Spesialisthelsetjeneste på brukerens arena

En utvalgsrapport til Rådet for psykisk helse

RÅDET FOR PSYKISK HELSE

INNHOLD

Sammendrag

Denne rapporten argumenterer for spesialisthelsetjenester på brukernes arenaer. Utvalget anbefaler at store deler av de tjenestene som i dag er plassert i spesialisthelsetjenesten, slås sammen med det kommunale psykiske helsearbeidet. Dette er tjenester som de fleste steder i landet ytes ved de Distriktspsykiatriske sentrene (DPS). Dagens vanligste DPS-funksjoner og kommunalt psykiske helsearbeid skal til sammen utgjøre morgendagens lokalbaserte psykiske helsearbeid.

Noen psykiske vansker, situasjoner eller hjelpemetoder bør pr. i dag allikevel tilhøre en andrelinjetjeneste. Dette tjenestetilbudet skal gi spesialisert utredning, hjelp til mennesker i akutte situasjoner der de er til fare for seg selv eller andre og hjelp til mennesker med sjeldne eller særlig kompliserte lidelser.

Fremdeles opplever mange brukere mangel på medbestemmelse i møte med hjelpeapparatet. Tilbudet som ytes, er også ofte usammenhengende og oppstykket. Mange får heller ikke hjelp til grunnleggende utfordringer i hverdagslivet fordi tjenestene i for stor grad er sentrert rundt fokus på symptomer og for lite rundt den enkeltes livssituasjon. Utvalget foreslår derfor organisatoriske endringer som må få konsekvenser for både kulturer og holdninger, kunnskapssyn, kompetanse og måter å jobbe på.

Utvalget foreslår
- organisatoriske endringer der store deler av dagens spesialisthelsetjeneste slås sammen med kommunalt psykisk helsearbeid
- å utvikle, styrke og anerkjenne kunnskap og arbeidsmåter som møter brukeren i den livssituasjon og sammenheng vedkommende lever i
- å utvikle og fremme kulturer og holdninger som gir brukere reell innflytelse og medvirkning.

Utvalget har bestått av:

Tor-Johan Ekeland	Professor i sosialpsykologi ved Høgskulen i Volda
Finn Hall	Viseadministrerende direktør i Psykiatrien i Vestfold
Unn Elisabeth Hammervold	Leder for landsgruppen for psykiatriske sykepleiere, rådgiver Kirkens Bymisjon
Lilly Sofie Haugene	Daglig leder for Landsforeningen for pårørende i psykiatrien
Målfrid J. Frahm Jensen	Styremedlem i Mental Helse Sør-Vest, poet, foredragsholder
Brita Kumle	Allmennlege, assisterende kommuneoverlege, Bærum kommune
Kirsten Langset	Advokat, leder av kontrollkommisjonen ved Ullevål universitetssykehus
Solveig Brekke Skard	Direktør for divisjon psykisk helsevern ved Sykehuset Innlandet HF
Lasse Stoltenberg	Psykiatrikoordinator i Lørenskog kommune
Arne E. Vaaler	Avd. sjef ved St. Olavs Hospital HF, avd. Østmarka

Fra Rådet for psykisk helse deltok:

Anne-Grethe Skjerve	Fagsjef og leder av utvalget
Hege Helene Johnsen	Rådgiver
Olav Nyttingnes	Rådgiver

1: Innledning

Det har skjedd store endringer på psykisk helsefeltet de siste 10 årene. Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) innebærer betydelige endringer i tilbudet til mennesker med psykiske lidelser i Norge. Statlige føringer peker ut en retning fra tradisjonell institusjonspsykiatri til lokalbaserte tjenester, fra en passiv brukerrolle til en aktiv deltagende rolle, fra tjenestekjede til samhandlende tjenestenettverk. Dette utfordrer de tradisjonelle måtene å organisere psykisk helsefeltet på, det utfordrer vår forståelse av hva som er god hjelp, det utfordrer kunnskapsgrunnlaget og tradisjonell profesjonstenkning, og ikke minst utfordrer det kulturer, holdninger og maktforhold på psykisk helsefeltet i dag.

Hvilke retninger skal tjenestene til mennesker med psykiske lidelser utvikle seg etter for å nå disse målene? Hvordan utvikle tjenester som gir helhetlig hjelp, og ikke bare hjelp på avgrensede områder? Hvem bestemmer hva som er god hjelp? Hvordan kan vi lage et tjenestetilbud som fungerer slik at mennesker med psykiske lidelser får hjelp når de trenger det, der de trenger det og nettopp slik de trenger det?

På denne bakgrunn nedsatte Rådet for psykisk helse i desember 2006 et bredt sammensatt utvalg for å se på disse utfordringene og mulighetene. Utvalget ble spesielt bedt om å se på spesialisthelsetjenesten, hvordan denne bør organiseres og utøves, og hvordan tjenesteytere samhandler seg imellom og med sine brukere. Utvalget ble videre bedt om å vurdere om de nasjonale føringene for spesialisthelsetjenesten er gode kvalitative mål for framtida. I arbeidet skulle organiseringen av det framtidige tjenestetilbudet vektlegges, og utvalget ble bedt om å gi føringer på hva som er god kvalitet i framtidas spesialisthelsetjeneste.

Utvalget har vektlagt å drøfte hva som kan gjøres for å få et tilbud som har brukermedvirkning som det grunnleggende premiss, og som i mye større grad enn i dag er tilgjengelig, helhetlig og sammenhengende. For mennesker som har så kompliserte problemer at de trenger spesialiserte helsetjenester, er helheten i tjenestetilbudet helt avgjørende for livskvaliteten. Det er derfor ikke mulig å se spesialisthelsetjenesten som en isolert del av helheten i helsetilbudet når vi skal utrede en spesialisthelsetjeneste for framtida.

Rapporten har disse hoveddelene: Kapittel 1 innleder kort om bakgrunn, arbeidsform og medlemmer i utvalget. Kapittel 2 peker på tre problemområder i dagens psykiske helsetjenester som utvalget mener må løses for å skape gode tjenester. Kapittel 3 gjør rede for tre verdier som utvalget mener vil bidra til å løse disse tre problemområdene, og som derfor bør være styrende for utviklingen av psykiske helsetjenester. I kapittel 4 skisseres hovedprinsippene for veien fram mot en ønsket organisering av tjenestene, før vi i kapittel 5 redegjør for utprøving av enhetlig psykisk helsearbeid. Kapittel 6 avslutter rapporten.

[1] St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006

2: Hovedproblemer for brukere i dag

Det er et grunnleggende velferdsgode å kunne leve et godt liv og være innlemmet i det samfunn og den kultur man ønsker å være en del av. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser opplever ofte det motsatte, at de lever på siden av samfunnet, utenfor arbeidslivet og andre kollektive arenaer. Spør man brukere om deres ønsker og behov, etterlyses ofte et godt sted å bo, alminnelig god økonomi, venner og et sosialt liv. Et annet sentralt ønske er å ha mulighet til å være i verdsatte roller i foreningsliv eller arbeidsliv. Samtidig øker erkjennelsen av at psykiske lidelser ikke er noe som bare angår "de andre". Det gjelder deg og meg og våre nærmeste. Opptrappingsplanen for psykisk helse avsluttes i 2008. De store endringene i psykisk helsehjelp, for eksempel ambisjonen om tilgjengelig mestringsorientert hjelp på egne arenaer, er dessverre ennå ikke realisert i tråd med de politiske ambisjonene. Siden 1970-tallet er mange institusjonsplasser lagt ned. Gjenværende institusjonsplasser har flere og kortere innleggelser enn tidligere, og selv med endrede rammer fortsetter deler av tjenestene på samme måte som tidligere. Utfordringer og problemer for psykiske helsetjenester er debattert og dokumentert i større grad og med flere ulike stemmer enn tidligere. Det foreligger en rekke kilder som peker på utfordringer i dagens tjenestetilbud.

Mange av innvendingene brukere har overfor tjenester for psykiske lidelser i dag, ble oppsummert i rapporten "Stykkevis og delt. Om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid":

- Det er vanskelig å få hjelp når man selv mener at man trenger det.
- Når man får hjelp, opplever mange at hjelpen preges av at andre tar beslutninger på sine vegne
- Mennesker i krise eller vansker møter et tjenestesystem som er oppstykket og usammenhengende, der man må fortelle historien sin mange ganger.
- Det kan være vanskelig å forstå hvem som har ansvar for hva.
- Hverdagslivet vies for lite oppmerksomhet, og familien og nettverket blir i for liten grad trukket med i behandlingen.

Manglende selvbestemmelse og opplevde krenkelser

Frihet, selvbestemmelse, verdighet og medbestemmelse er verdier som settes høyt i vårt samfunn. Likevel opplever mennesker med psykiske lidelser at de ikke får nødvendig innflytelse og medvirkning i hjelpen. Mange opplever seg også krenket, blant annet i form av å miste sin frihet i tvungen behandling. Omfanget av tvang og arbeidet for å redusere dette er viktig, men arbeidet for å realisere brukermedvirkning i praksis favner langt bredere. Brukermedvirkning og innflytelse på eget hjelpetilbud er langt mer enn et tiltak. Medvirkning og innflytelse på eget hjelpetilbud er en verdi som utvalget mener må ligge til grunn for alle psykiske helsetjenester. Allerede i "Helsepolitikken mot år 2000 – Nasjonal helseplan" var brukermedvirkning et tema, og de siste 20 årene er dette blitt stadig sterkere vektlagt.

Brukermedvirkning handler om mer enn informert samtykke eller innsyn i journal. Hjelp for psykiske lidelser har vist seg å kunne krenke hjelpsøkeren på flere ulike måter. Det er avgjørende for oss alle å bli anerkjent som et verdig menneske og få beholde makt over eget liv. Den unike kunnskap jeg har om mitt eget liv, må respekteres og verdsettes av viktige andre som jeg møter. Brukermedvirkning er blant annet å sørge for at tjenester og ansatte innrettes og fungerer med slike kvaliteter i sentrum.

Ulike parter har trolig hatt ulike motiver for å slutte opp om brukermedvirkning. Terapeutiske og pedagogiske motiver argumenterer for at behandlingen blir bedre eller

Viktige dokumenter som peker på utfordringer og forbedringsområder:

- *Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser* (Helsetilsynet 8/2007)
- *Bruk av tvang i psykisk helsevern* (Helsetilsynet 4/2006),
- *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang* (IS-1370 Sosial og helsedirektoratet 2006)
- *Verdig liv. Velferd, medvirkning og helhet ved psykiske lidelser* (Rådet for psykisk helse 2004)
- *Stykkevis og delt. Om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid* (Rådet for psykisk helse 2004)
- *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene.* NOU 2004:18.
- *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.* NOU 2005:3.
- *Psykisk helsevern for voksne. Distriktspsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen.* Veileder IS-1388, Sosial- og helsedirektoratet 9/2006

[1] SAMDATA 2/06, Sektorrapport 2005.
[2] Sintef Helse 2/06.
[3] Rådet for psykisk helse (2004)

mer virkningsfull, og for at brukeren må medvirke for å lære seg å ta en aktiv rolle i egen bedring. Det økonomiske motivet søker å gjøre helsetjenesten billigere ved hjelp av brukermedvirkning, mens et moralsk motiv kan ligge under ideen om at borgere har plikt til aktivt å forsøke å bedre egen situasjon. Med slike motiver kan verdier om å beholde eller styrke makten over eget liv og bevare egen opplevelse av verdighet lett komme i bakgrunnen for tjenester og ansatte.

Psykisk helsevern har hatt praksiser som har bidratt til redusert autonomi og valg for mange brukere. Psykisk helsevernloven tillater å behandle uten samtykke i enkelte situasjoner. I praksis foretas det i Norge omtrent 10.000 innleggelser årlig til tvungent psykisk helsevern. Norge er regnet for å ha høyt omfang av tvungent psykisk helsevern, og de aller fleste er enige om at omfanget bør ned. Helsetilsynets rapport om bruk av tvang i psykisk helsevern viser at tallene for bruk av tvang er høye, og de preges av sosiale skjevheter: Mer enn 40 % av mennesker under tvunget psykisk helsevern med døgnopphold har ikke egen bolig. De pasientene det blir brukt tvang overfor, har som regel dårligere økonomi, lavere utdanning og svakere sosial tilknytning enn de som behandles frivillig. I tillegg er det store institusjonsmessige og geografiske forskjeller i bruk av tvang. Omfanget av tvangsbruk bestemmes av mange faktorer, der forhold i primærhelsetjeneste og andre kommunale tjenester har stor betydning. Forhold som bolig, legevakt og annen primærhelsetjeneste spiller viktige roller for muligheten til å få og gi frivillig hjelp. Bruken av tvang overfor mennesker med psykiske lidelser i Norge kan reduseres ved å tilby helsehjelp på andre måter enn i dag, og ved å se psykisk helsehjelp på ulike nivå i sammenheng med sosiale tjenester. Ettersom det er store geografiske forskjeller i tvangsbruk, er det mye å lære av å se nærmere på arbeidsmåter og organisering av helsetjenestene i områdene med lave tvangstall. Et fellestrekk ved mange brukerhistorier om tvang er at de har vært i kontakt med helsetjenesten for å få hjelp uten å få det, kort tid før situasjonen blir så akutt at tvang iverksettes. Mange mennesker kunne opplevd mer selvbestemmelse og medvirkning ved å ordne hjelpen på andre måter.

Reduksjon av tvang og en spesialisthelsetjeneste som bygger på brukermedvirkning er utfordringer spesialisthelsetjenesten må løse bedre i tiden framover.

Mangel på sammenheng

En opplevd sammenheng mellom ulike deler av eget liv er viktig for oss alle, men det er ekstra utfordrende når man har psykiske lidelser. Dette fordrer et tjenestetilbud som også bidrar til å skape eller styrke slike sammenhenger, og som ikke selv er oppsplittet med mange overganger og kontaktpersoner. Ikke minst er dette avgjørende for mennesker med alvorlige og langvarige problemer som har behov for hjelp fra flere ulike tjenester over lang tid. Det er avgjørende ikke å miste hverdagen, som for de aller flestes vedkommende leves i et hjem i en kommune. Interesse, forståelse og kunnskap om menneskets relasjoner og hverdagslige omgivelser er avgjørende for å gi god hjelp, også i spesialisthelsetjenesten. Opprettelsen av distriktspsykiatriske sentre er et virkemiddel for å møte disse utfordringene. Deler av den tidligere sykehustjenesten ble flyttet til DPS for å kunne møte brukerne nærmere den sammenhengen de lever i og samarbeide tettere med kommunehelsetjenesten.

Helsetjenestene har en rekke ulike mål. Flere av målene bidrar til å svekke sammenhengen, og det viser seg at målet om sammenheng har vanskelig for å slå igjennom som kvalitet i helsehjelpen. Den manglende sammenhengen i tjenestetilbudet som ligger i dagens oppgavefordeling og tjenester, er en organisering som noen helsepolitiske føringer søker å endre, men som andre bidrar til å bevare. På den ene siden gir kravene til standardisering og rapportering mindre autonomi og fleksibilitet til tjenesteutøveren. På den andre siden er det økt vektlegging av individuell tilpasning som krever autonome fagfolk. Egne strukturer og tiltak for styrket sammenheng, for eksempel ansvarsgrupper, praksiskonsulenter og individuell plan, har ikke vært tilstrekkelig til å sikre god sammenheng for alle. Det er betydelig enighet både blant brukere, fagfolk og myndigheter

[5] St.meld. 41 1987-88
[6] Ørstavik, Sunniva (2002): Det tvetydige brukerperspektivet – en teoretisk analyse. I Reidun Norvoll (red): Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon. Oslo: Gyldendal akademisk forlag
[7] Dette beskrives bl.a. i Robberstad, Helga (2002): Kommunepsykiatri. Pionerar, vekst og utvikling. Bergen: Fagbokforlaget og i Bøe, Tore Dag og Arne Thomassen (2000): Mot en mer menneskelig psykiatri. Fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse. Oslo: Universitetsforlaget
[8] Helsetilsynet (2006): Bruk av tvang i psykisk helsevern, rapport 4/2006

om at det samlede tjenestetilbudet på psykisk helsefeltet i mange tilfeller fortsatt henger for dårlig sammen. Tilbudet har lett for å svikte i overgangene mellom tjenester. Selv om noen har tatt ansvaret for hver enkelt del, kan hjelpen likevel svikte i overgangene ved at ingen tar ansvar for helheten. Jo flere tjenester en bruker trenger, jo mer oppstykket blir ofte tilbudet. Mange brukere opplever seg som en taper eller en brikke i et svarteperspill mellom ulike tjeneste- og finansieringsnivå. De ser at hensyn til kostnad og kapasitet veier tyngre enn menneskelige hensyn, og de opplever at tilbudet ikke kommer på plass fordi ansatte er uenige om hvilket budsjett som skal stå for de ulike tiltakene.

Fremdeles hører vi at ansvar skyves fram og tilbake mellom kommunehelsetjenesten og DPS, at det er lange ventelister, at fastleger ikke henviser til DPS fordi de vet at brukeren blir avvist, og at brukere blir utredet på DPS, får en diagnose og en rekvisisjon, men selv må finne behandlere som kan hjelpe vedkommende videre. Dette kan være svært vanskelig, og mange faller ut av hjelpesystemet på denne måten. Sammenhengsutfordringen kan også bidra til at mennesker fortsatt utskrives til ingenting og i praksis overlates til uinformerte pårørende. Videre drives det både behandling i spesialisthelsetjenesten uten at relevante hverdagslivsutfordringer adresseres, og det utføres kommunalt arbeid med hensyn til hverdagslivsutfordringer uten at brukeren får relevante spesialisthelsetjenester. I tillegg opplever mange et gap mellom det behov personen selv og kommunalt ansatte mener er relevant og riktig hjelp og muligheten for å få det som i dag regnes som spesialisthjelp. Terskelen inn til tjenestene oppleves å være for høy. En del mennesker opplever også å bli vurdert som ferdigbehandlet innenfor andrelinjetjenesten og henvises tilbake til kommunen for omsorg og videre behandling, mens førstelinjetjenesten vurderer at omsorgsbehovet har et omfang og en kompleksitet kommunen ikke mestrer, og som gjør at begrepet "ferdigbehandlet" er lite relevant. Dette er eksempel på at usammenhengende tjenester ikke fanger opp en del av dem som trenger det mest. Noen kommuner har ikke bygget opp et apparat til å hjelpe denne brukergruppen og kjøper plasser på private institusjoner hvor brukerne gis et døgnkontinuerlig tilbud. Dette er en uplanlagt reinstitusjonalisering i kontrast til idealet i Opptrappingsplanen om rett til å leve sitt eget liv i en bolig i en kommune.

Utfordringen med å skape sammenheng dreier seg både om tjenester som i dag ikke henger tilstrekkelig sammen, og om at mennesker med behov for mye hjelp lett mister tilknytningen til sitt opprinnelige liv.

Standardiserte tiltak eller mange veier til god hjelp?

Mennesker er ulike og har ulike veier til bedring. Det er mye som er uklart rundt psykiske vansker og hvordan vi skal komme oss eller mestre disse. Våre vansker utvikles i en kontekstuell ramme, og vi må leve, mestre og komme oss innenfor den samme rammen. Hjelp som baserer seg for ensidig på generelle, sykdomsorienterte modeller, blir for fokusert på symptomer og sykdom, og de kommer ofte til kort. Kunnskap om langsiktig bedring etter langvarige og alvorlige psykiske lidelser peker på kontekstuelle faktorer og individuelt pregede bedringsprosesser som viktige for å få et best mulig forløp.

De store individuelle variasjonene i veier til bedring gjør at behovet for systematisering og kvalitetssikring ikke kan møtes ved å standardisere hjelpens innhold. God psykisk helsehjelp krever toleranse både for at den enkeltes situasjon er sammensatt og uoversiktlig, og for at de ulike individene, også innen samme diagnosekategori, har stor variasjon. Standardiserte tiltakspakker basert på diagnose eller symptomer løper stor risiko for å nedvurdere og til og med motarbeide individuelle bedringsfaktorer og -muligheter. Den individuelle tilpasningen av tilbudet til det enkelte menneske blir avgjørende for å gi hjelp som bidrar til langsiktig vekst og bedring.

Bedring handler både om å få hjelp til å minske symptomer, og om å mestre livet innenfor en kontekst, i et nettverk av relasjoner med andre mennesker, det være seg familie, venner, nabolag eller kolleger. Brukernes ønsker for hjelpen varierer, og brukernes hverdagsliv varierer. Derfor må hjelpen tilpasses den enkelte. Individuell plan er en lovfestet rettighet som var ment å bidra til hjelp tilpasset den enkeltes unike situasjon

[9] Norges offentlige utredninger (2005): Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste. 2005:3
[10] "De ressurskrevende brukerne innen psykisk helsearbeid – samhandling og organisering, SINTEF Helse 2007:
[11] Davidson, Harding & Spaniol (red) 2005. Recovery from severe mental illnesses. Research, evidence and implications for practice. Boston: Center for psychiatric rehabilitation, Boston University.
Harrison, Hopper, Craig, m.fl. (2001). British J. of Psychiatry 178, s. 506-517.
Topor (2004). Vad hjälper? Vägar til återhämtning från svåra psykiska problem. Stockholm: Natur och kultur

og hverdagsliv. Imidlertid ser vi at mange ikke har en individuell plan, og vi ser også at planen ikke forplikter i tilstrekkelig grad, og til og med at den utarbeides uten brukeren i førersetet. Wisløff-utvalget påpeker i sin rapport at: "(…) Sett i forhold til behovet er arbeidet med individuell plan jevnt over kommet svært kort" . Det er urovekkende at lover og forskrifter ikke følges på dette området. Like urovekkende er det at spesialisthelsetjenesten ikke har omfavnet individuell plan som et etterlengtet rammeverk for å skape langsiktig bedring og velferd ved hjelp av individuell tilpasning av hjelpen til den enkeltes forutsetninger og øvrige liv.

Brukermedvirkning, samhandling i et mangfoldig hjelpesystem og individuell tilpasning er sentrale forbedringsområder for å skape den helsetjenesten vi ønsker oss.

3: Hva slags psykiske helsetjenester vil vi ha?

Hvordan kan et samlet tjenesteapparat bidra til selvstendighet og mestring av eget liv hos mennesker med ulike former for psykiske lidelser? Med spørsmålet om hvilken retning psykiske helsetjenester bør bevege seg i årene framover peker vi på tre områder som skal prioriteres og prege tjenestene:

- Brukermedvirkning
- Nærhet
- Individuell tilpasning

Brukere av tjenestene skal bli møtt både i sitt håp om å bli kvitt sine psykiske vansker og i sitt ønske om å leve et eget liv som de mestrer godt. Tjenestene skal ytes nært det livet den enkelte lever og tilpasses den enkeltes livssituasjon, ønsker og behov, og brukermedvirkning skal være det bærende prinsipp i organiseringen av tjenestene og i møtet med brukeren.

Vi ser at enkelte steder delvis har realisert disse målene, men at mange steder fortsatt har et tjenestetilbud som har kommet altfor kort. Vi ser også at spesialisthelsetjenesten kan velge å fokusere på ulike mål fra offentlige føringer og gjøre nokså forskjellige operasjonaliseringer av disse. Dermed ender vi opp med et tjenestetilbud som ikke blir geografisk likeverdig. I dette kapitlet utdyper vi hvilket innhold utvalget legger i målene for tjenestene.

Brukermedvirkning som et bærende prinsipp

Framtidas tjenester skal systematisk og bevisst bidra til å myndiggjøre den enkelte bruker. Idealet må være at alle skal oppleve seg respektert og verdsatt i møtet med psykiske helsetjenester, og at ingen mennesker skal oppleve seg krenket i møtet med hjelp. Brukeren har rett til å kjenne hvilke valgmuligheter som finnes, og til å få hjelp som er tilpasset hans eller hennes situasjon, preferanser og mål. Brukermedvirkning skal sikre at de ansattes kunnskaper brukes i en sammenheng der den utøves med respekt for individet, øker mestring og legger til rette for langsiktige bedringsprosesser og god livskvalitet. Brukermedvirkning er et viktig verktøy for å skape individtilpassede tjenester.

Helsetjenestene skal aktivt legge til rette for brukermedvirkning både på systemnivå og på individnivå. Tjenesteutøverne må systematisk innhente brukerkunnskap om tjenestene og anvende denne kunnskapen i utvikling av tjenestene og i samhandlingen med den enkelte bruker. Metoden Bruker spør bruker er utviklet i Norge og kombinerer informasjonsinnhenting om brukervurderinger av tjenestene, kompetanseheving for brukere og myndiggjøring av den lokale brukerbevegelsen. Psykiske helsetjenester bør ansette mennesker med brukerkompetanse for å sikre enda større bredde enn i dag, og for å sikre at brukere får tilgang til brukerkompetanse og et synlig håp om rehabilitering. Kunnskap ligger både i brukerledet forskning, i brukernær forskning og i lokal brukerkunnskap om styrker, svakheter og forbedringsområder for de lokale tjenestene. Både brukermiljøers og enkeltbrukeres ståsteder kan myndiggjøres gjennom tjenestenes verdsetting av kompetanse, innsikt og synspunkter.

Nærhet til mitt liv og mine sammenhenger

Å få hjelp med sine psykiske vansker handler om mer enn behandlingstiltak som demper eller tar bort symptomer. Det handler også om hjelp som fokuserer på å styrke livskvalitet og egenmestring. Det handler om å ha et sted å bo og å klare å bo der, det handler om å ha penger å leve av, folk å være sammen med og et meningsfullt innhold i tilværelsen. Derfor

■ Brukermedvirkning ved DPS-klinikken i Bergen og omegn: Det distriktspsykiatriske senteret avholder dialogmøtene én gang i måneden i Mental Helses treffsenter "Loftet". Møtene blir avholdt på kveldstid, slik at mange interesserte har mulighet til å delta. Dialogmøtene bidrar til felles tiltak som kan forbedre og utvikle behandlingstilbudet ved senteret, med utgangspunkt i hvordan brukerne og de pårørende erfarer at tilbudet fungerer på godt og vondt. Hovedhensikten er å sette i gang tiltak man blir enige om, for på denne måten å øke brukermedvirkningen og kvaliteten av behandlingen ved Bjørgvin DPS.

Møtene blir forberedt av et utvalg bestående av representanter både fra brukerorganisasjonene og ansatte ved DPS-et. Alle interesserte inviteres til å delta, og til å komme med innspill, kritikk og erfaringer. Møtene har utviklet seg til svært konstruktive møter. Gjennom dialog kommer man fram til tiltak, nye rutiner og forbedringer innen DPS-et. En ting er konkrete forbedringer på strukturelt nivå. Like viktig er det at dialogmøtene og viljen til å forandre gjenspeiler en holdningsendring i møtet med brukere og pårørende.

■ Psykiatrisk Senter Tromsø og omegn (PSTO) vektlegger brukernærhet og har bygget ut sine tjenester med utgangspunkt i relasjons- og nettverksarbeid. Driften er organisert ut fra en nettverkstankegang, og DPS-et arbeider aktivt for å utvikle arbeidsmåter som tar utgangspunkt i at brukerne har både private og profesjonelle nettverk. Dette innebærer at ansatte ved DPS-et arbeider og møter opp ute hos pårørende, fastleger og mange andre som allerede kjenner til problemene.

■ Jæren distriktspsykiatriske senter NKS har satset på å skape sammenheng i tjenestene og brukermedvirkning, blant annet gjennom prosjektet "Enkelt og greit i lag". Gode erfaringer fra brukere med samarbeid mellom fastlege, psykiater, miljøpersonale ved DPS og kommunen ledet til en felles ambulant virksomhet rettet mot personer med langvarig psykisk lidelse og deres pårørende. Teamet utvikler et ambulant behandlings- og oppfølgingstilbud for innbyggerne i Klepp kommune. Det vektlegges en aktiv bruk av individuelle planer for å sikre at tjenestene blir i tråd med brukerens behov, og tjenesteytingen foregår hovedsakelig i hjemmet.

blir hverdagslivets betydning for den enkelte et viktig perspektiv i utviklingen av tjenestetilbudet. Nærhet dreier seg derfor både om geografisk nærhet og nærhet til det som er spesielt for innholdet i den enkeltes liv. Dette betyr at tjenestene må inneholde tilstrekkelig og riktig kompetanse for å møte mennesker med psykiske problemer i den sammenhengen de lever i, der problemene utspiller seg og får konsekvenser, i brukerens eget miljø. Tjenestene må også være tilstrekkelig mobile og fleksible.

Nære tjenester handler om minst mulig byråkratiske prosesser for å få de tjenestene man trenger. Alle skal vite hvor de skal henvende seg og ha tillit til at de blir møtt med utgangspunkt i egne forutsetninger. Tillit og tilgjengelighet er nødvendig for å få et system som kan gi rett hjelp til rett tid, og dermed også for et optimalt behandlingsresultat.

Nære tjenester må bemannes av tjenesteytere som har kompetanse og kan yte hjelp på brukernes egne arenaer i samhandling med dem det gjelder. Dette innebærer at vi må skjelne mellom spesialistkompetanse og spesialisthelsetjeneste forankret i sykehus eller poliklinikker. Spesialistbegrepet må utvides til å inneholde kontekst- og medvirkningsfokuserte ferdigheter, for eksempel spesialkompetanse på å arbeide sammen med brukeren, til å spille på lag med ressurser og mobilisere nærmiljø, og til å planlegge og koordinere ut fra individuelle behov og ressurser.

Når det er best at mennesker med psykiske lidelser får den hjelpen de trenger mest mulig i den sammenhengen de lever i, må vi også sørge for at kompetansen er der hvor brukerne er. Det betyr at tjenester som ytes både fra 1. linjen og 2. linjen må ha kontekst- og medvirkningsorientert spesialistkompetanse samtidig som de behersker tradisjonelle spesialistferdigheter knyttet til utredning og medikamentelt og psykoterapeutisk endringsarbeid. I en evaluering av spesialiseringsutdanningene til psykiater og psykologspesialist fant Rådet for psykisk helse at kontekstorienterte spesialistferdigheter som samhandling, brukermedvirkning og lokalbaserte arbeidsmetoder stort sett var svakt dekket i undervisningsoppleggene. Slike mangler blir alvorlige hindringer på veien mot bedre psykiske helsetjenester i Norge.

I tida framover er det avgjørende å utvikle kunnskap om hvordan man møter mennesker med psykiske lidelser, slik at deres behov for sammenheng og helhet blir ivaretatt. Manglene i helsehjelp som dokumenteres i Wisløff-utvalgets rapport utfordrer både tjenestene, profesjonene og kunnskaps- og utdanningsinstitusjoner i formingen av framtidas kunnskap og ansatte. Uten å løse disse utfordringene klarer vi ikke å lage tjenester i tråd med ambisjonsnivået fra det siste tiårs psykiske helsepolitikk.

Individuelt tilpasset hjelp

Hjelp som gis må tilpasse brukerens mål, preferanser og hverdagsliv. Mestring springer ut av de ressurser som finnes i samspillet eller relasjonen til omverdenen, der tillit og nære omgivelser blir forutsetninger for mestring eller løsning. Valg mellom de muligheter som finnes, medvirkning i valg av tilnærming og utforming av tilbud og fokus på det individuelle livet som er levd og skal leves, er selvsagte krav til individtilpasset hjelp. Dekontekstualisert kunnskap og standardiserte hjelpepakker vil ikke bare ofte komme til kort, men kan også stå i veien for hjelp som kunne gitt langsiktig bedring, vekst og mestring. Helsevesenet bør være organisert slik at det legger til rette for individuelt tilpasset hjelp, og tjenesteyterne må inneha både holdninger og kunnskap som gjør denne arbeidsformen mulig.

[12] Norges offentlige utredninger (2005): Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste, 2005:3 s. 74
[13] Metoden er utviklet av Mental Helse Sør-Trøndelag
[14] Dette er utredet og beskrevet i rapporten "Med livet som kompetanse". Rådet for psykisk helse 2008
[15] Rådet for psykisk helse (2006). Utdanning til morgondagens praksis. Vidareutdanning i psykisk helsearbeid og spesialiseringar til psykolog og psykiater i lys av utvalde statlege føringar. Oslo.
[16] Se note 9 og 12
[17] Ekeland, Tor-Johan og Kåre Heggen (red) (2007): Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk? Oslo: Gyldendal Akademisk

4: Skritt mot framtidas psykiske helsetjenester

Hvordan skal vi realisere ideene og våre ønsker om bedre psykiske helsetjenester i framtida? Hele helsetjenesten skal ha nærhet, brukermedvirkning og individtilpasning som førende prinsipper. Lokalbaserte psykiske helsetjenester skal utgjøre hovedvekten av de psykiske helsetjenestene. Det er allerede et ønsket ideal å desentralisere de oppgaver og tjenester som kan desentraliseres og bare sentralisere det som må sentraliseres. Vi har derfor gjort en ny vurdering av hvilke oppgaver og tjenester som kan desentraliseres.

Lokale oppgaver

Spørsmålet om hvilke oppgaver som skal være der folk bor, gjelder hele helsetjenesten. Opprettelsen av kommunalt psykisk helsearbeid har gitt kommunene ansvar for forebygging av psykiske lidelser, omsorg, rehabilitering og inkludering ved alvorlige psykiske lidelser samt behandling for en del psykiske lidelser. Ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid og fastlege utfører hoveddelen av det kommunale psykiske helsearbeidet for voksne, bestående av omfattende oppgaver knyttet til omsorg, rehabilitering, hjelp i bolig og meningsfylt hverdag. I dagens andrelinjetjeneste utfører distriktspsykiatriske sentre omfattende allmennpsykiatriske oppgaver knyttet til utredning og døgnbehandling og poliklinikk. Begrepet allmennpsykiatri peker på oppgaver som ikke er spesielt sjeldne eller kompliserte. En tjeneste bygget på individtilpasning, nærhet og brukermedvirkning må organiseres på en måte som stimulerer disse kvalitetene uten å skape mange brudd i hjelpetilbudet for den enkelte.

Tjenesteoverganger bryter lett opp sammenhengen, og for å skape sammenheng for brukeren har vi vurdert at skillet mellom DPS og kommunalt psykisk helsearbeid bør fjernes. I dag er det en viktig utfordring at mye av spesialisthelsetjenestens og sykehusavdelingenes kontakt med brukere skjer i faser der brukerne har mest forstyrret fungering, for eksempel med mye symptomer og uro. Dette gir dårlige forutsetninger for å foreta pesialiserte utredninger som kan gi informasjon og forståelse som legger til rette for langsiktig bedring eller optimalt funksjonsnivå. Med en bredere førstelinjetjeneste vil henvisnings-kompetansen lett kunne økes. førstelinjetjenesten vil ha bredere informasjon om mange av brukerne, og alle som henviser, vil ha et bredere tverrfaglig grunnlag å bygge henvisningen på enn det man i praksis ser ut til å ta i bruk i dag. førstelinjetjenesten vil rå over mer spesialistkompetanse og ha flere omsorgsformer og kapasitet, for eksempel døgnkapasiteten fra dagens DPS-er. Sammen med lav terskel inn til tjenestene og medfølgende mulighet til raskt å etablere kriseløsninger som avverger en del akutte situasjoner med utagering, legger dette til rette for at flere brukere kan bruke dagens sykehusavdelingskapasitet til målrettede utredninger i perioder som er mer dekkende for brukerens funksjon og symptomer. Flere utredninger kan gjøres poliklinisk, under planlagte døgnopphold eller pasienthotelloppphold.

Et felles DPS og kommunalt psykisk helsearbeid bør preges av kvaliteter vi vanligvis forbinder med førstelinjetjenester, for eksempel at man kan oppsøke tjenestene uten henvisning og at åpne tjenester som værested og brukerundervisning er tett knyttet til behandlingsaktiviteter. Utvalget mener at følgende oppgaver som DPS i dag utfører, bør samorganiseres med kommunalt psykisk helsearbeid:

- Medikamentell, psykoterapeutisk og annen behandling for mange vanlige psykiske lidelser
- Frivillige døgnopphold uten spesialisert utredning
- Dagavdelingsvirksomhet, sosial trening og brukerkurs
- Ambulante tjenester og team knyttet til rehabiliteringsformål eller til sykdomsutvikling

[17] Sundelin, F. & Grydeland S. 2005. Strategi 2025 Rapport fra Temaområde Sentralisering – desentralisering. http://www.helse-ost.no/showimage.asp?iEntityId=2148

■ Tynset DPS er en liten DPS. Det lokale Mental helse-laget driver et værested og den lokale hjelpetelefonen "Brukerstøtten" i DPS-ens lokaler. Ved en slik organisering blir DPS-en ufarliggjort hos brukerne, mens ledelsen får umiddelbart kjennskap til kvalitetsproblemer og får konkrete ideer til forbedringer av hjelpen. Tynset legger vekt på å se psykiske lidelser i kontekst og være fleksibel overfor små kommuner med lange avstander og periodevise bemanningsproblemer.

■ Fra mange kanter kommer det forslag til hvordan psykiske helsetjenester kan gjøres mer tilgjengelige. Fastpsykolog, kommunepsykologer og kommunale psykiske helsesentre er eksempler. Kommunale psykiske helsesentre kan kombinere værested, aktivitet, arbeidstrening, frivillig arbeid, brukerundervisning, avtalespesialister, poliklinisk gruppe- og individualbehandling og beredskapssenger. Fastleger og hjelp i boliger kan være integrert på ulike måter. Et værested eller en kafé kan være en allmenn arena som senker terskelen for å vurdere nærmere om man har behov for ulike former for psykisk helsehjelp. Felles for disse forslagene er at de samordner oppgaver som i dag kan ligge til DPS med det kommunale psykiske helsearbeidet.

og akutte situasjoner

Utvalget foreslår derfor å slå sammen dagens distriktspsykiatriske sentre med det kommunale psykiske helsearbeidet. Målet er nærhet, individuell tilpasning og brukermedvirkning, ett av virkemidlene er organisatorisk samling av flere tjenester enn i dag, men det må vurderes og prøves ut ulike organisatoriske modeller for denne samorganiseringen.

For mange vil det styrke sammenhengen i tjenestetilbudet hvis omsorg og psykoterapeutisk behandling sees i tettere sammenheng. Mange frivillige døgnopphold dekker behov for tettere omsorg i en kort periode eller krise, uten at det foregår spesialisert utredning. Enkelte større kommuner har allerede opprettet beredskapssenger eller mulighet for overnatting på et sted med nattevakt i forbindelse med kortvarige kriser. Innholdet i gode kommunale dagsentre kan overlappe med dagavdelingsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten. Ambulante tjenester og akutt- eller rehabiliteringsteam kombinerer spesialistkompetanse med tradisjonelle kommunale arbeidsarenaer. Verken langvarig rehabilitering eller forekomst av psykotiske symptomer der man ønsker kompetanse fra dagens spesialisthelsetjeneste, kan betegnes som spesielt sjeldent. Vi har derfor sett flere eksempler på at kommune og DPS-er samarbeider om slike tiltak. Allerede i dag utføres ofte slike oppgaver utenfor andrelinjetjenesten. Gruppe- og individualbehandling for psykiske lidelser utføres blant annet av fastleger, psykisk helsearbeidere og avtaleløse spesialister. Enkelte kommuner har beredskapssenger, de fleste driver ambulant virksomhet i form av hjemmebesøk, noen i samarbeid med det lokale DPS. Til sammen er disse oppgavene en stor del av DPSenes arbeidsoppgaver.

Mye av den allmenne virksomheten til psykiatriske poliklinikker dreier seg verken om sjeldne eller kompliserte oppgaver knyttet til utredning eller behandling. Det samme gjelder virksomheten til privatpraktiserende psykologer og psykiatere som betales av helseforetakene (avtalespesialister). Også med avtalespesialistene bør det inngås forpliktende avtaler som bidrar til tilgjengelighet og andre forpliktelser på en parallell måte som med fastlegenes avtaler eller ved en refusjonsordning etter modell av ordningen for kommunejordmødre.

Samordnet DPS og kommunalt psykisk helsearbeid vil gi en langt mer enhetlig psykisk helsetjeneste. De nevnte oppgavene kan desentraliseres til et bredere kommunalt psykisk helsearbeid, for eksempel i form av psykiske helsesentre. Men formelt forvaltningsnivå er mindre viktig enn innhold og arbeidsform. I områder med svært små kommuner vil interkommunale løsninger, eventuelt innenfor rammen av det som i dag utgjør DPS, være en mulig løsning. Det avgjørende er å skape et tydelig ansvar for det helhetlige psykiske helsearbeidet.

Opptrappingsplanen startet en flytting av allmennpsykiatriske tjenester fra sykehusavdelingene i retning av de lokale miljøene der problemene utspiller seg og menneskene skal leve sitt liv. Samordning av DPS og kommunalt psykisk helsearbeid er neste skritt.

Med dette ønsker vi å oppnå:

- Større nærhet til brukerens hverdagsliv
- Et enklere og mer sammenhengende tjenestenettverk
- Tydeligere ansvar for brukerens helhetlige tilbud

Nærhet

Utvalget mener at en sammenslåing av DPS-tjenester og kommunalt psykisk helsearbeid vil medføre at en større del av tjenestene tilbys nærmere brukerens hverdagsliv og gjøre tjenestene mer tilgjengelige.

Ved å organisere tjenestene på denne måten, flyttes en del av spesialistene og kompetansen ut av institusjonene og kontorene og dit hvor folk lever og bor. Det gir en helt annen mulighet til å komme tidlig til når psykiske vanskeligheter bygger seg opp, det gir mulighet til å forstå problemene ut fra den sammenhengen de oppstår i, og det blir lettere å tilpasse hjelpen den enkelte bruker trenger.

Ansvar og enkelhet

Ved å organisere DPS og kommunalt psykisk helsearbeid under "samme tak" vil mange brukere kunne oppleve et mer sammenhengende tjenestesystem fordi man i langt flere situasjoner enn i dag slipper en byråkratisk organisatorisk overgang mellom de to tjenestenivåene kommune og DPS.

En bredere førstelinjetjeneste vil redusere antallet brukere som kommer inn i helsetjenesten via dagens sykehusavdelingsfunksjoner. Da blir det en viktig oppgave å sikre at mennesker som bør få en spesialisert utredning utover det førstelinjetjenesten kan tilby, får det. Samtidig vil en del av de som ikke trenger en slik utredning, kunne unngå det. Denne utfordringen er stor, også i dag, der for eksempel 10 % av fastlegens konsultasjoner dreier seg om forhold knyttet til psykisk hoveddiagnose, mens man regner med at bare hver 10. av disse viderehenvises til andrelinjetjenesten. En bredere førstelinjetjeneste legger til rette for at kommunehelsetjenesten skal gjøre disse vurderingene på et bredere grunnlag enn i dag. Målet må være at det blir enklere å ordne hjelpen slik at mennesker med psykiske lidelser som trenger kompetansen fra en spissere andrelinjetjeneste, kan komme dit utenom de dypeste krisene. Slik vil vurderingene i den spesialiserte utredningen knyttes tettere til brukerens situasjon slik den ofte er, snarere enn slik den er i en akutt situasjon.

■ Bærum kommune har vektlagt tilgjengelighet i tjenestene i sin drift av Bjørnegård psykososiale senter. Dette er et aktivitetssenter som i tillegg til kafédrift, arbeidsrehabilitering og aktivitetstilbud på dagtid har døgnplasser tilgjengelig for brukere som trenger å bo hjemmefra for en kortere periode. Brukeren kan selv bestille plassen og betaler kr. 100,- pr. døgn for opphold og fire måltider pr. dag. Brukerne kan også få samtaletid med fagfolkene på senteret uten henvisning fra lege.

Sentraliserte tjenester der vi må ...

Behovet for nærhet og tilgjengelighet er uomgjengelige grunner for å ha en nær førstelinjetjeneste. Vi vil ha leger og sykepleiere, helsestasjon og sykehjem i nærheten av der vi bor. Avansert utstyr og spesialisert kunnskap er kvaliteter som oftere forbindes med spesialisthelsetjenesten. I hvilken grad langsiktige bedringsfaktorer avhenger av forhold som knyttes til nærhetsforhold er også viktig for ideell arbeidsdeling mellom andrelinjetjeneste og førstelinjetjeneste.

Grunnene til at vi trenger en spesialisthelsetjeneste tas ofte for gitt, og de uttrykkes sjelden eksplisitt. Det bidrar til store ulikheter i organisering og upresise diskusjoner om slike tema. Her foreslår vi hensyn som taler for at noe må organiseres i spesialisthelsetjenesten.

Noen psykiske vansker, situasjoner eller hjelpemetoder bør forbli sentralisert gitt dagens situasjon:

- Tvungen behandling og store sikkerhetshensyn krever tilrettelagte bygninger og utstyr og kompetente ansatte.
- Noen tilstander eller hjelpemetoder er så sjeldne, lite kjent eller tidlig i en kunnskapsutviklingsfase at helsetjenesten ikke klarer å ha kompetanse til god nok behandling på mange steder.
- Uklare og uavklarte tilstander som krever spesialvurderinger av lidelsen.
- Ved fastlåsthet eller manglende behandlingsresultater trenger brukeren eller primærhelsetjenesten å kunne gå til noen som kan se situasjonen på nytt og med andre øyne.

Disse grunnene favner mange av de situasjonene der vi trenger en andrelinjetjeneste, også for psykiske lidelser. Sikkerhetsavdelinger, kliniske kompetansesentre og deler av universitetssykehusfunksjonene kan vi begrunne med behovet for fysiske rammer, med behovet for å samle opp erfaringer om sjeldne tilstander, og med at deler av kunnskapsutviklingen må foregå noen steder før de kan spres til andre steder.

Utvalget vektlegger at en spisset spesialisthelsetjeneste også må bygge på prinsippene om nærhet, individtilpasning og brukermedvirkning. Spesialisthelsetjenesten skal ikke bli en selvtilstrekkelig institusjonstjeneste, men gi kompetent spesialistbehandling innenfor rammen av å bevare og gjenetablere en rask tilknytning til dagligliv, nettverk og lokalsamfunn.

Andrelinjetjenesten skal ta seg av det som er sjeldent, spesielt kompetansekrevende eller utfordrende med tanke på de fysiske rammene. Disse oppgavene finnes allerede i dag, særlig i sykehusavdelingene i psykisk helsevern. Spesialisert utredning, hjelp til mennesker

[19] Dette er tall det opereres med i offentlige dokumenter. De understøttes bl.a. av Sentrale data fra allmennlegetjenesten, presentert av Elin Skretting Lund i Samfunnsspeilet nr. 3, 2007.

■ Det er grunn til å tro at en hyppig feil som gjøres, er at en bruker med akutte psykotiske symptomer blir gitt diagnose schizofreni, mens bipolar lidelse ville vært en mer dekkende diagnose. En utredning med henblikk på diagnose utenom den akutte fasen vil legge til rette for mer informasjon fra personer som kjenner personen over tid og ta utgangspunkt i selvopplevd symptomutvikling over tid.

i akutte situasjoner der de er til fare for seg selv eller andre, og hjelp til mennesker med sjeldne eller særlig kompliserte lidelser er aktuelle oppgaver.

Samtidig vil vi understreke nødvendigheten av at vurderinger og utredninger som gjøres i en akutt fase, også inkluderer brukerens helhetlige livssituasjon. Det er nødvendig for å gi bredde i vurdering og utredning.

Dagens sikkerhetsfunksjoner og deler av sykehusavdelingenes akuttfunksjoner bør, slik situasjonen er nå, videreføres i spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det behov for spesialiserte tjenester både for behandlingsformer og problemområder. Eksempler på dette er en del alvorlige spiseforstyrrelser, alvorlig selvskading og nevrologisk og nevropsykologisk rettede utredninger. En mer spisset andrelinjetjeneste er også fleksibel med hensyn til muligheten for å sentralisere enkelte funksjoner sterkere enn i dag. Behandlingstilbudet for spesielle former for sammensatte problemer, for eksempel kombinasjon av nevrologiske sykdommer og psykiske lidelser, kan tenkes samlet i noe større grad enn i dag.

Samhandlingsutfordringer

Selv om vi samorganiserer psykisk helsearbeid og DPS, spisser den øvrige spesialisthelsetjenesten og setter nærhet og individtilpasning i høgsetet, så løses ikke alle utfordringer. Som i dag blir to avgjørende utfordringer i det helhetlige tjenestetilbudet å sikre at brukere raskt kommer til mennesker som gir den relevante hjelpen og å sikre at hjelpen fra ulike tjenester og nivåer henger godt sammen. Med en bredere førstelinjetjeneste vil færre trenge hjelp fra to nivåer, og mange av de som trenger det, vil gjøre det en kortere del av tida.

En avgjørende utfordring i helsetjenester med en bred førstelinjetjeneste er å sikre en kvalifisert utredning som sikrer at mennesker med sjeldne eller kompliserte lidelser får utredning og hjelp som har tilstrekkelig kompetanse på brukerens problemer. For å få dette til kreves både kompetanse til å henvise i førstelinjetjenesten og relevante tjenester å henvise til. En bredere førstelinjetjeneste vil endre arbeidsbetingelsene for en spisset andrelinjetjeneste på flere områder. Spesialenheter, spesialpoliklinikker, sikkerhetsfunksjonene og de tyngste akuttfunksjonene har i dag betydelige utfordringer i forhold til samhandling både med DPS og kommune. En andrelinje som har sin hovedtyngde i slike tjenester, vil få en mer enhetlig hovedsamarbeidspartner.

Ingen organisering eller enkle prinsipper kan løse alle utfordringer i dagens helsetilbud til mennesker med psykiske lidelser, og en spesialisert andrelinjetjeneste må også ha brukerens hverdagsliv og sammenheng i fokus i sitt arbeid og i sine samhandlingsrelasjoner. Med en bredere førstelinjetjeneste og en spisset andrelinjetjeneste vil grenseflaten mellom tjenestenivåene fortsatt være en avgjørende samhandlingsutfordring, samtidig som flere mennesker vil få hele eller det aller meste av sitt tjenestetilbud fra førstelinjetjenesten. En annen utfordring er at fastleger har forholdsvis liten samhandling med øvrig kommunalt psykisk helsearbeid og dermed kan mangle tverrfaglige vurderinger og tverrfaglig kunnskap fra annet personell med helse-/sosialfaglig utdanning i deler av sine henvisningsvurderinger.

Nye krav til kompetanse

I tillegg til organisering handler utfordringene like mye om holdninger til brukere og pårørende, syn på psykiske lidelser og hva det er som hjelper, og hvem som har ansvaret for å yte denne hjelpen. En slik omlegging av arbeidsmåter og arbeidsarenaer må sikre kompetente fagfolk som er lært opp til å utføre sitt arbeid i samarbeid med den det gjelder og på brukerens egen arena. Noen steder vil dette være utfordrende for ansatte som har tyngden av sin kompetanse eller arbeidsform knyttet til en mer dekontekstualisert modell for utredning og behandling av psykiske lidelser. For å sikre gode spesialisthelsetjenester til befolkningen er man avhengig av godt kvalifiserte fagfolk, men også fagfolk som greier å dra tverrfaglig nytte av hverandre, og som har kunnskaper nok til å kunne utnytte ressurser rundt brukeren.

Det handler også om hva slags kompetanse fagfolk trenger for å kunne yte hjelp i disse sammenhengene. Vi har pekt på behov for endring i kompetanseprofil i utdanningene

[20] Fastlegen som aktør i tiltak for personer med psykiske problemer, Andersson, Helene Wessel og Marian Ådnanes, Sintef-rapport A205:8, 2006

og dermed hos profesjonsgrupper. Opplæring i det kliniske håndverket i å jobbe med brukernes nettverk og pårørende, på folks egne arenaer og i deres hverdagsliv viser seg å være svakt ivaretatt både i videreutdanning for psykisk helsearbeid og i spesialisering til psykiater og psykologspesialist. Praksiskravene er knyttet til en oppdeling i døgnbasert psykosebehandling og poliklinisk psykoterapi ved nevroser og i liten grad tilpasset de siste 10 års hovedlinjer i norsk psykisk helsepolitikk. Det er behov for å endre både kunnskapsutviklingen og de psykiske helseutdanningene for å understøtte morgendagens psykiske helsetjenester og gi et tilbud som i større grad understøtter brukernes langsiktige bedringsprosesser.

5: Utprøving av enhetlig psykisk helsearbeid

Utvalget vurderer at en modell der kommuner overtar flere 2. linjefunksjoner, vil gi både bedre tjenester og bedre ressursutnytting fordi det blir lettere å se mer samlet på bruken av ressursene til mennesker med psykiske lidelser og dermed legge til rette for en bedre sammenheng mellom tjenestetilbudene. Det er en selvsagt forutsetning at penger, makt og kompetanse plasseres i kommunen.

En bredere definert førstelinjetjeneste legger hovedprinsippet om nærhet til grunn for helsetjenestetilbudet. Vurderingen av hvilke tjenester som ut fra behov til kompetanse eller materielle forhold trenger å sentraliseres, må tilpasses lokale forhold og gjennomføres med fornuft og pragmatiske avveininger. Store kommuner, som større byer og forstadskommuner med et innbyggertall på linje med et DPS-område, egner seg godt for en bred førstelinjetjeneste organisert innenfor en kommune. For mindre kommuner og småkommuner må andre modeller vurderes og prøves ut. Vi vurderer at det er en større utfordring å etablere en velfungerende bred førstelinjetjeneste i hele Norge enn å lage en struktur for en spisset 2. tjeneste som passer i hele Norge. Helseregionene Midt- og Nord-Norge vil kanskje måtte sees i sammenheng for å kunne gi likeverdige tjenester fra en spisset andrelinjetjeneste. De etablerte systemer for gjestepasienter og kjøp av tjenester på tvers av foretaksgrensene gjør det mulig både med gradvis oppbygging og permanente avtaler på tvers av helseregioner.

Denne måten å tenke tjenestetilbud på baserer seg på brukerens behov og hvordan disse skal ivaretas ut fra et grunnprinsipp som setter brukermedvirkning i sentrum og har nærhet og individuelt tilpassede tjenester som styrende prinsipper. Vi tror at dette gir bedre kvalitet i tjenestene, større mulighet for å oppleve tilhørighet og verdighet i lokalmiljøet, og at behovet for opphold på sykehus vil reduseres for de som sliter aller mest med sin lidelse.

Betingelser

Vi ønsker at det legges til rette for å prøve ut psykiske helsetjenester der dagens DPS og psykiske helsearbeid er slått sammen. Rådet for psykisk helse har fått flere forespørsler fra områder som er interesserte i å prøve ut en slik modell og etablere kommunale psykiske helsesentre.

Dagens økonomiske, juridiske og administrative ordninger er utviklet for å understøtte dagens eller gårsdagens tjenestemodell. For å prøve ut en annerledes modell må slike ordninger brukes fleksibelt og fornuftig. Under rammen av et prøveprosjekt med grundig, forskningsbasert evaluering anbefaler vi at myndighetene gir nødvendige dispensasjoner fra spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven i prøveområdene. De økonomiske rammene for opptaksområdet må videreføres i sin helhet. Administrative krav som kommer i veien for nye måter å samordne tjenestene på, for eksempel krav til henvisning fra fastlege for utløsning av poliklinisk refusjon, dispenseres, og forsøksområdet kan bli gitt tilsvarende økonomisk utvikling på slike områder som andre, tilsvarende geografiske områder. Å overvinne slike hindringer dreier seg om fleksibilitet og vilje til å prøve ut en slik modell.

I Opptrappingsplanen for psykisk helse har utbygging av DPS og kommunalt psykisk helsearbeid vært sentrale virkemidler for å starte utviklingen i retning av desentraliserte psykiske helsetjenester. Innenfor denne strukturen og arbeidsdelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er det mulig å yte tjenester som når målene og idealene i denne rapporten et stykke på vei. Samtidig ser utvalget at når tjenestene i størst grad får dette til, blir arbeidsmåten i kommune og DPS temmelig lik. Videre kommer grensen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester i veien eller blir til hinder for godt arbeid

[21] Rådet for psykisk helse (2006): Utdanning til morgondagens praksis – vidareutdanning i psykisk helsearbeid og spesialiseringar til psykolog og psykiater i lys av utvalde statlege føringar.

og sømløse tjenester. Dette dreier seg både om ulike pengesekker, om administrative krav som henvisningsrutiner og refusjonskriterier, og om ansattes mandat til å jobbe på utradisjonelle arenaer.

En bredere førstelinjetjeneste bør ikke innordnes i en kommunal bestiller/utfører-modell, fordi dette lett kommer i veien for å oppleve størst mulig kontinuitet med hensyn til ansatte. Det er viktig å unngå en ytterligere byråkratisering av det kommunale psykiske helsearbeidet, som for eksempel ventelister på psykisk helsehjelp.

Evaluering av forsøksordningene

Dette vil være viktig nybrottsarbeid, og det må derfor både gjennomføres følgeforskning med et mangfold av forskningsmetoder samt underveis- og sluttevalueringer av forsøkene for å se om vi gjør "tingene riktig", og om vi gjør "de riktige tingene". Av særlig interesse vil det være å se om en samordning av ressursene kan gi mer fornøyde brukere, økt sammenheng og helhet i tjenestene og ny viten som kan danne grunnlag for videreutvikling av psykisk helsefeltet. Brukeropplevd kvalitet i tjenestene må tillegges avgjørende vekt. Brukerinnvolveringen må derfor være stor både i utviklingen av et omorganisert tjenestetilbud med økt vektlegging på tilgjengelige og individuelt tilpassede tjenester, og i evalueringen av det. Evaluering og brukerinvolvering bør et godt stykke på vei erstatte detaljregulering i denne prøveperioden.

Slike forsøksprosjekter skal prøve ut organiseringsprinsipper og verdier som på sikt kan skape betydelige endringer i psykiske helsetjenester. I en tid der vi ikke vet hvilken organisering som faktisk gir best resultat, er det nødvendig med organisatorisk mangfold og grundig evaluering for å skape mer kunnskap om hvordan man kan yte gode tjenester.

6: Avslutning

Denne rapporten argumenterer for spesialisthelsetjenester på brukernes arenaer. Utvalget mener at et bredt og kompetent lokalbasert psykisk helsearbeid i nært samarbeid med en "spisset" andrelinjetjeneste vil være i stand til å møte noen av de viktigste utfordringene psykisk helsefeltet står overfor i dag. Utgangspunktet for rapportens forslag til endringer av dagens spesialisthelsetjeneste er en erkjennelse av behovet for å gjennomføre endringer som innebærer at det utvikles ordninger og arbeidsmetoder som i langt større grad enn i dag gjør tjenestene tilgjengelige, fleksible og rettet mot brukerens helhetlige livssituasjon.

Utvalget anbefaler at store deler av det tjenestetilbudet som i dag befinner seg på DPS-nivå, flyttes til kommunen. Dette innebærer at både personellmessige og økonomiske ressurser overføres til kommunen. Dagens DPS-funksjoner og kommunale psykiske helsearbeid skal til sammen utgjøre morgendagens lokalbaserte psykiske helsearbeid.

Med et bredere lokalbasert psykisk helsearbeid vil brukere og pårørende få større mulighet til medvirkning og reell innflytelse på eget hjelpetilbud. Tjenestene vil i langt større grad enn i dag henge sammen, og mennesker med behov for mye hjelp vil få muligheten til å beholde tilknytningen til sitt opprinnelige liv. Hovedprinsippet om nærhet legges til grunn for organiseringsforslaget og vil berede grunnen for åpne og tilgjengelige tjenester uten henvisningsordning. Samtidig skal vi ha en andrelinjetjeneste som gir spesialisert utredning, hjelp til mennesker i akutte situasjoner der de er til fare for seg selv eller andre og hjelp til mennesker med sjeldne eller særlig kompliserte tilstander.

Vi vet at omorganisering alene ikke vil sikre at hovedprinsippene for framtidas tjenestetilbud ivaretas. Morgendagens helhetlige psykiske helsetilbud, med økt vekt på lokalbasert arbeid, stiller nye kunnskapskrav. Spesialistbegrepet må derfor utvides til også å inneholde kontekst- og medvirkningsfokuserte ferdigheter.

Et bredt lokalbasert psykisk helsearbeid slik det er foreslått i denne rapporten utfordrer de tradisjonelle kulturer og holdninger som fremdeles råder mange steder på psykisk helsefeltet. Det handler om synet på psykisk helse og psykisk lidelse, om synet på hva som hjelper, og det handler om makt og avmakt.

Utvalget håper at både helsepolitiske myndigheter og fagfeltet vil ta imot utfordringene.

Rådet for psykisk helse er en humanitær organisasjon som skal bidra til et best mulig liv for barn og voksne med psykiske lidelser og deres pårørende, og skape et rausere samfunn som bidrar til god psykisk helse. Vi arbeider for å:

- Fremme menneskeverdet ved et samfunnspolitisk engasjement for helse-, omsorgs- og velferdsgoder til psykisk syke
- Styrke forståelsen gjennom opplysningsarbeid til brukere, fagfelt og allmennhet
- Forbedre tjenester ved å ta initiativ til og støtte forskning og fagutvikling for å sikre økt kunnskap, styrket forebygging og bedre behandling
- Fremme psykisk helse internasjonal gjennom å bidra til et helhetlig bistands- og utviklingsarbeid

Rådet omfatter 25 medlemsorganisasjoner som representerer bredden av organisasjoner som arbeider med psykisk helse:

- Bruker- og pårørendeorganisasjoner
- Universiteter og høgskoler
- Fag- og profesjonsorganisasjoner
- Humanitære organisasjoner

Besøksadress: Dronningensgate 13
Postadresse: Postboks 817 Sentrum, 0104 Oslo
Telefon: 23 10 38 80
E-post: post@psykiskhelse.no
www.psykiskhelse.no

RÅDET FOR PSYKISK HELSE

DESIGN/LAYOUT: Dinamo Red. FOTO: Scanpix/Nordic Life © Terje Rakke