

JOURNALEN

OSLO LEGEFORENING

NR 1/2020



En psykt
bra by?

*Du trenger ikke lete etter
en bedre boliglånsrente.*

*Legeforeningen har
gjort det for deg.*

Boliglån

2,62 % nom.

2,70 % eff. rente*

*Pr. 24.2.2020. Eff.rente 2,70 %, 2 mill., o/25 år, Totalt 2 741 604. Forutsetter at låntakere har lønnsinnteg og kort- eller regningsbetaling i Danske Bank.

Akademikerne Pluss tilbyr sammen med Danske Bank en bankavtale til alle medlemmene i Den norske legeforening og de 11 andre foreningene. Den kollektive avtalen sikrer at du kan være trygg på å alltid ha blant markedets beste betingelser.

Som kunde i Danske Bank får du personlig rådgivning tilpasset dine individuelle behov, planer og ambisjoner – nå og i fremtiden. Når og hvordan du ønsker å møte banken er opp til deg.

Les mer på danskebank.no/legeforeningen eller ring oss på 987 05550



DEN NORSKE
LEGEFORENING

A⁺ | akademikerne pluss

Danske Bank

Tidsskriftet Journalen er medlemsblad for Oslo legeforening og utkommer fire ganger i året.

KRISTIN HOVLAND

SETTEREDAKTØR

TLF: 47 90 40 98

Kristin.Hovland@legeforeningen.no

ELLEN RENBERG

REDAKSJONSSEKRETÆR

TLF: 40 64 82 82

ellen@fagbladetjournalen.no

Forsideillustrasjon:
illustratorene.no | Trine Ween
Layout: Svovel

ANNONSER:

Media-AaMarketing

Postboks 240,1401 Ski

Tlf: 64 87 67 90 /

90 04 32 82

E-post: arne@aaamedia.no

POSTADRESSE:

c/o Oslo legeforening

Postboks 1152, 0107 Oslo

TRYKK: Merkur Grafisk AS



JOURNALEN PÅ NETT
www.fagbladetjournalen.no

FØLG JOURNALEN
PÅ TWITTER
www.twitter.com/Journalen

JOURNALEN
PÅ FACEBOOK
www.facebook.com/
Fagbladetjournalen

Journalen er medlem av
Fagpressen og redigeres
etter Redaktørplakaten, Vær
Varsom-plakaten og Tekst-
reklameplakaten.



Ettertrykk og elektronisk
videredistribusjon kun tillatt
etter særskilt avtale.

ILLUSTRASJON: EGIL NYHUS



En psykt bra by

En psykt bra by

Utgangspunktet for denne utgaven av *Journalen* er rapporten *En psykt bra by – strategi for psykisk helse i Oslo*, som for tiden behandles i Helse- og omsorgsutvalget i Oslo kommune og skal opp som en sak i Bystyret i mars. Mange viktige aspekter trekkes frem i rapporten, og vi forsøker å belyse noen av disse emnene i denne utgaven. «Alt henger sammen med alt» – psykisk god helse handler om alt fra forebyggende arbeid, første- og andrelinjetjenestens tilgjengelighet i form av kompetent personale, til utforming av psykiatriske sykehus og poliklinikker, og boliger og byrom. Rapporten er en overordnet strategi, og må følges opp av konkretisering av innholdet. Her må vi som leger bidra med både den faglige kompetansen vi har, og kjennskapen til hva som fungerer og ikke fungerer for pasientene.

Vår redaktør gjennom mange år, Per Helge Måseide, ga i januar styret informasjon om at han ønsker å trekke seg som redaktør. Per

Helge har løftet Journalen til å bli et tidsskrift/medlemsblad som setter dagsorden med sine temaer. Vi vil takke deg for en fantastisk jobb som redaktør disse årene!

Styret i Oslo legeforening diskuterer «hvilken kanal» vi ønsker å gå videre med. Har du som leser noen innspill, så kontakt oss i styret og si din mening.

Skam er et kjent begrep, men likevel utfordrer Thorvald Steen oss som leger til å bli mer bevisste på, og samtale om, skammen i våre møter med mennesker. Og han minner oss på at det gjelder både psykisk og somatisk helse. Jeg har tatt utfordringen, og gir den videre til dere.



KRISTIN H HOVLAND,

En psykt bra by

– strategi for psykisk helse i Oslo

KRISTIN HOVLAND

Jeg er stolt av å bo i en kommune som har en ambisiøs strategi om psykisk helse. Samtidig er det utfordrende med strategisk overordnede rapporter, at det blir mange fagre ord som ikke blir omsatt i praksis. Det er viktig at vi som leger engasjerer oss i det videre arbeidet med strategien for å bidra til konkretisering av dette viktige arbeidet.

Byrådet innleder med sin visjon for byen og snakker om en grønn by. Senere i rapporten er et kort avsnitt om trygge boforhold. Leger har til alle tider gitt innspill om sammenhengen mellom byplanlegging og helse. Vi vet mye om forbindelsen, både med somatisk og psykisk helse. Kommunen må være oppmerksom på sammenhengen, ikke bare mellom denne strategien og helseoververk og -meldinger, men også med arealplanen til byen.

Et av hovedmålene er *Det er en dør inn til psykiske helsetjenester*. Jeg forstår den positive intensjonen som ligger bak målet, men tenker at det viktigste er at *rett dør er åpen* for den som trenger hjelp. Fastlegene er denne døren for svært mange. Omtrent ti prosent av konsultasjonene omhandler psykisk lidelse. Sammen med oppfølgingen av denne rapporten, vil det også bli et arbeid i bydelene for å lage en Legeplan. En overordnet Legeplan fra kommunen har kommet, og bydelene skal, slik jeg forstår det, lage en egen Legeplan (noen bydeler har det alt). Disse arbeidene må ses i sammenheng.

Samarbeid mellom helseforetaket og

kommunen blir omtalt. Vi har leger i arbeid på alle kanter, og må bruke denne kompetansen til det beste for pasientene. Skal vi klare å gi det beste tilbudet til befolkningen, må tilbudet være tilstrekkelig på alle nivåer.

Forskning blir omtalt spesifikt. Prosjekter er viktige, men vi må også sørge for at forskningsprosjekter som viser gode resultater, får midler til å fortsette etter at selve prosjektperioden er over. Og at kunnskap ligger til grunn for gode valg i det videre arbeidet for å gi befolkningen i byen best mulig psykisk, og fysisk, helse.

SAMMENDRAG AV RAPPORTEN FRA OSLO KOMMUNE:

Byrådets visjon er at Oslo skal bli en grønnere, varmere og mer skapende by med plass til alle. Innbyggerne skal, uavhengig av alder, ha mulighet til å leve frie og meningsfulle liv hvor de opplever tilhørighet, mestring og trygghet. Forutinntatte holdninger og stigmatisering skal utfordres og reduseres.

Psykiske helseproblemer og lidelser er utbredt i befolkningen, og dette bidrar til betydelig helsetap, tap av friske leveår og tap av livskvalitet. Vi vet også at psykiske lidelser er en av hovedårsakene til at folk faller ut av arbeid. Psykiske lidelser ligger til grunn for 20 prosent av det legemeldte sykefraværet og 35 prosent av årsakene til uføretrygd.

For de fleste barn og unge er psykiske plager forbigående, men hos noen vedvarer plagen.

Det er en økning i andelen unge som rapporterer et høyt nivå av psykiske plager og som oppsøker helsetjenesten for slike plager. Selv om det ikke er holdepunkter for at antallet innbyggere med psykiske lidelser er økende i den voksne befolkningen i Oslo, vet vi at psykiske lidelser og rusbrukslidelser er utbredt i den norske befolkningen.

Psykiske helseproblemer har store omkostninger for den det gjelder, for pårørende og for samfunnet. Innbyggere med psykiske helseutfordringer mottar mindre helsehjelp for somatiske helseproblemer enn befolkningen for øvrig. Det er en forskjell både i levealder og livskvalitet, og mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer lever i gjennomsnitt 10–20 år kortere enn andre. Risikoen for å få somatiske plager øker i takt med konsekvenser av psykiske plager og lidelser. Risiko for tidlig død øker ytterligere grunnet mindre bruk av helsetjenester og dårligere egenomsorg. Byrådet vil motarbeide slik ulikhet i helse og legge til rette for at Oslo skal være en kommune som legger til rette for god psykisk helse for innbyggerne, arbeider forebyggende og oppdager psykiske helseproblemer tidlig.

Beskyttelse mot å utvikle psykiske helseproblemer er et komplisert samspill mellom sårbarhet, psykologiske og sosiale faktorer. Det er stort sett enighet om at en trygg tilknytning til omsorgspersoner i barndommen har betydning for senere psykisk helse. Sosial isolasjon og ensom-

het gir økt risiko, mens sosial støtte og nærhet til andre mennesker beskytter.

Vedvarende belastninger som alvorlige økonomiske problemer og arbeidsledighet er viktige risikofaktorer. En god selvfølelse og opplevelsen av å kunne mestre utfordringer og problemer, har stor betydning for god psykisk helse.

Innbyggerne i Oslo skal oppleve likeverd, mestring og kontroll over eget liv. Strategi for psykisk helse er byrådens grunnlag og retning for hvordan Oslo kommune skal bidra til en bedre psykisk helse for befolkningen generelt og den verdimesse retningen for psykiske helsetjenester spesielt. Strategien gir føringer som har betydning for kommunens ansvar og rolle i utviklingen av tjenester og kompetanse. Føringerne i strategien, med stor innbygger- og pårørendeinvolvering og kunnskapsbasert praksis, skal påvirke strukturer og samarbeid i tjenestene, både for mennesker med behov for langvarige tjenester og til mennesker som har behov for tjenester en periode i livet, for å mestre sin livssituasjon.

Sammenhengen mellom oppvekstvilkår og senere helseutvikling gjør at byrådet ser det som særlig viktig å styrke barn og unges arenaer slik at psykisk helseutfordringer unngås og ikke forsterkes, noe som også er forankret i tilstøtende planer og satsninger.

For byrådet er det viktig at innbyggere som har behov for et samarbeid med kommunen i kortere eller lengre periode om sin psykiske helse, møtes

med respekt og blir ivarettatt som hele mennesker. De som har langvarige eller sammensatte livsutfordringer skal møte en kommune og fagfolk som koordinerer tjenestene, har ekspertise og anvender lovverket slik at det blir et samarbeid som fremmer livskvalitet og oppleves som helhetlig og hjelpsomt av innbyggerne. Tjenestene skal være lett tilgjengelige og det skal være mulig å henvende seg uten søknad og henvisning.

Byrådet vil at kommunen, sammen med sine innbyggere, skal være premissleverandør i utviklingen av lokale psykiske helsetjenester, og at nye metoder for innbyggerinvolvering utvikles og tas i bruk. Bruker- og erfaringskompetansen skal i større grad påvirke tjenesteutviklingen, og innbyggeres behov skal stå i sentrum.

Byrådet vil at medarbeidere i de kommunale tjenestene skal være faglig oppdaterte, og at de har kunnskap som muliggjør tidlig identifikasjon, tidlig intervensjon og kvalitativt gode psykiske helsetjenester til de som har behov for dette, uavhengig av alder og bosted.

Byrådet vil at evaluering, dokumentasjon og forskning integreres i kommunens virksomheter, og at forskningsmetoder som inkluderer innbyggere og medarbeidere, skal bidra til en større grad av samskaping av tjenester og tilbud.

Byrådet har tre hovedmål for *En psykisk bra by* – Strategi for psykisk helse:

1. Færre innbyggere får psykiske helseutfordringer
2. Det er en dør inn til psykiske helse-tjenester
3. Innbyggere som har psykiske helseutfordringer får bistand ut fra sine behov, slik at de kan leve meningsfylte liv

Byrådet legger følgende strategiske satsningsområder til grunn for å nå disse målene:

- Forebygging og helsehjelp for bedre livsmestring – uansett alder
- En dør inn – lett tilgjengelige og sammenhengende psykiske helsetjenester
- Innbyggeren og kommunen i førersetet
- Mer forskning for bedre tjeneste- og kompetanseutvikling

Målene og arbeidet med de strategiske satsningsområdene skal bidra til at innbyggere i Oslo har en oppvekst og levekår som fremmer god psykisk helse. Trenger innbyggerne hjelp, så vet de hvor de kan henvende seg og får hjelpen de har behov for når de trenger den. Innbyggerne skal møte psykiske helsetjenester som setter innbyggernes behov, kunnskaper og mål for eget liv i sentrum. De får hjelp av medarbeidere med rett kompetanse, og tjenestene våre er kunnskapsbaserte, basert på kunnskapstriangelet; forskning, praksis og innbyggernes egen kunnskap. ■

<https://www.oslo.kommune.no/dok/Byr/2019/BR1/2019030854-2114954.pdf>

«Jeg kan ikke la være å tenke på dette»

I perioden 2017 – 2018 ble det, i regi av HDir, utviklet en rekke pakkeforløp for mennesker med psykiske lidelser og ruslidelse. Mange pasienter i disse målgruppene har oversykelighet av somatiske lidelser som blir for dårlig fulgt opp.

BENTE THORSEN

Sitatet i tittelen er fra sykehustalen for 2019 ved Bent Høie:

«Jeg kan ikke la være å tenke på dette: Mennesker som strever med alvorlige psykiske utfordringer og ruslidelser lever opptil tjue år kortere enn befolkningen for øvrig. Jeg mener at dette er en av de største og styggeste ulikhetene vi har i landet vårt, en ulikhet vi ikke kan leve med»

Helseministerens tiltak var å lage et eget pakkeforløp som skal sikre ivaretagelse av og samarbeid om somatisk helse og levevaner. Arbeidet skal foregå som en integrert del av hvert enkelt pakkeforløp. Hvordan skal vi klare å realisere dette? Er «pakkeforløp» det beste svaret på en så kompleks og vedvarende utfordring? Hvordan har vi nærmet oss oppgaven?

Det ble i perioden 2018 – 2019 gjort et omfattende arbeid i hovedstadsområdet, blant annet på Møteplass Oslo, for å beskrive samarbeidet mellom fastleger, øvrige kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester for pasienter, pakkeforløp for psykisk helse og rus. Der det ble særlig lagt vekt på å beskrive hvordan somatisk helse og levevaner kunne ivaretas på en bedre måte enn i dag, integrert i pakkeforløpene.

Resultatet av arbeidet er tre sentrale dokument, som alle er godkjent av samarbeidsutvalget for hovedstadsområdet:

- Pakkeforløp for psykisk helse og rus Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og spesialisthelsetjeneste i hovedstadsområdet Anbefalingene skal særlig sikre ivaretagelse av somatisk helse og levevaner.
- TIPS ved elektronisk henvisning til pakkeforløp for psykisk helse og rus basert på dagens maler i fastlegens EPJ
- Underavtale mellom sykehusene og Oslo kommune om Samhandling om pasienter med psykisk lidelse og/eller avhengighetsslidelse som har behov for tjenester både fra bydel/etater og spesialisthelsetjenesten.

Samarbeidsutvalget for hovedstadsområdet ga så, i juni 2019, mandat til å sette sammen en tverretattlig, tverrfaglig implementeringsgruppe for pakkeforløpene innen psykisk helse og rus. Gruppen ledes av Peter Bugge, prosjektleder, OUS, og startet sitt arbeid i november 2019. Dette er et stort og omfattende implementeringsarbeid, med mange utfordringer. Her er noen av dem:

PAKKEFORLØPENE ER TIDS- AVGRENSEDE OG NÅR IKKE ALLE I MÅLGRUPPEN

Mange pasientforløp knyttet til psykisk helse og rus er langvarige, til dels livslange. Pakkeforløpene er tidsavgrensede, av og til gjentatte intervensjoner fra spesialisthelsetjenesten i livsløp hvor fastlege og øvrig kommunehelsetjeneste ofte følger pasienten gjennom mange år. En del av pasientene fastlegene og øvrig kommunehelsetjeneste tar hånd om, er svært syke, men faller likevel utenfor spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud, – dels fordi de ikke passer inn i prioriteringsveilederens kriterier, og dels fordi pasienten ikke ønsker spesialisthelsetjeneste

VI MÅ SKILLE MELLOM SOMATISK SYKDOM, RISIKOFAKTORER OG LIVSSTIL

For å kunne handle og prioritere riktig, trengs en bedre «sortering» av hva emneområdet «Somatisk helse og levevaner» inneholder enn det pakkeforløpet beskriver.

Listen under er hentet fra «Anbefalinger om samarbeid». Listen kan hjelpe til å sortere hva som er viktigst å fokusere på når tiden er knapp, og hva som kan utsettes men ikke må glemmes.

- Somatisk sykdom/tilstand som utløser en psykisk lidelse eller bidrar til at en psykisk lidelse eller psykiske symptomer oppstår
- Annen sykdom som det er viktig for behandleren å kjenne til (f.eks. stoff-

- skiftelidelser, diabetes, nyre- eller hjertesvikt, KOLS, systemsykdommer, kreft)
- Øvrige somatiske tilstander som skal følges opp, (f.eks. hypertensjon, hyperlipidemi, moderat/alvorlig overvekt).
- Ny somatisk sykdom som oppstår i behandlingsforløpet
- Forverring av kjent somatisk sykdom
- Somatiske bivirkninger av legemidler
- Somatisk sykdom som er utløst av rusmiddelbruk
- Risikofaktorer knyttet til levevaner (f.eks. røyking, rusmiddelbruk, kosthold, fysisk aktivitet).
- Søvnhygiene
- Tannhelse

Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner skal skje med best mulig «timing», tilpasset pasientens situasjon, motivasjon og samtykke, og fortrinnsvis hos den aktøren som best kan utføre oppgaven.

HAR HELSEMINISTEREN TENKT PÅ FASTLEGENE? OG HVA SIER OSLO KOMMUNE?

Fastlegen kjenner de fleste av pasientene med psykiske lidelser og ruslidelser på sin liste. Et mål med å bedre oppfølging av de sykeste, må være å hjelpe så mange som mulig til oppfølging nettopp hos fastlegen. Fastlegen har et forskriftsfestet ansvar som medisinsk koordinator for pasienter på sin liste, og er ved det en sentral samhandlingsaktør. For å kunne gjøre sin del av jobben, er fastlegen helt avhengig av et godt samarbeid med øvrige kommunale tjenester, f. eks. ruskonsulenter og psykisk helsetjeneste, og, ikke minst, personale i bemannede boliger. Dette samarbeidet finnes i noen bydel, men mangler i andre, og må sannsynligvis bli mer oppøskende enn hva det er i dag. Fastlegen beskrives som en sentral ressurs i pakkeforløpene, men verken helseministeren eller helsedirektoratet har «flagget» dette viktige oppdraget til dem. I Oslo kommunes

Kvalitet som salderingspost

planer («Rusmeldingen», «En Psykt bra by») er fastleger og øvrig legetjeneste knapt nevnt. Den bebudede lege-planen for Oslo vil, etter det vi kjenner til, være overordnet, og heller ikke si noe om dette.

Hvis vi skal få fastleger og øvrige kommunale leger med i forbedringsarbeid, må det komme en skikkelig henvendelse til dem fra myndighetsnivå. I det videre arbeidet med utvikling av legeplan i hver enkelt bydel i Oslo, er det viktig at fastlegene inkluderes. Plan for utvikling av legetjenesten må henge sammen med de øvrige helseplanene som kommunen utvikler på feltet rus og psykisk helse. Samhandling i helsetjenesten må beskrives i planene.

Fastlegers deltakelse i utviklingsarbeidet må meriteres og finansieres. En mulighet kan være at bydelene spleiser – bruker noen midler fra potten «offentlig allmennmedisinsk arbeid», og etablerer kommune-PKO (praksiskonsulentordning), for eksempel én for hvert sykehusområde. Disse kan i sin tur knyttes til Møteplass Oslo og bli del av et stort nettverk for utvikling av samarbeid i hovedstadsområdet for dem som trenger oss mest. En tydelig satsing må til for at vi skal komme fra tanke til handling. Målet er vi enige om: Vi må få til et samarbeid som bedrer somatisk helse og leveutsikt for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser. ■

<https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/direktorens-stab/stab-fag-pasientsikkerhet-og-samhandling/avdeling-for-samhandling/anbefalinger-om-samarbeid>

<https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Samhandling/Underavtale+Psykisk+helse+og+avhengighet+160919.pdf>

Sivilombudsmannen har de siste årene utført mange tilsyn ved psykiatriske institusjoner. Jeg ble gjort oppmerksom på disse rapportene, og leste først den fra Kalnes. Der er det et eget kapittel som omhandler *Fysiske forhold ved de sikkerhetspsykiatriske seksjonene*. De viser til at Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) i sine standarder for institusjoner innen psykisk helsevern har uttalt:

«Creating a positive therapeutic environment involves, first of all, providing sufficient living space per patient as well as adequate lighting, heating and ventilation, maintaining the establishment in a satisfactory state of repair and meeting hospital hygiene requirements.»

Flere studier trekker frem at blant annet god nok plass, oversiktighet og flere alternative områder å være i, er et viktig tiltak for å redusere tvang i psykiatriske sykehus.

Videre skriver de i sammen-draget fra Kalnes:

«Sikkerhetsseksjonene var begge lokale sikkerhetspsykiatriske seksjoner. Seksjonene var plassert på bakkeplan, med utgang til et delt atrium. Dette sikret at også pasienter som ikke hadde utgang fra seksjonen fikk opphold i friluft. Atriet var omgitt av høye vegger med mange vinduer, og fremsto som mørkt og lite trygghetskapende. Fellesområdet inne i seksjonene hadde hvite og sterile flater. Seksjonenes fellesområder fremsto som for små tatt i betraktning antall pasienter og personale. Dette er uheldig både fordi det kan bidra til at pasienter isolerer seg på eget rom, og fordi det gjør det

vanskelig å effektivt forebygge konflikter, vold og utagering på en sikkerhetsseksjon. Pasientrommene hadde ikke gardiner og pasientene kunne ikke selv styre persiennene, som dessuten var gjennomskiktige. Skjermingsenhetene besto av ett stort rom, med et eget lite innbu-ret luftimeområde. Alle skjermingsrommene hadde senger med ferdig monterte remmer til belter, som hang godt synlig ned fra sengen. Lokalene var lite egnet for god pasientbehandling. Aktivitetstilbudet fremsto som lite utbygget i lys av at pasienter var innlagt over lang tid ved sikkerhetsseksjonene.»

De har også vært på besøk til psykiatriske institusjoner som har gode løsninger, bl.a. Reinsvoll sykehus.

Vi har kunnskap om hva som er bra for pasientene. Da må vi ikke bygge nye, dårlige løsninger. Fra de sist bygde sykehusene vet vi at de har måttet gjøre endringer på byggeplanene underveis på grunn av økonomien. Vi kan ikke la innvendige og utvendige løsninger på de psykiatriske byggene bli en salderingspost i sluttfasen av byggingen.

Bergsland skriver kort om dette temaet her i *Journalen* (side 10). Jeg forventer at kunnskapen vi har brukes i underlaget for krav-spesifikasjonene til psykiatriske bygg som skal bygges fremover.

KRISTIN HOVLAND

<https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/>

Nedprioritering av psykiatriske pasienter, igjen

AV RANDI ROSENQVIST, PSYKIATER,
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS (OUS) OG ILA FENGSEL

OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE VAR EN NEDTRAPPINGSPLAN

Helsedirektoratet reklamerer for opptrappingsplanen for psykisk helse fra 1998 til 2008 som et «viktig løft for tilbudet av lokalbaserte tjenester». Det dreide seg om nedbygging av psykiatriske sengeplasser og overføring av viktige diagnostiske, behandlingsmessige og omsorgsmessige oppgaver overfor til dels svært syke pasienter, til de distriktpsykiatriske sentrene (DPS'ene), primærhelsetjenesten og kommunene.

Nedbyggingen av psykiatriske sengeplasser begynte allerede på 1970-tallet da effektive medisiner, god oppfølging og uførhetstrygd gjorde at færre mennesker trengte heldøgnsomsorg i psykiatriske institusjoner. I 1960 var det rundt 18 000 senger i det psykiske helsevern totalt i landet, i 1990 var det 7 745 senger og i 2017 var det 3 444 (SSB). I 1990 var det 20 259 utskrivinger, i 2017 var tallet oppe i 54 065 (SSB). Selv om noen pasienter stadig er lenge i psykiatriske sykehus, så er de fleste opphold blitt kortere og kortere.

Mange pasienter mottar i dag poliklinisk psykiatrisk oppfølging. Pasienter som er motivert for oppmøte ved DPS, behandles i kortere periode av ulikt helsepersonell. De får behandling for ulike psykiske lidelser og livskriser, til dels lidelser som det ikke var et behandlingstilbud til i asylens dager. Men, vi har også ACT (Assertive Community Treatment) team og FACT team (Flexible Assertive Community Treatment og kan oversettes til fleksibel aktiv oppsøkende behandling) som følger opp pasienter med psykoselidelser



«Jeg er ikke den eneste som hevder at de dårligste pasientene har tapt på opptrappingsplanen.»

over tid. De gjør en god jobb. De dårligst fungerende pasientene kan likevel ikke nødvendigvis nyttiggjøre seg dette. Slik behandling krever en relasjon og tillit til behandlingsapparatet. Jeg er ikke den eneste som hevder at de dårligste pasientene har tapt på opptrappingsplanen. De trenger omfattende omsorg på heldøgnsbasis, noe de færreste får i dag. Men det hadde vi råd til for mange år siden.

PLANER FOR OSLO-PSYKIATRIEN

Det er vanskelig å finne gode plantall for antall psykiatriske sengeplasser i Oslo, men Sykehusbygg forutser en økning av antall døgnopphold på 42,1 prosent frem mot 2035 (Utviklingsplan 2035 ver 09). Samtidig forventes det at antall oppholdsdøgn er lavere enn i 2015. Dette innebærer en kraftig reduksjon av liggetiden for det enkelte døgnopphold

Intensjonen er nok at pasienten kun skal roes ned i sengeavdeling, og den videre oppfølging skal skje poliklinisk. Etter min mening er ikke dette godt nok. Erfaring tilsier at svært mange psykotiske pasienter trenger ro og tid for å etablere trygge relasjoner med behandlingspersonale. De trenger aktiviteter på dagtid som kan gjøres sammen med erfarent personale. En sykehusavdeling for slike pasienter må være annerledes enn for akutt somatisk syke pasienter som stort sett ligger i seng. Gamle Gaustad sykehus har vært et egnet sted for urolige, engstelige og psykotiske pasienter. En underdimensjonert avdeling ved Sinsenkrysset er det ikke.

HVORDAN BØR EN UTREDNING AV PSYKOTISKE PASIENTER VÆRE?

Når en pasient i psykotisk tilstand innlegges til utredning ved en akuttavdeling, går de første dagene ofte med til å roe ned situasjonen. Så skal den diagnostiske og behandlingsmessige prosessen påbegynnes. Det er lite teknologi i psykiatrien, det meste arbeidet baserer seg på samtaler og observasjoner. En spesialist må snakke med en nyinnlagt pasient for å avklare formalia, mens flere medarbeidere må snakke

med pasienten som ledd i utredningen. Pasienten må utredes somatisk, kanskje nevropsykologisk, og må ofte avruses for å få observasjoner om hvorledes han eller hun fungerer edru. Det må innhentes informasjon fra pårørende og en omfattende anamnese om sykdomsutviklingen bør utarbeides. Dette tar tid. Først når dette er gjort kan man stille en diagnose. Deretter må vi motivere for videre oppfølging og helst etablere en kontakt ved et DPS som kan følge opp over tid. Det sier seg selv at dette ikke blir gjort med den liggetiden som man nå opererer med.

Pasientsikkerhet i psykiatrien må være at pasienter får riktig diagnose og riktig behandling til riktig tid. Dessverre er det mange som flyter rundt med en rusdiagnose hvor psykosen ikke er diagnostisert. Og andre har fått diagnostisert sin psykoselidelse, men ønsker ikke behandling fordi det initiale arbeidet aldri ble gjort godt nok. Disse personene belaster pårørende, og ofte nærmiljøet, i tillegg til at prognosen blir dårligere jo lenger man går psykotisk. Jeg har arbeidet med pasienter uten samtykkekompetanse i mange år, og jeg vet at det går an å få til et godt samarbeide med de fleste dersom man har ro, tid, respekt og kompetanse.

DE DÅRLIGSTE, AGGRESSIVE PASIENTENE

Ved OUS er det to lokale og en regional sikkerhetsavdeling. Her er alvorlig sinnslidende med store adferdsavvik innlagt, gjerne over år. Disse pasientene mottar dyr og kvalifisert behandling. Regional sikkerhetsavdeling ved Dikemark har en elendig bygning og liten kapasitet. Lokal sikkerhetsavdeling på Dikemark og på Gaustad har noe bedre bygningsmasse, men de er ikke på noe vis optimale. Gjennom mange år er det planlagt ny Regional sikkerhetsavdeling, og OUS/Helse Sør-Øst har konkrete planer om å bygge en større enhet i Bærum, i nærheten av Ila fengsel. Her er planen å samle de lokale og den regionale sikkerhetsavdelingen samt bygge en enhet for spesielt utagerende psykisk utviklingshemmede med psykoseproblematikk. En slik enhet bør være stor nok til å drive effektivt, med vakthavende leger, sosionom, sysselsetting for pasientene, kjøkkenløsninger, vaktmestertjenester, kontorpersonale foruten mye miljøpersonale. Disse planene synes nå å

være på vent i OUS's store sykehuskabal. Det er ikke bare bekymringsfullt, men etter min mening skandaløst.

Den gang Reitgjerdet sykehus ble nedlagt (1987) som nasjonal avdeling for særlig aggressive og vanskelige psykotiske menn, var det ca 7 senger per 100 000 innbyggere. I 1990 var det 1,25 senger per 100 000 innbyggere ved regionale sikkerhetsavdelinger. I 2015 var det 0,77 plasser per 100 000 innbyggere ved regional sikkerhetsavdeling og 3,36 senger ved lokale sikkerhetsavdelinger, totalt 4,13 senger per 100 000. Nedbyggingen fra 1990 har primært skjedd i Helse Sør-Øst.

Det er flere pasienter ved sikkerhetsavdelingene som etter avdelingenes mening, bør sendes videre i behandlingsskjeden. Disse blir likevel værende på et kanskje for høyt (og for dyrt) sikkerhetsnivå. Det er nå i gang et kartleggingsarbeid for å finne grunnen til det, men vi som har arbeidet med disse pasienten lenge vet hvorfor de ikke kommer videre. Det er ikke senger som er definert for langtidspasienter i psykiatrien, og kommunene og bydelene har hverken kompetanse, ressurser eller hjemler til å gi disse pasientene en stabil og trygg omsorg. Vi savner de faglig gode, psykiatriske sykehjemmene.

Noen av disse pasientene blir til sist «satt ut på anbud» til private firma som gir dem bemannede boliger for perioder på kanskje tre år, med mulighet for forlenget. Kvaliteten på disse tilbudene er etter min mening meget varierende og faglig meget utfordrende. Jeg mener at dette bør være en oppgave for spesialisthelsetjenesten. Omsorgen for aggressive psykotiske pasienter, ofte med hjerne-skade og/eller rusmisbruk bør skje i «sikkerhetshjem» hvor det er mulighet til å gi dem den omsorgen de trenger for et så godt liv som mulig, samtidig som samfunnet blir beskyttet. ■



SPIRARE

**Effektiv PC-basert
diagnostikk
for allmennlegen**

SPIROMETRI

Vedlikeholdsfritt
ultralydspirometer.

EKG

Kan nå leveres med
Glasgow Universitets
anerkjente tolkingsmodul.

24-TIMERS BLODTRYKK

Spirare 24-timers blodtrykks-
monitor har A/A vurdering på
nøyaktighet fra EHS og BHS,
og er i tillegg robust og
behagelig for pasienten.

spirare@spirare.com
Tlf. 2292 4000



www.spirare.com

Arkitektur i psykiatriske sykehus

Kan arkitektur påvirke helse og bidra til bedre behandlingsresultater?

KNUT H. BERGSLAND

De fysiske omgivelsene påvirker oss, det vi gjør og hvordan vi føler oss. De kan påvirke hvordan psykiatriske pasienter vurderer behandlingen de får og behandlerne de har. Opplevd kvalitet av bygg, møblering og øvrige omgivelser kan bidra til å påvirke behandlingsresultatet, men det er ikke påvist i hvor stor grad resultatet har betydning. I dag finnes over 2000 evidensbaserte studier som dokumenterer slike virkninger. Materialet bygger i stor grad på stressmestring, og gjelder primært somatikk. En klassisk artikkel på området (1) påviste at galleblæreopererte pasienter med utsikt til grønne omgivelser ble utskrevet én dag raskere og brukte signifikant mindre medisin enn pasienter med utsikt til en murvegg. Innen psykiatrien finnes imidlertid få studier av bra kvalitet som sier noe om sammenhenger mellom omgivelser og behandlingsresultat. Noe av materialet er riktignok sammenfattet i det svenske «Konseptprogram, Lokaler för psykiatri» (2),

som skal være til dokumentasjon og inspirasjon for fysisk planlegging. Men dette gjelder primært svenske forhold.

Det skal stadig bygges nye døgnplassenheter i norske sykehus, enda døgnplassraten går ned (3). Dette skjer i egne bygg, i tilslutning til eller inne i somatiske sykehus. Flere har godt over 100 døgnplasser. Det blir mer alderspsykiatri, og flere akutt plasser. Nye sterkavdelinger er under utbygging.

I henhold til introduksjonen til Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-23, skal pasientbehandlingen i framtida foregå i *gode, tilpassede bygg*. Dette blir ikke utdypet i kapitlet om psykisk helsevern, men bør bety at det vil bli stilt høyere krav til kvalitet på byggene enn tidligere. I årene som kommer skal den psykiatriske spesialisthelsetjenesten dekke behandling av pasienter med større hjelpebehov enn i dag. Psykisk og somatisk helse og rusmiddelproblemer skal ses i sammenheng. Arbeidsdelingen mellom døgn tjenester,

poliklinisk og ambulante tjenester skal avklares nærmere, og spesialisthelsetjenesten skal gi råd til og samarbeide med kommunal helsetjeneste.

Mer krevende pasienter kan skape mer uro og vold i psykiatriske enheter. De fysiske omgivelsene spiller en rolle for bruken av isolater og skjerming (4). Romlige alternativer til tvangsbruk er prøvd ut i senere år, med gode resultater (5). Det er behov for gode, anerkjennende og hensiktsmessige lokaler som ivaretar pasientenes behov for avstand og som gjør at personale og pasienter ikke går for tett på hverandre.

Et opphold i en psykiatrisk enhet bør, i den grad det er mulig, bidra til at pasienten, uansett diagnose og funksjonsevne, gjenvinner mest mulig av sin realitetssans og normalitet og forberedes på ny uavhengighet. Dette gjelder døgnplasser så vel som poliklinikker og andre aktuelle enheter. Både bygninger og aktuelle enheter må bygge oppunder normaliteten.

FOTO: KNUT H. BERGSLAND



Helsingør sykehus – pasientrom. Sykehus-seng gir sterkt institusjonspreg.

FOTO: WHITE ARKITEKTER



Östra sjukhuset, psykiatrisk klinikk. Åpenhet - lett å avlede uro.

FOTO: ASPLAN VIAK



Bilde fra Akuttpsykiatrisk seksjon Telemark (2006) Én etasje, skrå himling - bryter med institusjonsfølelsen.



Uterom - dekompresjon av vanskelige situasjoner. St. Olavs hospital.

FOTO: KNUT H. BERGSLAND

HVA ER «GODE, TILPASSEDE BYGG»?

Hvilke prinsipper bør ligge til grunn når man skal forme gode omgivelser for psykiatrisk behandling? Hvilke dimensjoner er viktige? Royal College of Psychiatrists fant følgende fysiske dimensjoner for over 20 år siden (6), men mye tyder på at de fortsatt har stor betydning:

Size (størrelse)

Structure (struktur)

Siting (situasjon, lokalisering)

Security and safety (sikkerhet og trygghet)

Staffing (bemanning)

Begrepene gir retning for generelle kriterier: Institusjoner må ikke være så store at pasienter og andre mister oversikten. De må være fottbare, både inne og ute. *Størrelse* bør særlig vurderes om man tenker å bygge psykiatri og somatikk sammen. Poster bør maksimalt være på 10–14 døgnplasser, og det bør ikke være mer enn 5–7 enheter for ikke å miste oversikten.

Psykiatrienhetene bør ikke ha karakter av

somatisk akuttpsykehus, det vil si lange, rette korridorer, bygg i mange etasjer, osv. Korte korridorer, gjerne med sidelys og retningssendringer, kan være fordelaktig. Førsteinntrykket spiller en uforholdsmessig stor rolle for pasientens syn på sin behandling, og utformingen blir dermed viktig.

Samtidig må man sikre at psykiatriske anlegg får så mye plass (store tomter) at man kan sikre at de kan utformes på en god måte.

Struktur handler om oppbygging av anlegg og enheter, det vil si pasient-, behandlings- og personalområdene. Det må være lett å orientere seg. Det krever blant annet at man får overblikk umiddelbart innenfor inngangen, og at man har et korridorsystem eller -hierarki som gjør at man slipper unødige valg. En vennlig mottakelse – umiddelbart innenfor inngangen, er viktig, men kan kreve personale.

Situasjonen handler om den psykiatriske

enhetens lokalisering, i eller ved det somatiske sykehuset, i bymessige eller mer landlige omgivelser, med utsikt til og direkte tilgang til naturområder eller ei, samt dagslysforhold. Døgnplassenheter (og eventuelle skjermingsenheter innen disse) bør ha rikelige uteområder uten unødig innsyn og med variert utforming. Det er en stor fordel om døgnenhetene kan lokaliseres på bakkeplan. Om nødvendig kan vurderes om eventuelle poliklinikker og teamkontorer mv kan ligge oppå døgnenhetene. Mye kan oppnås ved å utnytte skrånende terreng til ulike typer innganger på forskjellige plan.

Sikkerhet og trygghet må prioriteres i alle typer døgnenheter. Men sikkerhet er noe langt mer enn materialbruk, alarmsystemer og oversikt og at man unngår ligaturpunkter. Det handler i stor grad også om å skape trygghet for pasientene. Trygghet kan skapes ved å gi pasientene så god plass i pasient- og fellesrom at man unngår, eller



Akuttpsykiatrisk avdeling, St. Olavs hospital. Funksjonell bruk av skrånende terreng. Akuttinngang på øverste bakkeplan.

FOTO: KNUT H. BERGSLAND

kan ta luften ut av, uro og andre krevende situasjoner. Å styrke pasienters selvbylde gjennom god utforming og god møblering drar i samme retning. Opplevd kontroll over egne omgivelser er en viktig del av denne tryggheten.

Nok *bemannning* er et selvfølgelig krav, men blir stadig vanskeligere å oppfylle. Bygningene må legges til rette for at personalet lett kan hjelpe hverandre i vanskelige situasjoner – ikke minst om natta. God oversikt innen den enkelte døgnenhet må veies opp mot pasientens følelse av å bli overvåket.

Gode, tilpassede bygg, slik Nasjonal helseplan ber om, blir stadig mer krevende å forme. Pasientsammensetningen endrer seg, og nye arbeidsformer påvirker innholdet av byggene. Mer krevende pasienter kan gjøre det vanskelig å leve opp til dagens ønske om generelle og fleksible bygg- og romløsninger for sykehusene. Tilpassede bygg kan komme til å kreve spesialisering som ikke blir forenlig med generaliteten. Samtidig skal stigmatiseringen av psykiatrien også forhindres for godt. ■

KNUT H. BERGSLAND

Sivilarkitekt NTH 1969. Bergsland har arbeidet med psykiatri og fysiske omgivelser i over 30 år. Han har hatt bygg- og omgivelserrelaterte prosjekter innen psykisk helsevern for samtlige norske helseregioner, i Sverige og Danmark, og studert omgivelser for psykiatri i Norden, Nederland, England og Japan.

Han har forelest og undervist om temaet i en rekke land. Bergsland har gitt ut tidsskriftartikler, rapporter og bidratt til bøker om omgivelsenes innvirkning på psykiatrisk behandling.

Han har vært leder for Arkitektforum for Helsebygg i rundt 20 år, fram til 2015, og har deltatt i den systematiserte kunnskapsoppbyggingen om norske helsebygg siden sent på 90-tallet, med stor vekt på psykisk helsevern.



Referanser:

- (1) Ulrich, R.: *View Through a Window May Influence Recovery from Surgery*, *Science*. 1984 Apr 27;224(4647):420-1.
- (2) *Konseptprogram, Lokaler for psykiatri, kunnskapsunderlag ved planering*, PTS, 2018-10-16.
- (3) *Helsedirektoratet: Tjenester i Psykisk helsevern og TSB 2014-2018 Samdata Spesialisthelsetjenesten, rapport I-2850*.
- (4) van der Schaaf, P.S., et. al: *Impact of the physical environment of psychiatric ward on the use of seclusion*. *British Journal of Psychiatry*, 142-149, 2013.
- (5) Norvoll, R.: *Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus – en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur*. SINTEF-rapport A4572, s.47-48, 2008
- (6) Burns, T.: *"The design and function of inpatient wards," s 35-40, Section 4, Oxford Textbook of Inpatient Psychiatry, Barrera.A., et al, (ed.) Oxford University Press, 2016*



Henvis pasienten din til Aleris i Oslo!

Korte ventetider for pasienten. Korte svartider til deg som henviser.

Offentlige avtaler*

- Bildediagnostikk (MR, CT, røntgen og ultralyd)
- Prostatadiagnostikk (transperineal biopsi)
- Ortopedi
- Plastikkirurgi
- Øre-nese-hals
- Urologi
- Karkirurgi

Flere detaljer på aleris.no/offentlige-avtaler

* Pasienter betaler kun egenandel ved offentlig avtale.
Henvisninger kan sendes elektronisk via Norsk Helsenett.

Vi har også et omfattende privat tilbud. Les mer på aleris.no/oslo

Medisinsk ansvarlig: Per Kvandal



Bygger vi for en «psykt bra by»?

ØIVIND LARSEN

At boliger og helse henger sammen, er etablert kunnskap. Men i hvilken grad er denne kunnskapen blitt brukt til beste for helse i byplanleggingen? Helt siden 1827 har bygningslovene, etter hvert med detaljerte forskrifter, sørget for at de fleste av de klassiske, hygieniske helsefarene som dårlige sanitærforhold, støv, støv og annen forurensning nå faktisk for det meste er under kontroll. Det som står igjen, er de krav «den nye folkehelse» stiller, der trivsel og psykisk helse er kommet sterkt inn. Hva kan planlegging og utforming av byer og tettsteder bidra med der? For å gjøre Oslo til en «psykt bra by?», slik det for tiden snakkes om?

Sammen med den daværende lederen for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, professor i samfunnsmedisin Magne Nylenna og sivilarkitekt og byplanlegger Gunnar Ridderstrøm foretok undertegnede en større litteraturgjennomgang ved Helsebiblioteket for å forsøke å identifisere hva det er som egentlig virker for å gjøre helse og trivsel bedre gjennom byplantiltak (1,2). Resultatene, som også bekreftes av andre slike metastudier, er at det ofte er relativt enkle ting som skal til. Men tiltak kan både være vanskelige å bli enige om og å iverksette på en effektiv måte, hvis årsakene til de uheldige forholdene ligger utenfor det som vanligvis regnes som helsearbeid.

Ridderstrøm har med utgangspunkt i planleggingsmiljøet ved NMBU (Ås) holdt en rekke kurs om helsekonsekvensutredninger, især for interesserte fra kommuners plan- og bygningsavdelinger. I de senere år er det lagt enda mer vekt på helse, og vi to andre har også deltatt i undervisningen, med litteraturstudien (1) som anbefalt lesning. Dette er blitt godt mottatt. Det er et åpenbart behov for kunnskap og diskusjon om hva planleggere kan gjøre for folkehelse. Bygger vi for helse?

Blant faktorene som fremmer trivsel og helse, er følelse av trygghet og mestring, muligheter for stabilitet, og for miljødannelse og medvirkning. Bomiljøet må være «fattbart» for at man skal føle seg hjemme der. God tilgang til servicetjenester og infrastruktur er selvsagt av stor betydning,

likeledes rimelig nærhet til arbeidsplassen. Men i særklasse stiller behovet for tilgang til grønne arealer. For nordmenn er kontakt med naturen og utsikt spesielt viktig. I et land med mye lav sol, gir lys og skygge også egne problemstillinger. Men hvorfor skal slike forhold være så vanskelige å håndtere?

TILTAK OG PLANLEGGING SOM KATTEN RUNDT DEN VARME GRØTEN

Det er geografiske forskjeller i helse i Oslo (3). Helsepåvirkningene henger tydelig sammen med sosial ulikhet. Ulikheten er ikke bare samvariasjon, den er en av årsakene. Kunnskapsgrunnlaget som ligger bak dette, er blitt meget godt.

Det settes stadig i verk tiltak for å avhjelpe situasjonen. Nå i 2019 – 2020 er det en spesiell vinkling mot trivsel og psykisk helse, tiltak for å skape en «psykt bra by». Mye er oppnådd både på dette og andre områder opp gjennom årene. Evalueringer har pekt på hva som har gått bra og hva som har gått galt (4,5). Men media er med rette opptatt av at det fortsatt finnes sterkt belastede strøk i byen, på tross av kunnskapene som foreligger.

På en tur rundt i Oslo kan man ved selvsyn konstatere at det stadig bygges nytt på en måte som strider mot kunnskapen om hva som fremmer trivsel og helse. Bygger vi framtidens slum? Nå? Det er f. eks. nye, høye og tette boligmiljøer hvor bare størrelsen i seg selv gir mer avmakt enn fattbarhet. Se bildet fra Grefsen, figur 1. Et strøks beliggenhet med utsikt mot sol og sjø har liten betydning, dersom de fleste av boligene i strøket bare får naboens vinduer eller skyggen av en gavl å se inn i.

En altfor dyr bolig er en dårlig bolig. Den er vanskelig å erverve. Økonomien kan tære på familieforholdet. Og er den dyre boligen attpåtil liten og trang, blir nyankomne barn en lykke med bismak, dersom manglende plass til et par barnesenger gjør at man må flytte fra et strøk der man kanskje følte at man ville trives framover.

Vi kan ikke bygge nytt slik som 1800-tallets Grünerløkka, se figur 2. Det er for lite arealeffektivt. Det er likevel noe med størrelsesordenen på strukturene der

som innbyr til miljødannelse og kan gi trivsel, trygghetsfølelse og tilhørighet. Vi kan lære av det. Grünerløkka har imidlertid i en periode vært et belastet område, så der kan man også studere de historiske prosessene som har foregått og hva slags tiltak som har hjulpet. Men tar tiltakene og planleggingen for seg problemenes kjerne?

DEN VARME GRØTEN

Etter at de fleste offentlige reguleringene av boligmarkedet ble fjernet i 1980-årene, skjer boligbygging i stor grad på utbyggers egne premisser. Også det store boligsamvirket, med sitt samfunnsansvar og sin verdibasis, deltar i dette på en nesten overraskende måte. Ideologiene har bleknet.

De store aktørene er profesjonelle på hele prosessen fra prosjektideen, via saksbehandlingen overfor kanskje ikke fullt så profesjonelle lokalpolitikere og overfor de kompetente fagmyndighetene, til prosjektpresentasjonen for samfunnet gjennom media, og ikke minst overfor de potensielle kjøperne. Så blir prosjektet ferdig, boligene solgt, og utbyggeren går videre til neste prosjekt.

Det er legitimt å drive sin virksomhet lønnsomt. Men for boliger kan frie markedskrefter ha bivirkninger, nettopp fordi det gjelder noe så sentralt og livsnødvendig i folks liv som boliger. Før var myndighetenes planleggende funksjon langt sterkere. Nå er kommunens «plan og bygg» mer blitt en godkjennende instans. For at byggekostnadene skal kunne minskes, går forskriftenes tekniske minimumskrav over til å bli gjengs standard. Smug mellom høye hus og grøntanlegg på taket for å spare tomteplass. Rom uten vinduer. Trapp utenpå. Osv.

Et boligmarked med jevnt økende priser er gått inn i norsk økonomi som en av de stabile faktorene i den alminnelige kapitalstrømmen i samfunnet. Men dette kan nede på individnivå skape sosial instabilitet, bekymringer og virke negativt på trivsel og helse. Tårer som felles over dyre boliger blir ofte krokodilletårer ved tanken på den kapital boligen binder.

Det er vel og bra at man retter årvåkne øyne og innsats mot dem som bor i forslummede strøk der det er utrygghet,



Figur 1: Storo

FOTO: ØIVIND LARSEN 2020



Figur 2: Thorvald Meyers gate på Grünerløkka

FOTO: ØIVIND LARSEN 2020

vold og folk som har det vondt. Det er *god sosialmedisin*. Men det må ikke bli avledningsmanøvre og skuebrød.

Handlekraft og vilje må åpenbart være større hvis man vil rette skytset mot de utløsende årsakene. Offentlig boligplanlegging må ta sin fordums makt tilbake. Boligmarkedet må styres mot mindre ulikheter ved hjelp av de samfunnsmekanismene som er egnet for dette. Da er veien kortere til

«en psykt bra by». Det vil være *god samfunnsmedisin*. ■

Litteratur

1. Larsen Ø, Ridderström G, Nylenna M. *Planlegging for helse og trivsel*. Bergen: Fagbokforlaget, 2018. 325 s.
2. Larsen Ø, Ridderström G, Nylenna M. *Helsefremmende stedsplanlegging*. Michael 2019; 16: Supplement 23: 33-40.

3. *Oslohelse – Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene*. Oslo kommune, Helseetaten, 2016.

4. *Stedsplanlegging som samfunnsmedisin*. Temahefte. Michael 2018; 15: 81-160.

5. *Oslo – og byens helse*. Temahefte. Michael 2020; 17: (under trykking) Øivind Larsen Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo oivind.larsen@medisin.uio.no

Oslo skal bli en «psykt bra» by å bo i

Psykisk helse er et sentralt tema i hovedstaden, og tematikken vil fortsette å kreve tiltak og handling i tiden fremover. Ung i Oslo-rapporten 2018, som er finansiert av Oslo kommune og Helse- og sosialdepartementet viser en stadig økning i psykiske helseplager blant barn og unge i Oslo.

Noen har fått god hjelp, andre ikke så god hjelp, og noen har ikke fått hjelp i det hele tatt.

Flere gutter er nå representert enn tidligere. 27 % av jentene, og 12 prosent av guttene har psykiske helseplager. Hver tiende ungdom er også veldig mye plaget av ensomhet ifølge undersøkelsen. Vi ønsker å løfte opp det viktige arbeidet med psykisk helse i Oslo.

Vi ønsker å takke Kristin Hovland, leder i Oslo Legeforening, for gode, relevante og interessante bidrag til handlingsplanen til Oslo kommune i Helse- og sosialutvalget. Fastlegene er helt essensielle i arbeidet med mental helse i Oslo, og skal bli inkludert, og hørt.

Mange med psykiske helseutfordringer står utenfor arbeidslivet, eller står i fare for å falle ut av jobb/ og eller utdanning. De fleste av de yngste blir uføretrygdete på grunn av psykiske lidelser. Dette er en stor årsak til utenforskap, økonomiske ulikheter, og manglende livskvalitet hos mange innbyggere, og dette er viktige temaer som vi ønsker å jobbe med, og løfte opp i Oslo bystyre i tiden som kommer.

KUNNSKAP ER GULL VERDT

Byrådet har fremmet byrådssaken «En psykt bra by», med føringer for økt bruker-involvering, tilgjengelighet og kunnskapsbaserte psykisk helse- og rustjenester. Strategien legger opp til et ønske om mindre byråkrati, et mål om at færre innbyggere får psykiske helseutfordringer, en dør inn til psykiske helsetjenester, mer forskning og økt innbyggerinvolvering. Dette er en god, og viktig byrådssak, som vi ønsker å gjøre enda litt bedre i samspill med dere.

Vi ønsker å få en dypere innsikt, og kunnskap i de utfordringene og mulig-



hetene vi står ovenfor ved å skape et best mulig fremtidig psykiatritilbud til innbyggerne i hovedstaden, og om hvordan vi best mulig kan forebygge psykiske helseplager. Derfor arrangerte også utvalget en åpen høring om tematikken 30. januar i år.

Landets viktigste psykiatriske sykehus, Gaustad, blir også lagt ned, og nedleggelsen kan føre til en sterk nedgang i døgnbehandlingsskapasiteten i psykiatrien i Oslo. Nedleggelsen av Gaustad sykehus og flyttingen til Aker innebærer 25 % reduksjon i antallet sengeplasser, i en tid hvor behovet stadig blir større. Dette er kritisk dårlig for innbyggere.

HJERTE FØRST, OG KUNNSKAP I SEKKEN

Byrådssaken skal behandles i mars, og ved samhandling, å lytte til barn- og unges, og brukeres egne erfaringer, ved å kombinere hjerte og kunnskap, så kan vi sammen bidra til å utvikle «psykt» gode helsetjenester som er mest mulig trygge og nyttige for alle som trenger det.

Vi vil jobbe for at hovedstaden skal være «psykt» bra i førersetet i fremtiden, og vil at hovedstaden skal være ledende i landet med gode psykiske helsearbeidere, og ledere.

AINA STENERSEN,
UTVALGSLEDER I HELSE- OG
SOSIALUTVALGET (FRP)



GEIR SVERRE BRAUT

BRAUT er seniorrådgiver ved Forskningsavdelingen ved Stavanger universitetssjukehus, professor i helsefag ved Høgskulen på Vestlandet og utredningsleder i Statens helsetilsyn.

Dobbelt nysgjerrigheit, og vel så det

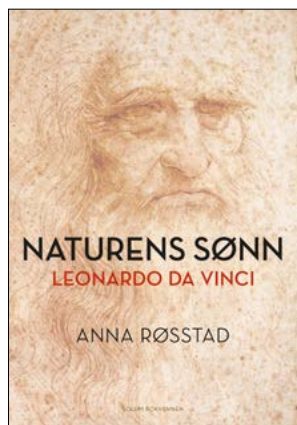
Denne boka fanga interessa mi ganske umiddelbart då eg såg henne i hylla i bokhandelen. Leonardo er jo ein interessant person, men det er skrive mykje om han. Attpåtil tykkjer eg at eg veit ein del om livet og verksemda hans. Det var såleis ikkje nysgjerrigheit til han som trigga interessa mi. Hovudgrunnen til at eg tok fram boka, var nok at det var ei fin bok.

Solid innbinding; ei slik som toler å ligge i ryggsekken når ein er på farten. Det trong eg nett då. Men i og med at det i seg sjølv knapt er nokon aktverdig grunn til å kjøpe ei bok, blei eg ståande i tvil og bla i boka. Teksten flaut lett. Typografien og biletmaterialet stod i stil med teksten. Då blei eg fanga.

Forfattaren skriv på ein måte som innbyr til eiga tenking. Det er mange påstandar og hypotesar, men dei er fremja på ein måte som inviterer til ein slag dialog mellom forfattaren og lesaren. Men ikkje berre det, hovudpersonen Leonardo er også med-verkande i denne «samtalen». Forfattaren stiller stadig spørsmål ved det Leonardo har tenkt og gjort. Dei svara som blir formidla, opnar opp for vidare refleksjon hos lesaren.

Dette er slett ikkje boka som viser «sanninga om Leonardo». Likevel framstiller teksten forteljingar som godt kan vere sanne. Her er det ikkje snakk om «alternative facts» eller «fake news». Utgangspunktet er knallharde fakta, nemleg Leonardos eigne produkt. Forfattaren nærmar seg eit titals maleri, set desse inn i ein samtidig kontekst og nyttar forteljaren sine kunstnargrep for å formidle kunnskapane og fortolkingane sine til lesaren.

Frå starten av gir forfattaren til kjenne sin eigen bakgrunn, si forforståing, på ein ganske så personleg måte, utan å verke påtrengjande. Deretter følgjer ein utfyllande minibiografi om Leonardo. Vekslinga mellom faktisk informasjon og tolkingar er tydeleg. Lesaren er ikkje i tvil om kva forfattaren ser på som faktum, og kva som er tolkingar. Her er det rett nok ganske sparsamt med kjeldetilvisingar. Det kunne eg ha ønskt meg meir av.



ANNA RØSSTAD

NATURENS SØNN.

LEONARDO DA VINCI

Solum Bokvennen, 2019

ISBN 978-82-7488-982-8

179 sider, godt illustrert, og

fin innbinding

NOK 323,-

Den andre veikskapen ved teksten, er at vi finn ein del unødige gjentakningar. Såleis blir det til dømes «overkommunisert» at Leonardo ikkje ville akseptere noko som sant, før han sjølv hadde sett det med eigne augo.

Men legg desse to merknadene til side! Dei er for bagatellar å rekne. Dette er ein flott tekst. Den er eit vitnemål frå ein forfattare med stor nysgjerrigheit. Og Leonardo som forfattaren skriv om, er vel eit av dei mest nysgjerrige menneske historia har kjent. Og ikkje minst får teksten meg sjølv til å bli nysgjerrig, ikkje berre på Leonardo, men på korleis vi arbeider med å finne fram til sanning. Når det nysgjerrige byggjer på det nysgjerrige, nærmar det seg vitskap.

Stundom tenkjer vi at målet for forskning er å finne fram til sanning. Men vegen mot sanninga er slett ikkje rett fram og jamn. Langs den vegen er nysgjerrigheit ei dygd. Historia om Leonardo viser verdien av denne eigenskapen, trass i bindingane frå omgivingane. Denne boka viser også korleis ein nysgjerrig forfattar i vår tid kan opna for nye forståingar og mulige tolk-

«For meg blei lesinga ein god og nødvendig «repetisjon» av grunnleggjande vitskapsteori.»

ingar av fakta som er over eit halvt tusenår gamle.

Interessa for *multimodale tekstar*, altså tekstar med ord og bilete, er stor i samtida vår. Kan det tenkjast at Leonardo framleis har noko å lære oss her? I pedagogikken snakkar vi stundom om *læringshistorie*, altså korleis kvar og ein av oss har lært. I denne boka avslører forfattaren ein del av si læringshistorie; og nysgjerrigheita står sentralt. Nokon kvar har litt å lære av det, vil eg tru. *Verknadshistorie* er eit omgrep som dei som arbeider med teologi og tekstforskning kjenner godt til. Kanskje nokon kvar av oss som puslar med undervising og forskning burde tenkje meir over kva verknader arbeidet vårt har? Alt dette finn vi materiale om i denne boka.

For meg blei lesinga ein god og nødvendig «repetisjon» av grunnleggjande vitskapsteori. Dei kvantitative elementa manglar, men dei fundamentale spørsmåla knytte til kva vi vel å ha tiltru til, er godt dekte.

Eg har ikkje nemnd noko om eit av gjennomgangsemna i boka, nemleg om Leonardo hadde dysleksi. Dei som er interesserte i det, kan finne stoff i ein artikkel som Røsstad har skrive i Tidsskriftet (1). Denne boka byggjer for ein stor del på eit arbeid som forfattaren tidlegare har utgitt på norsk og engelsk (2, 3).

Referansar:

Røsstad A. *Leonardo da Vinci – dyslektiker og geni?* *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2887-90.

Røsstad A. *Leonardo da Vinci. I gåtens form.* Oslo: Solum, 1993.

Røsstad A. *Leonardo da Vinci. The man and the mystery.* Oslo: Solum, 1995.

Styret 2019-2021

LEDER

Kristin H. Hovland 47 90 40 98
Skanska Norge AS
kristin.hovland@skanska.no

NESTLEDER

Aasmund Bredeli, Of 22 11 80 80
Oslo universitetssykehus
aasmund.magnus.bredeli@ous-hf.no

Nina Irene Wiggen, Af
Gransdalen legesenter
ninairenewiggen@gmail.com

Bendik Brinchmann, LVS

Steffen Roth, Namf
Forsvarets BHT
steffen@dinhms.no

Neelam Sarwar Anjum, LSA
Helseetaten Oslo kommune
neelam_haider@hotmail.com

Even Holt, PSL
Moloklinikken
even@moloklinikken.no

Ingvil Schau Ystgaard, Ylf 22 11 80 80
Oslo universitetssykehus
ingvilyk@gmail.com

Aladdin Boukaddour, Nmf
student ved UiO
a.boukaddour@gmail.com

Sohail Aslam, fritt valgt (Af)
Brynklinikken
sohail.aslam@online.no

Jacob Jorem, fritt valgt (Ylf)
Diakonhjemmet
jacobjorem@gmail.com

SEKRETARIAT

Anita Ingebrigtsen 90 17 23 21
Oslo legeforening
anita.ingebrigtsen@legeforeningen.no
Kristin H. Thoresen 47 66 95 92
kristin.thoresen@legeforeningen.no

KURSKOMITÉ

Reidar Johansen
leder
reidar@doctor.com

HELSETJENSETER FOR LEGER

Linda Elise Grønvold
Avdelingsrådgiver
Kjelsås legesenter 22 34 82 00
linda.elise.gronvold@hotmail.com

Gro Bjartveit
Frysja legekontor 22 10 62 10
Avdelingsrådgiver
grobjar@gmail.com

Oslo legeforening er en lokalforening
i Den norske legeforening.



Alle følger nøye med når Anne-Lene Molland fra legeforeningen forteller oss at vi må *Ha en strategi!*

I skrivende stund har vi i Oslo fått flere smittede koronaviruset. Epidemien ble diskutert på styremøtet i februar, hvor vi på grunn av styrets sammensetning kan dele informasjon om situasjonen i byen vår fra arbeidsliv, kommune, studenter og sykehus. På bakgrunn av diskusjonen, sendte styret en mail til Oslo kommune for å oppfordre til god ivaretagelse av helsearbeiderne, for at de skal kunne ivareta pasientene, jmf adressering fra WHO om dette også.

De tillitsvalgte er i aktivitet både på sykehus og i kommunen. Våren er tid for forhandlinger, så mange jobber med forberedende arbeid til dette.

29. januar hadde vi styreseminar, hvor vi bl.a. diskuterte strategi for denne styreperioden.

MØTEKALENDEREN

Mars

23. Møte med tillitsvalgte fra alle bydelene. Nils Kristian Klev, leder i AF, kommer også. Nye medlemmer (blant fastleger) til samarbeidsutvalget (SU) Legevakt velges på møtet.

26. Styremøte

April

22. Møteplass Oslo. Kl. 16.00–20.00. Servering fra kl. 16.00. Tema: Legens rolle i klagesaker – når samarbeidet svikter
Sted: Rødt auditorium, bygg 25 (Laboratoriebygget), OUS Ullevål
28. Styremøte

Mai

18. Styremøte
26.-28. Landsstyremøte på Soria Moria i Oslo.

Juni

18. Styremøte

August

19. Styremøte

25. Årsmøte

September

23. Styremøte

Oktober

29. Styremøte

30.-31. Kurs i Trygdemedisin, Radisson Blu Airport Hotel Gardermoen

November

16.17. Grunnkurs C, Hotel Opera, Oslo

24. Styremøte



Har rusmidler
blitt et problem?

Nå kan du få hjelp til å snakke om det

Legeforeningen, Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) og Trasoppklinikken har opprettet et hjelpetilbud til leger med rusproblemer. Målet er å kartlegge legens ruslidelse og psykiske helse, for deretter å komme med forslag til videre behandling.

Er du lege med et rusproblem, eller er du pårørende til en?

Da kan du ta direkte kontakt med Shahram Shaygani, 920 51 842 / s.shaygani@trasoppklinikken.no eller Anders Gaasland, 924 24 324 / a.gaasland@trasoppklinikken.no.

Henvisning er ikke nødvendig. Dere avtaler konsultasjonstime så raskt som mulig, og du får tilbud om 1 til 5 gratis samtaler ut fra en individuell vurdering. Dekning av reiseutgifter for leger som kommer til samtale skjer etter fastsatte satser.

Om synd og skam

Thorvald Steen har vokst opp med skam, eller en taushet, rundt egen sykdom.

TEKST: KRISTIN HOVLAND

Han har beskrevet egne opplevelser og refleksjoner rundt tausheten om sykdommen i romanene: «Det hvite badehuset» og «Det siste fotografiet». I tillegg til skrivingen, og alt annet han holder på med, har han engasjert seg spesielt for Gaustad i forbindelse med sykehusplanene i Oslo i den senere tiden. Jeg ønsket en litterær tilnærming til psykiatriens utfordringer, og lurte på om han hadde tid til en samtale. Det ble en prat hjemme hos ham, hvor skam var sentralt, men også om Gaustad og Steen sine tanker om psykiatriens manglende oppgjør med sin egen historie.

Thorvald Steen er en travel mann. For tiden leser han gjennom manuset til en bok om seg selv, jobber med Per Maning som lager film om ham (biefekt: filming av utviklingen av sykdommen, kommenterer Steen lakonisk), holder forelesninger, skriver på en ny roman og engasjerer seg i hvordan helsetilbudet til psykiatriske pasienter blir med de foreliggende sykehusplanene for Oslo. Hans engasjement for Gaustad går tilbake til 1974. Da begynte han som pleiemedhjelper på sykehuset. Fra 1976 ble han maler og var hovedverneombud i 20 år. Han har både fagbrev som maler og er cand.philol med hovedfag i idéhistorie. I 37 år har han utgitt bøker.

Siden han var 16, har han visst at han har facioscapulohumeral muskeldystrofi. Han begynner samtalen med å fortelle om legen som fortalte ham om diagnosen og om fastlegen som brutalt krever at han må klare å komme seg ut av sengen for egen hjelp for å fortsette å kunne være hjemme alene når resten av familien er på tur.

– Ja, det er korrekt beskrevet i romanen,

THORVALD STEEN (F. 1954)

- ▶ Debuterte i 1983 og har gjennom et rikt forfatterskap utgitt kritikerroste romaner, diktsamlinger, skuespill, noveller, barnebøker og essays.
- ▶ Hans gjennombrudd kom i 1992 med diktsyklusen *Ilden*, og kort tid etter ble han internasjonalt anerkjent for sine nyskapende historiske romaner, som *Don Carlos* (1993), *Konstantinopel* (1999), *Den lille hesten* (2002) og *Det usynlige biblioteket* (2015). Forfatterskapet har siden *Vekten av snøkrystaller* (2006) vekslet mellom romaner bygget på egne erfaringer og historiske romaner. *Det hvite badehuset* (2017) og *Det siste fotografiet* (2019) er de siste selvbiografiske romanene.
- ▶ Steen har mottatt en rekke priser og utmerkelser i inn- og utland.
- ▶ Bøkene hans er oversatt til 29 språk.

ler han, og sier at fastlegen er en fantastisk lege.

Gjennom årene har han truffet mange leger, i mange sammenhenger, og forteller at de legene han liker best er de som er ærlige om hva de kan og ikke kan, og erkjenner begrensningen som ligger i vitenskapen.

– Vi lærer stadig nye ting. Da kan vi ikke fremstå som vi eier sannheten her og nå. Bare ta min egen sykdom som eksempel: Da jeg fikk diagnosen fikk jeg beskjed om å ta det med ro. Jeg gjorde det motsatte, og var i så mye aktivitet som mulig. Nå viser det seg at jeg gjorde det rette, sier Steen.

Vi gjør et hopp tilbake i tid. Han er jo idéhistoriker og fikk, som den første

ikke-medisiner, være redaktør for 150 års jubileumsboka til Gaustad.

– La meg starte med Gaustad. Det er en fantastisk historie. Legene Major og Sandberg var sentrale i oppbyggingen av sykehuset. De var påvirket av John Stuart Mill. Mill mente bl.a. at kvinnene skulle ha like rettigheter som menn, at fanger kan fungere, at både fengselsvesen og psykiatri skal være humane. Så etablerer de et sykehus hvor de viser at mentale lidelser kan ramme alle klasser og stender. Ved å fremme dette synet, ville de allmenngjøre psykiatrien overfor samfunnet. De ville vise at det ikke er pga et syndig liv eller dumskap at en blir rammet av psykisk sykdom. Det er den meget fattige, norske staten, som i Innlandsdepartementet vedtar å etablere noe av det ypperste innen psykisk helsevern. Arkitekturen og beliggenheten skulle bidra til pasientenes behandling. Gaustad bygges motsatt av hvordan mange andre psykiatriske sykehus ble bygget på den tiden i Europa, som ble bygget mer lignende fengsler, forteller han.

– Dr. Sandberg var en kapasitet med stor kunnskap om ledende tanker i tiden, og med en ekstrem ydmykhet til faget. Ut fra historiske dokumenter ser en hvordan han tenkte og tvilte, og søkte ny kunnskap. Han mente at hvis alle ansatte bidro i behandlingen, ville pasientene bli friske i løpet av 3 måneder. De holdt på med samtalerapi, arbeidsterapi, dans, kalde bad o.l. Det finnes også en god pasientbeskrivelse fra denne tiden: Amalie Skram hadde et opphold på Gaustad før hun var på St. Jørgen i København (beskrevet i bøkene hennes *Professor Hieronimus* og *På St. Jørgen*). Fra Gaustad finnes ingen bok, men noen brev hun skrev til sin venninne på Majorstuen på 1870-tallet. Her forteller



FOTO: TRINE HISDAL / FORLAGET OKTOBER

Skram bl.a. om samtale, forløper til psykoanalysen, det er vennlighet, de spiller bridge sammen om kvelden, og venninnen blir også involvert, fortsetter Steen.

– Disse tankene står i motsetning til de psykiaterne som på samme tid, og senere, ønsker å gjøre psykiatri til naturvitenskap. For å ta det litt kjapt, sier han, så kom medikamentene og ekstremvarianten, lobotomi. Men, det er jo fryktelig nært i tid dette skjer.

Steen fikk innblikk i mange skjebner i den perioden han jobbet på Gaustad. Juklerød-saken var en av de store, offentlige sakene på den tiden.

– Saken ble så stor fordi han gjorde motstand, mener Steen. – Arnold lot seg ikke knekke ved skam.

Juklerød fikk diagnosen kverulantparanoia. Steen forteller at han var så fortvilet i denne perioden, og at han hadde store problemer med seg selv.

– Jeg var opptatt av det umulige i diagnosesystemer for pasientene der jeg selv var hovedverneombud. Jeg hadde selv problemer med skjematenkning i marxismen, og, aller verst, jeg hadde noen år tidligere begått det største overgrepet mot meg selv fordi jeg ville ut av livet. Jeg fryktet denne sykdommen jeg har, så voldsomt. Jeg ble fylt av en lammende angst for å sitte i en rullestol, og det fikk meg på sikt til å gå fra sjokk da jeg fikk diagnosen, til å bli rammet av en enorm selvforakt som gikk over til suicidalitet. På denne tiden var jeg også opptatt av at psykiatrien i Norge ikke skulle være som den i Sovjet, hvor det var en metode til å ta opposisjonelle.

– Den jeg oppsøkte da jeg fikk disse krisene, var filosofen Knut Erik Tranøy, forteller Steen. – Tranøy valgte jeg siden han var engasjert av Legeforeningen i medisinsk etiske spørsmål. (Tranøy fikk bl.a. innført medisinsk etikk som fag på medisinstudiet og etablerte siden Senter for medisinsk etikk red. anm.) Jeg kunne ikke følge forelesningene hans på grunn av malejobben, men ble hans privatelev. Jeg var opptatt av hvordan legene kunne tenke på denne måten. Hvordan kunne de påføre så mange skam, når de visste at ved en diagnose ville de gi livstid, reell livstid straff, uten å være mer bekymret for å dømme feil.

– *Hvorfor er det viktig å snakke om dette, spør jeg. – Hvordan kan vi bruke denne kunnskapen i dag?*

– Bakgrunnen, når det gjelder skam, er hvor sentralt det er for hvordan folk ser på annerledesheten, sier han. – Det samme gjelder jo i mitt eget liv.

Det er kanskje ikke så rart at han vil snakke om dette temaet, som han har kjent på gjennom hele livet.

– *Men, er det allmenngyldig?*

– Ja, svarer han bestemt.

Han har fått mange henvendelser etter at bøkene kom ut, fra folk som forteller om skam i egne liv og skam som strekker seg generasjoner tilbake. Det vrirler av denne type skam som går på at man har foraktet seg selv og sine forfedre.

– Veldig mye er skam, og det faller utenfor både somatikken og psykiatrien, sier han. – Det viktige her er jo synet på annerledes måter å tenke på. Det er hvis en faller utenfor at skammen kommer så utrolig raskt inn. Og hvis du blir lammet av skam er du et lett bytte – for overgrep. Rett og slett, sier Steen.

Han mener at psykiatrimiljøet aldri har tatt et filosofisk oppgjør med de vanskelige sakene fra denne perioden. Det viktige er at en tar et vitenskapelig, eller metodisk oppgjør, for å lære, mener han. – Vi må tørre å diskutere dette for å komme videre på en god måte. Han nynner «Det er høl i gjerdet på Gaustad», og kommer inn på hvordan dette uttrykket brukes om de psykiatriske institusjonene over hele Norge. Det understreker en så stor skam som er belagt med det å komme på en psykiatrisk institusjon. Han sier nesten insisterende:

– Og når jeg sier alt dette er det viktig å huske på at jeg ikke er anti-psykiatri, tvert imot, jeg mener det er mer behov for det enn noensinne. Vi trenger gode behandlingssteder, og mange nok sengeplasser, til dem som trenger det. Folk blir ikke friskere. Det blir flere syke, og da er det så viktig at det er en åpenhet rundt dette. Og, jeg tror dette vil lindre skammen, at en innenfor dette faget, akkurat som alle andre fag, innrømmer at en tok feil.

Han beskriver hvordan han selv synes det er så fruktbart når han bruker essayistiske effekter, fra essay – å forsøke, forklarer han, «for å forstå meg eller min

mor eller min bestemor, eller min far – som adlød skammen».

Vi er tilbake i hverdagen. Oslo by skal være en by som forebygger psykisk uhelse og ivaretar dem med psykisk sykdom. Med en statsminister som offentlig fortalte om psykisk sykdom, hvor er tabuene i dag?

Steen utbryter: – Hvis du ikke har et kjent navn, må du ikke finne på å si at du har psykiske problemer.

Han kommer med et tenkt eksempel og sier at hvis en person har kjørt en bil inn i resepsjonen på Grand, og etterpå skal i et jobbintervju og sier at joda, det skjedde, men nå er jeg frisk som en fisk. Da får du ikke jobben. Du selv er så skamfull, og de andre tenker at dette mennesket er ikke til å stole på, eller dette mennesket er farlig, det kan få tilbakeslag. Jeg har ingen grunn til å moralisere over dette, påpeker Steen. Og så bringer han inn begrepet SAMFUNNSBLIKKET. Det er et begrep han bruker selv, og han forteller at da han fikk diagnosen tok han med en gang *samfunnsblikket om den som er annerledes*. Han beskriver skam som det innerste molekylet i *annerledesheten*.

– Fordi du er annerledes enn den riktige hudfargen, du er annerledes enn det tobeinte, du har en adferd som er annerledes og det gjør at du ikke er sånn som du skal», sier han, slik at jeg nærmest merker hvordan han har opplevd annerledesheten selv.

– Ikke fortell meg, sier han, at et ungt menneske som endelig har klart å få en jobb og som har en alvorlig sykdom, kan være fullstendig åpen om dette. Skam styrer både arbeidsgiveren og den unge, nervøse arbeidstakeren som ikke tør fortelle hele historien. Men gjetten om en arbeidsgiver ville fått mye mer tilbake ved å vise ærlighet og sjenerøsitet overfor en ung lege eller bilmekaniker som er ærlig. Det ville blitt en styrke i veldig mange sammenhenger.

Han forteller at han nylig holdt en forelesning på en samling for 35 sogneprester, om «synd og skam». Han antyder at moderne leger vil si at det ikke er relevant i dag.

– Men, saken er den at prestene som tar seg av alle dem som faller utenfor, de hører om dette hele tiden, utbryter han. – Min

Jeg er en lykkelig mann, jeg er utrolig privilegert. Jeg er blidere og muntre og har mer sans for komikk og humor enn de fleste jeg kjenner som er såkalt vellykkede.

mor og min bestemor var ikke religiøse, men hadde likevel fått overført holdningen om at denne arvelige sykdommen var knyttet til synd og skam på grunn av fryktelige ting som var gjort i familien i fortiden.

Steen sier at i hans tilfelle var det jo så konkret: nevrosyfilis.

– Hva i heiteste er det, spør han ut i luften. Det var *skammelig*.

– De gikk som fulle folk. Jeg ble jo også nektet å komme inn på utesteder på grunn av gangen min, men jeg kunne jo fortelle at jeg har nevrologisk sykdom.

Og da var vi plutselig over i sammenhengen mellom skam både i somatikken og psykiatrien.

– Jeg blir av og til bedt om å snakke med mennesker som nettopp har fått en alvorlig diagnose, forteller han. – Det har slått meg at det som plager disse unge, helt unge menneskene, mest, det er skam.

Selv fikk han diagnosen i 1971. Tilfeldighetene ville det at onkelen fikk diagnosen omtrent på samme tid, på samme sykehus, men den gangen kjente han ikke engang til at han hadde en onkel. Både onkelen og bestefaren ble forsøkt hemmeligholdt av moren, og Steen fikk først vite om dem like før hans egen 60-års dag.

– Det å få en slik diagnose i ung alder er voldsomt. Samtidig er det som sykdommen handler om, så marginalt i livet, sier han.

– Men, når en er 20 år og merker at kroppen endrer seg voldsomt, er det heftig. Det jeg kan bidra med da er å snakke om filosofi. Da snakker jeg med dem om: Hva er verdier? Hva kan du som andre ikke forstår? Hva er det som er det særegne ved å få en kronisk diagnose som ung. Jeg forsøker å få dem til å tro på at hvis de master denne fryktelige perioden de er i nå, kan de faktisk på noen områder bli sterkere enn den som får en alvorlig kronisk diagnose som gammel. For det er jo når en er gammel at en skal bli syk... Og skam blir ikke fanget opp av leger eller

andre helsearbeidere. Han påpeker igjen at han ikke har grunn til å moralisere, for de gjør så godt de kan og *skam* passer ikke inn i tidsskjemaet. Men, da må vi i hvert fall akseptere at dette er et problem, eller så kommer vi ikke videre med dette, sier Steen.

Han vet han er privilegert. Han sier han ler fryktelig mye av rare situasjoner. Aner jeg en liten drøm når han sier at han tror John Cleese og han kunne laget mye moro sammen? Han ler bare han tenker på Cleese sin «silly walk». Så sier han alvorlig: – Den ser jeg på når jeg er trist. Og hvis han mister noe på gulvet, tenker han på Atle Antonsen sitt sinnemestringskurs, for, som han sier, da er det jo sånne akrobatiske øvelser. Og så viser han hvordan det *ikke* er så lett å plukke opp noe når en sitter i en stor rullestol.

Disse bruddstykkene av historier vi har vært innom i samtalen, hvordan kan vi bruke denne kunnskapen til å bli bedre, spør jeg.

– Vi må tørre å gå inn i hvert enkelt menneskes liv, mener han. – Noen har religiøs tro, andre har andre verdier.

Han ber av og til folk liste opp de positive og negative egenskapene sine.

– Hvilke av disse positive og negative sidene styrer ditt liv? Hvis vedkommende ramser opp 17 positive egenskaper, ja, så er det et menneske som er ekstremt heldig. For de fleste er det dessverre omvendt. Mennesker med alvorlig sykdom nevner ofte flere negative enn positive sider ved seg selv. De skammer seg for alt fra utseende til omdømme og har en grenseløs frykt for fremtiden. Og da kan vi ikke bare snakke om empowerment, og «bit tenna sammen», se blid ut, utbryter han. – Da må en virkelig jobbe med empati og innsikt. Det krever både energi og ressurser.

Han ønsker seg opplegg lignende hospits for «levende mennesker», som han sier. Selv om han brukes til å snakke med

pasienter, ønsker han ikke «å være den lykkelige historien som tjener penger selv». Han er klar over at han har noen forutsetninger som ikke alle har.

Arbeidsgivere må legge forholdene til rette for åpenhet og ta vare på de ansatte.

– Det er jo ikke sånn at hvis en er raus så får en fullt av nervevrak. Det som er sikkert er at du får et nervevrak hvis du lukker til alt, sier Steen.

– Skam handler om annerledeshet og svakhet. Det er lettere for oss å komme over verdenskriger enn å komme gjennom skam, utbryter han. – Arvesynden?, bryter jeg inn. – Ja, nettopp, svarer han. – Synet på annerledeshet når det gjelder sykdom, pest, psykiatriske diagnoser. Det er «dette hølet i gjerdet...»

– Så skammen er der, og jeg kan ikke skjønte at den er svekket i dag, sier han.

– Den tar bare nye former. Skam «faller utenfor» i helsearbeidet, selv om det kanskje er den mest utbredte av alle sykdommer, rett og slett. Og den er i enhver betydning utbredt, for den rammer både innenfor somatikk og psykiatri. Og ikke minst innenfor alle gråsonerområder imellom.

Han er innstendig når han sier: – Vi får stadig ny kunnskap, men vi kan fortsatt gjøre feil. Vi må diskutere det når vi er usikre, og ikke være skråsikre, for det er anti-intellektualisme og aktivitenskapelig å presse gjennom ting når du er usikker.

Han nevner hvordan medisinen har blitt drevet fremover: hvordan en tidligere i somatikken ikke snakket om tarmar, hvordan obduksjon var forbudt, om leger som måtte bøte med livet fordi de opererte. Vi vet for eksempel at mange sykdommer som vi tidligere ikke kunne noe om, og som var forbundet med stor skam, nå er «vanlige» nevrologiske sykdommer.

Han avslutter med å si: – Vi har alt å vinne på å legalisere og samtale om skam knyttet til alle former for sykdommer, og det er alt å tjene på det.

Så fyker han av gårde i sin rullestol. ■

Returadresse:
Oslo legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

