

Innlegg fra Klassekampen februar-mars 2024

Høyre er veldig opptatt av psykisk syke. Helt til de blir uføre.

Blå resept

FOKUS Mímir Kristjánsson (Stortingsrepresentant for Rødt) [14. feb.](#)

Nylig slo Høyres nestleder Henrik Asheim fast til NRK: «Vi bør rett og slett si at det ikke er lov å uføretrygde mennesker under 30 år» – før han valgte å moderere seg. Det finnes nemlig *noen* mennesker under 30 år som Høyre mener fortjener en uføretrygd. Det er de som ifølge Asheim er uføre av en «åpenbar grunn», for eksempel som er «født ufør».

Her er det på sin plass med litt folkevalgtopplysning. For det første blir ingen født ufør. Uføretrygd får man tidligst det året man fyller 18. For det andre har absolutt alle uføre minst én åpenbar grunn til å være ufør, nemlig at de har fått et vedtak fra Nav om at de ikke kan jobbe. Dette vedtaket blir gjort av fagfolk i samråd med lege eller psykolog.

Hvem er det Henrik Asheim og Høyre mener når de snakker om dem som er uføre uten åpenbar grunn? Det er de som er psykisk syke. Eller, ikke alle som er psykisk syke. De som er født med psykisk utviklingshemming, har selvfølgelig en åpenbar grunn til å være uføre (så de kan visst samfunnet gi opp). De andre har Høyre sin egen blå resept for: «Når den viktigste årsaken til at unge blir uføre er psykiske lidelser, trenger de aktivitet og jobb, ikke at samfunnet gir dem opp», skriver Asheim om sitt eget forslag i Dagens Næringsliv.

Å skjære alle psykisk syke over én kam på denne måten er ikke bare dumt, det kan også være farlig. For å bli ufør med psykiske lidelser holder det ikke å gå til psykolog en gang iblant for å snakke om noe man sliter med. Det må ligge en ganske alvorlig diagnose i bunn. Vi snakker om schizofreni, tunge depresjoner, personlighetsforstyrrelser eller bipolare lidelser.

Det store flertall av psykisk syke har selvfølgelig godt av arbeid, fordi de ikke er i nærheten av å være uføre. Hvem som har godt av arbeid, bør imidlertid ikke avgjøres av Høyres programkomité som roter rundt på tenkeloftet.

«Høyres resept er alternativ medisin i sjaman Durek-tradisjon»

Å trekke et skarpt skille mellom psykisk og fysisk sykdom slik Høyre gjør, vitner om holdninger jeg trodde vi var ferdige med. Som partiet selv skriver på sine nettsider: «Psykdom er også sykdom. Om du sliter psykisk skal du være like trygg på at du får like god hjelp som du ville fått om du brakk foten.» Gjelder dette virkelig bare fram til den psykisk syke møter opp på et Nav-kontor? Hvorfor skal psykisk sykdom tas på alvor i helsevesenet, men aldri i trygdesystemet?

Asheims forslag er motivert av to skumle utviklingstrekk. Det første er en vekst i antall unge som sliter psykisk. Disse problemene løses ikke ved å frata samtlige psykisk syke under 30 år uføretrygden med et pennestrøk. Vi må se på årsaken til veksten i psykiske plager, som økt utseendepress og den voldsomme bruken av skjerm i skolen og andre steder. Rask og riktig psykisk helsehjelp er også sentralt. Dette virker det som Høyre forstår så lenge vi snakker om helse. Men så fort vi snakker om trygd, er plutselig alt glemt.

Det andre Asheim er redd for, er veksten i antall unge uføre. Hva kommer denne veksten av? Her kan Asheim lytte til sin partileder Erna Solberg. I sin bok «Veien videre» (2023) skriver hun at den såkalte doblingen av unge uføre i hovedsak skyldes omlegging av stønader eller at flere med alvorlige diagnoser overlever lenger på grunn av medisinsk utvikling. Lavere dødelighet trekker også Nav fram som en hovedårsak til «trygdebølgen» blant unge.

Er det noe å slå alarm for at medisinske fremskritt fører til at flere vokser opp og lever lenger? Å bruke fremskrittene som argument for å frata unge uføre med psykisk sykdom økonomisk trygghet, er ikke bare misvisende – det er ganske nedrig.

Det er åpenbart fint om unge uføre blir friske og kommer seg i arbeid. Men i denne sammenhengen er Høyres resept alternativ medisin i beste sjaman Durek-tradisjon. Ingen blir friskere av å miste inntektssikringen. I stedet ligger svarene i bedre medisinsk behandling og økt tilrettelegging i arbeidslivet. Da må vi legge bort lettvinde og lite gjennomtenkte forslag av den typen Henrik Asheim kommer med. Første bud kan være å bli enige om at psykisk sykdom også er ekte sykdom.

Det er ikkje individet som er sjukt. Det er realitetane som er problemet.

Psykiske plager er ikkje sjukdom

PSYKISK SJUKDOM Trond F. Aarre [20. feb.](#)

Illustrasjon: Knut Løvås, knutlvas@gmail.com

I Klassekampen for 14. februar skriv Mímir Kristjánsson med dei beste intensjonar at «Første bud kan være å bli enige om at psykisk sykdom også er ekte sykdom». Dei som har psykiske vanskar skal bli møtte med respekt, omsorg og den hjelpa dei treng. Men psykiske plager er ikkje sjukdomar, og dei *liknar* ikkje ein gong på sjukdomar. Tanken om at plagene er sjukdomar, har ført til mange av dei alvorlege problema som psykisk helse-feltet slit med. Utan ei rettare forståing av dei psykiske vanskane sin natur, vert problema ubotelege.

PSYKISK HELSE

- Til tross for sterk auke i depresjonsbehandling vert det ikkje mindre depresjon i folket, skriv Trond F. Aarre i denne teksten. Han meiner det skuldast at det oftast ikkje er sjukelege prosessar som har ført til plagene.
- Han meiner at ved å kalle psykiske plager for sjukdom gjer vi samfunnsskaptede onde til individuelle problem.
- Trond F. Aarre er avdelingssjef ved Nordfjord psykiatrisenter, Helse Førde HF.

For den politiske venstresida er det særleg maktpåleggjande å unngå mistydingar om kva psykiske plager er og ikkje er. Ein rimeleg definisjon av sjukdom inneber at det er noko unormalt med den det gjeld. Dersom vi definerer noko som sjukdom, seier vi dermed at det er individet det er noko galt med, og ikkje omstenda som førte til plagene. Psykiatrisk diagnostikk risikerer difor å individualisere sosiale problem og følgjene av påkjenningar ein vert utsett for. Slik kan diagnostikken verke tilslørande og kamuflere makttilhøve som det er venstresida si oppgåve å påpeike og utfordre.

Den feilaktige tankegangen om psykiske plager har ført til ein rad problem som eg skal gå inn på nedanfor. Men fyrst meir om kvifor plagene ikkje er å sjå på som sjukdomar.

Den psykiatriske diagnostikken, som skal påvise sjukdomar, slit med å skilje «sjukdom» frå normalitet og den eine «sjukdomen» frå den andre. Kvar ny utgåve av diagnosemanualane senkar terskelen for å få diagnosar og innfører stadig fleire måtar å vere psykisk «sjuk» på. Dei ferskaste døma er epidemiane av autisme og ADHD, som spring ut av endringar i diagnosekriteria, ikkje i den reelle førekomsten av plagene. Det som før var normal variasjon, vert no definert som individuelle avvik.

Ein eineståande studie frå New Zealand har følgd eit årskull fødd på 1970-talet med ni strukturerte, diagnostiske intervju (Caspi mfl., JAMA Netw Open 2020). Dei fann at 86 prosent av personane hadde hatt minst ein psykiatrisk diagnose før dei fylte 45. Av dei som hadde ein diagnose, var det 85 prosent som hadde to eller fleire. Slik diagnosemanualane utviklar seg, verkar det uunngåeleg at dette talet snart stig til 100 prosent.

Når alle eller det store fleirtalet er sjuke, kan ein spørje seg kva som er normalt. Dei store genetiske studiane som skulle vise oss kva genetiske avvik som låg til grunn for dei psykiske «sjukdomane», har i staden vist oss at det genetisk sett ikkje gjev mening å skilje mellom «sjuk» og «frisk». «Sjuke» skil seg ikkje frå «friske» i plagene sin art. Det er berre snakk om gradsskilnader. Difor er det meir nærliggjande å spørje kor deprimert du er på ein skala frå 0 til 10 enn å spørje om du er deprimert eller ikkje. Ei «psykisk lidning» er altså ikkje ein ting du kan «ha». Difor gjev det heller ikkje stor mening å skulle påvise slikt gjennom omfattande kartlegging og utgreiing, slik me øyder mykje tid med i helsetenesta i dag. Ei psykisk lidning er faktisk ikkje noko som finst inni ein person.

Robert Plomin samanfatar i boka «Blueprint» (2018) den genetiske forkinga sine resultat i slagordet «Abnormal is normal» og insisterer på at det ikkje finst psykiske

lidingar du kan diagnostisere, ingen du kan helbrede. Det gjev, seier han, inga meining å ta stilling til om nokon har eller ikkje har ei «psykisk liding», for det finst ikkje noko slikt.

I tillegg viser studiane at gena som aukar risikoen for til dømes ADHD, også aukar risikoen for å få mange andre psykiske plager. Dette var noko nær det motsette av det ein hadde venta. Det tyder ikkje på at ein diagnose er knytt til underliggjande årsaker som skil dei frå andre «psykiske lidingar». Det er verd å presisere at ingen forsøk på å påvise underliggjande biologiske avvik eller dysfunksjonar har ført fram. Etter 100 års forskning er det framleis ikkje semje om ei felles underliggjande årsak til noka «psykisk liding».

At ein til no ikkje har funne nokon underliggjande biologisk årsak til psykiske lidingar, er ikkje det same som at det ikkje finst slike årsaker. Men det tvingar fram dette spørsmålet: kor lenge skal vi leite i ein høystakk etter ei nål som kanskje ikkje er der? Eg meiner at 100 år burde greie seg.

Den som hevdar at ein medborgar er sjuk, må sjølv ta ansvaret for å prove det. Når ingen til no har greidd dette, verkar det rimeleg å konkludere med at:

- Diagnostikk på bakgrunn av plagene folk presenterer, er vilkårlig. Til skilnad frå medisinen elles, set den oss ikkje på sporet av underliggjande patologiske prosessar som er felles for dei som får same diagnose.
- I fråvær av felles, underliggjande patologi verkar det søkt å kalle plagene for «sjukdom». Ordet sjukdom er alltid knytt til ein påstand om at personen ikkje er normal. Så lenge det ikkje er vist kva det unormale ev skulle bestå i, er det tryggast å gå ut frå at personen er normal.

Å omtale psykiske plager som sjukdom kan ha negative verknader. Den tradisjonelle psykiatriske behandlinga tek sikte på å kurere pasienten frå den underliggjande sjuklege prosessen som fører til plagene. Så lenge det ikkje er påvist slike sjuklege prosessar, er det å vente at slik behandling ikkje alltid fører til målet. Den storstilte utbygginga av tenester har ikkje ført til nokon tilsvarande nedgang i plager eller betring av folkehelsa. Til dømes viser Ormel mfl. at det trass i sterk auke i depresjonsbehandling ikkje vert mindre depresjon i folket (Clin Psychol Rev 2022). Dette tyder på at nytten av behandlinga vert overvurdert og at effekten ein ser i vitskaplege studiar ikkje utan vidare kan overførast til kvardagen.

«Den storstilte utbygginga av tenester har ikkje ført til nokon tilsvarande nedgang i plager»

Behandlinga av psykosar er ikkje meir oppløftande. Nevroleptika, som skal korrigere ein postulert nevrokjemisk ubalanse ved psykose, er mykje mindre effektive enn mange trur. Til dømes viser den til no største samleanalysen at berre 23 prosent av dei som tek midla, har «god effekt», jamført med 14 prosent av dei som tek placebo (Leucht mfl.,

Am J Psychiatry 2017). Dette tilseier at vi må behandle elleve pasientar for å få ein ekstra suksess jamført med om alle fekk placebo.

Det er sjølvsgagt mange som får god hjelp i dei psykiske helsetenestene. Grunnen til det er sjeldan at ein finn fram til spesielle tiltak som korrigerer nokon underliggjande defekt i pasienten. Det meste av betringa vert forklart av kontekstuelle og relasjonelle tilhøve, som har lite og ingen ting å gjere med at pasienten har ein sjukdom som berre kan helbredast på heilt bestemte måtar.

Dersom pasientane i psykiske helsetenester er sjuke og må få hjelp som korrigerer underliggjande sjuklege prosessar, er det nærliggjande med ein-til-ein behandling på eit kontor. Når snart 100 prosent av folket har eller har hatt ei psykisk lidning eller eit rusproblem, må det vere innlysande at vi korkje har folk eller pengar til å tilby alle slik hjelp, ikkje no og ikkje i framtida heller.

Dette ser vi til dagen over heile landet. Trass i at Noreg er det landet i verda som har flest psykiatrar per innbuar, er det mangel på dei i alle helseføretak. Sjølv om vi har svært godt finansierte og folka tenester, klager dei aller fleste på ressursmangel. Svaret på problema våre er alltid meir ressursar, meir behandling, meir psykiatri.

Ved å definere nokon som sjuke og andre som friske, opprettar vi kunstige skilje mellom «oss» og «dei». Det er det ikkje sakleg grunnlag for. Tankegangen fremjar gruppetenking som tillegg dei «sjuke» negative eigenskapar, mindre sjølvstende og nedsett evne til å treffe gode avgjerder om seg sjølve og egne liv. Dette byggjer opp under ulikskapen i makt vi ofte møter i helsetenesta. I verste fall kan det føre til både formell og uformell bruk av makt og tvang.

Ein har meint at det vert mindre stigmatisering når ein hevdar at psykiske lidningar er sjukdomar som alle andre. Forskinga viser oss diverre det motsette. Folk får meir, og ikkje mindre, fordomar når psykiske plager vert forklart som hjernesjukdom.

Ved å hevde at individet som er plaga, er sjukt eller defekt, flyttar ein merksemda frå det som forårsaka vanskane til dei plagene det førte til. Dei mest groteske eksempla på korleis denne tankegangen slår ut, er kanskje at problematiske veremåtar forårsaka av overgrep i barndomen vert diagnostisert som «personlegdomsforstyrning». Eller at dei psykiske skadane ein får under krigshandlingar, vert definert som sjukdomen PTSD og vert forklart som ein hjerneforstyrning (slik det stod på heimesidene til Det kvite huset under Obama-administrasjonen). Her ser vi korleis ein ikkje berre individualiserer, men òg biologiserer, samfunnsskapte vonde.

Psykisk skadde veteranar kan med ein viss rett hevde at det sjuke er å sende dei ut i moderne krigføring – og ikkje dei naturlege psykologiske konsekvensane av å - medverke til industrialisert drap og destruksjon.

Fattigdom, seksuelle overgrep, rasisme og diskriminering er mellom dei mange årsakene til psykiske plager. Dette er realitetar, ikkje ein tilstand i di sjel. Av og til er

det disse realitetene som er problemet, ikkje at folk har eit sentralnervesystem som får det med seg. Folk som reagerer normalt på dei påkjenningane som livet gir, bør sleppe å få høyre at dei er sjuke. Om det er aldri så godt meint, så er det ei tilleggsbelastning som dei må bli spart for. Diagnostikken kan, i verste fall, fungere som eit psykiatrisk *cover-up* ved at me læst som om det ikkje er omgivnadene det er noko i vegen med, men den som vert råka av motgangen. Vi må slutte å spørje folk kva dei feilar, og heller spørje kva som har hendt med dei.

Resirkulert antipsykiatri?

DEBATTPSYKIATRI Kai Østberg (Pårørende i psykiatrien og professor i historie, USN) [22. feb.](#)

I Klassekampen 20. februar erklærer Trond F. Aarre at psykisk sykdom ikke finnes, bare psykiske plager. Underveis i artikkelen legger han fram mye berettiget kritikk mot sykelliggjøring, overdreven medisinbruk, utvidelse av diagnosespekteret og individualisering av ansvaret for egen lidelse. Desto mer synd at han går til den motsatte ytterlighet og kjører seg fast i en ensidig kultur- og samfunnsorientert forståelse av psykiske lidelser. Aarre ender opp med «fattigdom, seksuelle overgrep, rasisme og diskriminering» som de eneste årsakene det er verdt å dvele ved.

«*Psykisk lidelse er ikke et enten-eller*»

Dette lanserer han som en nyhet som skal vekke venstresiden. Men er ikke dette mest resirkulert tankegods fra halvfordøyd Foucault-lesning og antipsykiatri fra 1960- og 70-tallet? Det Aarre skriver, kan ha gyldighet for lettere psykiske lidelser, som er det letteste å konsentrere seg om hvis man vil slippe unna psykiatriens pinefulle dilemmaer. Noe av problemet er at psykisk lidelse ikke er et enten-eller, men et komplisert samspill mellom psyke og soma, mellom kultur og biologi. Grensene mellom sykdom og sunnhet har derfor flyttet seg gjennom historien, på samme måte som grensen mellom sant og falskt og normalitet og galskap. Men at disse grensene er bevegelige betyr ikke at de er uvesentlige for menneskelige samfunn, eller noe vi kan greie oss uten. Evnen til å forstå og respektere grunnleggende sosiale konvensjoner og etablerte sannheter er helt nødvendig for å navigere i samliv med andre mennesker. Denne evnen er avgjørende svekket hos dem med de mest alvorlige psykiske lidelsene, uvisst av hvilken grunn. Traumer kan forårsake en slik forvirring. Men at det også kan finnes en annen, mer organisk rot er åpenbart for de av oss som har levd tett på og er glad i et menneske med en alvorlig psykisk lidelse. Hva vinner man på å si at dette ikke er sykdom? Det kan jo gjøre det lettere å gi foreldrene skylden for noe som først og fremst er et resultat av det genetiske lotteriet. Men man tryller ikke dermed vekk det underliggende problemet.

Aarre vil være progressiv og venstreorientert. I realiteten inngår hans retorikk i en uhellig allianse mellom høyresidens individualisme, privatiserings- og sparepolitikk på den ene side og venstresidens undertrykkelsesparadigme og ensidige sosiale forklaringer av psykiske lidelser på den annen. Den alliansen har bidratt til at antallet psykiatriske døgnplasser nå er bygget ned til 20 prosent av kapasiteten man hadde på

midten 1970-tallet, en nedbygging som lenge skjedde praktisk talt uten offentlig debatt. Det er et kort skritt fra å si at psykisk sykdom ikke finnes til å si at de sykeste pasientene ikke finnes. Da trenger man jo heller ikke noe levedyktig tilbud til dem.

Svar til Østberg

DEBATT PSYKIATRI Trond Fjetland Aare (Avd.sjef Nordfjord psykiatrisenter, Helse Førde HF) 23. februar

Kai Østberg har innvendingar til at eg ikkje vil kalle psykiske plager for sjukdomar. Eg takkar Østberg for høvet til å utdjupe kva eg meiner. Me er nok samde om mykje. Det er me ikkje om det avgjerande spørsmålet, som er kva psykiske plager har med sjukdom å gjere.

Merknadene hans om «halvfordøyd Foucault-lesning og antipsykiatri» er usaklege. Spørsmålet er ikkje kva eg har lese og eventuelt fordøyd, men korleis saka står reint sakleg. Det spørsmålet let seg best avklare gjennom *argumentasjon*, som Østberg i nokon grad avstår frå.

Østberg hevdar at det er «åpenbart» at «det også kan finnes en annen, mer organisk rot». Kvifor dette er openbert, skriv han ikkje noko om. Han skriv heller ikkje noko om kvifor hundre års forskning ikkje har påvist dette openberre. Alvorlege psykiske plager kan *sjå ut som* om dei har eit biologisk opphav. Men vitskapen kan ikkje nøye seg slike inntrykk. Til no har ein ikkje greidd å påvise kva desse årsakene eventuelt skulle vere. Der står saka reint vitskapleg, uansett kva Østberg eller eg måtte meine.

Østberg har naturlegvis rett i at biologiske tilhøve er relevante for å forstå kvifor nokre personar får psykiske plager og andre ikkje, og kva form slike plager eventuelt får. Den biologiske variasjonen det her er snakk om, skil ikkje sjukt frå friskt men framstår som normalvariasjon.

Østberg meiner eg vil «slippe unna psykiatriens pinefulle dilemmaer». Nokre tiårs arbeid på fagfeltet får meg til å lure på akkurat kva han tenkjer på her. Eg har møtt mange med alvorlege plager, men har til gode å sjå kva hjelp det ville vere for dei at eg på sviktande fagleg grunnlag definerte dei som sjuke – og dermed som unormale.

Om eg forstår Østberg rett, meiner han at me ikkje kan greie oss utan skiljet mellom sjukt og friskt. Mon det? Det er fullt mogleg å ta vare på medmenneske som har det vanskeleg utan å definere dei som sjuke, og alle andre funksjonar diagnostikken har (som til dømes andsynes Nav og strafferetten), kan godt løysast utan sjukdomsogrep.

Det er ikkje godt å vite kva ein skal leggje i «en uhellig allianse mellom høyresidens individualisme, privatiserings- og sparepolitikk (...) og venstresidens undertrykkelsesparadigme» og at denne alliansen har ansvaret for nedbygging av

døgnplassar. Eg uttaler meg ikkje om døgnplassar, og nedbygginga har skjedd medan det biomedisinske paradigmet har styrka posisjonen sin i det psykiske helsevernet. Eg uttaler meg berre om kva me skal leggje i omgrepet «sjukdom» og om nokre av dei følgjane det får når ein feilaktig definerer medborgarar som sjuke.

Hva er psykisk sykdom?

DEBATT Randi Rosenqvist (Psykiater) [24. feb.](#)

Det er ikke helt lett å forstå min kollega Trond Aares argumentasjon om psykiatri i en Med andre ord-tekst 20. februar og så i tilsvar til Kai Østberg 23. februar. Jeg er enig med ham i at det er mange som har psykiske plager, som ikke er syke av den grunn. Kanskje vi i dag benekter at livet i seg selv kan være psykisk plagsomt og dette er noe vi må leve med og forsøke å mestre. Men det at det ikke skal finnes psykisk sykdom, det forstår jeg ikke.

Det er en del mennesker som er så psykisk syke at de ikke kan ta et autonomt ansvar for seg selv, men trenger profesjonell behandling og omsorg, og som også kan bli bedre. Mener Aarre at denne psykiske funksjonssvikten ikke skal kalles sykdom, fordi vi enda ikke vet nok om hjernefunksjonen? Når det gjelder for eksempel de alvorlige sinnslidelsene, vet vi ganske mye om forekomst, symptomer, behandling og om rehabilitering. Jeg tenker at det er en fordel å kalle det sykdom på samme vis som andre alvorlige sykdommer. Og de syke har behov for helsehjelp.

Når psykiatripolitikken benekter sykdom

DEBATT PSYKIATRI Kai Østberg (Professor i historie, USN Handelshøyskolen)
1. mars

I sitt tilsvar 23. februar etterlyser Aarre vitenskapelige argumenter hos meg. Tvillingstudier viser at alvorlige psykiske lidelser har en klar genetisk komponent. At vi kan fastslå dette selv om vi ikke kan lokalisere komponentene nøyaktig, kan sammenlignes med at vi ikke kan observere atomer i mikroskopet. Men vi kjenner virkningene av en kjernefysisk reaksjon. Deri ligger det åpenbare. Å insistere på ordet «normalvariasjon» er å sminke vekk den erfarte realiteten blant alminnelige mennesker, inkludert pårørende. Vi skaper ikke større aksept for psykisk lidelse på denne måten. Når ikke sammenbrudd i realitetssansen er mental sykdom, da er vel ingenting det? Hvorfor ikke like godt regne kreft og tuberkulose som normalvariasjoner? At alvorlig mental sykdom ofte er vanskelig å kurere, gjør det ikke til mindre av en sykdom i sine

virksomheter. Er det en så stor skam å være syk at vi ikke kan bruke ordet «sykdom» bare fordi det gjelder psyken?

At uttrykket «pinefulle dilemmaer» ikke vekker gjenklang hos Aarre etter mange år i psykiatrien forbauser meg. Enhver psykiatrisk sykepleier vil få assosiasjoner til dette. Har han tilbrakt sitt psykiaterliv tilbaketrasket fra kontakt med pasienter som kan være ustabile, voldelige, provoserende og truende, men som også har sine håp og drømmer og lengsler etter selvrespekt som fortjener å bli tatt på alvor? Hvor mye frihet skal man tillate når det kan innebære selvdestruktivitet eller fare for andre? Kanskje det mest pinefulle dilemmaet.

Aarre har rett i at nedbyggingen har skjedd under et biomedisinsk paradigme. Mer effektiv medisinerings var nettopp et av argumentene for å gjennomføre den, og en viss avinstitusjonalisering var også på sin plass. Andre faktorer medvirket: En av dem er ideologisk betinget undervurdering eller benektning av alvorlig psykisk sykdom. Nå har det gått altfor langt: Alvorlige syke mennesker med utageringsproblematikk sperres inne til et liv i uvirksomhet på sikkerhetsavdelinger, fordi beslutningstakerne har løyet seg vekk fra nødvendigheten av langsiktig sykehusstilbud for noen. Andre utskrives og overlates til seg selv, eller til private botilbud i kommunal regi hvor personalet er uten fullmakter til å bruke makt ved behov, til utslitte pårørende eller til selvmedisinering med rusmidler på gata. Der har politiet fått oppgaven å rydde opp etter en tungpsykiatri som er skrelt til beinet.