i måneden og øker etter hvert til 900 euro, et beløp som tilsvarer en gjennomsnittslønn i Italia.

De sosiale kooperativene er viktige for pasientene – de blir aktivisert, de produserer og de unngår uførepensjon. Mer av psykiatriens ressurser må rettes mot å redusere hindringer i arbeidslivet, mente lederen for kooperativene i Trieste.

### Allmennlegens rolle

Italia har hatt en helseforetaksmodell siden 1992. Helseforetaket er inndelt i distrikter og organiserer både den psykiatriske helse-tjenesten og allmennlegetjenesten. I distrikt 1, med om lag 62 000 innbyggere, er det 54 allmennleger. Paolo Da Col, som er leder for dette helsedistriktet, mente at kun 10 % av allmennlegenes konsultasjoner dreier seg om psykiatri. Dette er et betydelig lavere anslag enn i Norge, men noe av forskjellen kan tilskrives ulik kategorisering og klassifisering av tilstander. Enklere tilstander som depresjoner og angstlidelser blir håndtert av allmennlegene. Ved mistanke om mer alvorlig sykdom blir pasientene henvist per telefon direkte til psykiater, som vanligvis mottar dem samme dag.

– Vi har ennå ikke løst problemet med hvor skillet mellom første- og annenlinjetjenesten skal gå innen psykiatrien – hvor allmennpraktikerens ansvar slutter og psykiatritjenesten overtar, uttalte Da Col. – Grovt sett går skillet ved psykosene og de alvorlige personlighetsforstyrrelsene, sa han.

Allmennlegene samarbeider med de psykiatriske helsesentrene om pasientenes somatiske helse. Slik var det ikke før i 1995. Tidligere tok psykiaterne selv, eventuelt i samarbeid med organspesialister, hånd om somatiske lidelser som diabetes, hypertensjon, hjertesykdommer og overvekt, fortalte Da Col. En svakhet, som han selv påpekte, var tendensen til mye forskrivning av legemidler, særlig av legemidler mot angst og søvnvansker.

Får befolkningen i Trieste en tilstrekkelig helsetilbud ved lette og moderate psykiske lidelser? Da Col ga oss et forbløffende ærlig svar: Han omtalte lette plager som «frustrerte husmødres syting» og sa at «mange husmødres handlekurver inneholdt *vel* mye rødvin og andre godsaker». Familien, som generelt er av stor betydning i det italienske samfunnet, kan også spille en rolle i slike tilfeller, sa han. – Det er så mye lette og moderate plager at man av ressurs-

grunner ikke kan definere disse inn til spesialisthelsetjenesten, mente Da Col.

Utfordringen med dobbeltdiagnoser innen rusomsorgen er et stort problem også i Italia, og Da Col innrømmet at kompetansen på dette området er mangelfull. Det er ofte vanskelig å få leger til å arbeide med rusomsorg. I Trieste står om lag 30 allmennleger for forskrivning og utdeling av metadon fra eget kontor eller fra andre legekontorer i sitt distrikt. De gir ut medisin for flere dager, og pasientene tar et større ansvar for bruken enn norske pasienter.

### Nordisk psykiatri bør lære av Trieste

Franco Rotelli, lederen for helseforetaket i Trieste, samarbeidet tett med Franco Basaglia gjennom hele reformprosessen i 1970-årene og overtok ledelsen for psykiatritjenesten da Basaglia flyttet til Roma i 1979. Det var Rotelli som la ned San Giovanni-sykehuset og som hadde den vanskelige oppgaven med å lede psykiatritjenesten i de første vanskelige årene da den kommunebaserte tjenesten skulle finne sin form.

Rotelli fremhevet for oss fire forhold som har vært særlig viktige for suksessen i Trieste-prosessen:

- Et progressivt lovverk
- Tilnærmingen mellom helsevesenet og sosialtjenesten
- At budsjettene har vært opprettholdt på et jevnt og konstant nivå
- En felles forståelse av at forebygging, behandling og omsorg er ulike sider av samme sak

Han uttrykte sin forundring over at ikke flere land har tatt etter modellen fra Trieste.

- Vi har vist i praksis gjennom 20 år at det går an å forbedre psykiatritilbudet uten å ha psykiatriske sykehus, sa han til oss.
- Hvorfor har ikke de nordiske landene med

sine godt utbygde velferdssystemer klart å skape en bærekraftig psykiatritjeneste som bedre svarer til brukernes behov?

Under vårt korte studieopphold i Trieste fikk innblikk inn i en psykiatritjeneste som syntes å fungere godt for de alvorlig psykiatriske syke. Tjenesten er desentralisert, med god tilgjengelighet og kontinuitet i tilbudet. Befolkningens aksept for avvikende atferd og tilrettelegging for å kunne utføre meningsfullt arbeid var vesentlige elementer. For personer med mindre alvorlige, men likevel invalidiserende tilstander som depresjoner og angstlidelser synes tilbudet å være dårligere. I Trieste er det fortsatt uløste problemer innen psykiatrien.

### Ståle Onsgård Sagabråten

*o-sagab@online.no*

**Ole Rikard Haavet**

**Kristin Prestegaard**

**Trond Egil Hansen**

**Kjartan Olafsson**

**Unni Aanes**

Fagutvalget

Allmennlegeforeningen

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. Skårderud F. Farvel til institusjonen. Oslo: Gyldendal, 1984.
3. Rogan T. Psykisk helsearbeid i Italia. Rapport fra studieopphold høsten 2001. Oslo: Sosial og helsedepartementet, 2001.
4. Mental Health Department, Trieste. The Mental Health Services Guide. [www.triestesalutementale.it](http://www.triestesalutementale.it). (3.11.2006).
5. Bruk av tvang i psykisk helsevern. Rapport fra Statens helsetilsyn nr. 4/2006. Oslo: Statens helsetilsyn, 2006.

*Manuskriptet ble mottatt 17.7. 2006 og godkjent 15.5. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.*