



Forløpsgruppe Psykisk helse

Mai 2009

Forløpsgruppe på psykisk helse. Rapport avgitt 29. mai 2009

1. Innledning	2
2. Anbefalinger/Tiltak.....	3
2.1 Lovverk	3
2.2 Organisering med mer.....	4
2.3 Finansiering.....	6
2.4 Kunnskap og utdanning	8
2.5 Felles mål og felles forståelse.....	8
2.6 IKT/journalsystem	9
2.7 Helhet, forebygging og folkehelse.....	9
3. Bakgrunn - fra tilbaketrukkne behandlingsskjeder til brukerorienterte, tilgjengelige og fleksible tjenester.	9
4. Forløp, brudd og virkemidler- en helhetlig og tilgjengelig tjeneste for mennesker med psykiske problemer	12
4.1 Beskrivelser av brudd i den psykiske helsetjenesten.....	12
4.2 Mennesker med langvarige og sammensatte behov for tjenester	12
4.3 Mennesker med lettere og moderate psykiske lidelser/problemer	13
4.4 Barn og unge med psykiske problemer/familier	14
5. Idealforløpet.....	17

1. Innledning

Samhandlingsreformen har som grunnleggende forutsetning at mer av helsetjenestene skal ytes nærmere der pasienten bor. Dette innebærer en langsiktig styrking av kommunenes muligheter til å ivareta sine funksjoner. Gruppens arbeid har hatt som utgangspunkt å beskrive hvordan problemforståelsen i samhandlingsprosjektet kan visualiseres i forhold til psykisk helse. Tiltakene må relateres til et livsløpsperspektiv.

Tidsrammen for arbeidet har ikke gitt grunnlag for en grundig analyse og vurderinger.

Deltagere i gruppa:

Thor Rogan(HOD) (Leder)
Inger Johanne Kvarme(HOD)
Jan Vegard Pettersen(HOD) (Sekretær)
Kari Frank(Helsedir)
Randi Talseth(Voksne for barn)
Siri Bråtane (Mental Helse)
Adrian Lorentsson(Mental helse ungdom)
Brynjar Torgersen Nyborg(LPP)

Bjørn Lydersen (Rådet for psykisk helse)
Annette Clausen (Norsk psykologforening)
Lone Løvscall (Norsk psykologforening)
Marit Hermansen (Norsk forening for allmenmedisin/ DNLF.)
Björg Schorre (DNLF/Psyk BU)
John Berg (DNLF)
Kurt Lyngved (NSF)
Oddbjørn Eikeland (Fagforbundet)
Mette Kaarstein (Fagforbundet)
Svein Torgeir Dale (Fellesorganisasjonen)
Anka Langeby (FM)
Johan Torper (KS)
Ulrik Sverdrup (RHFene)

2. Anbefalinger/Tiltak

2.1 Lovverk

Kommunene må generelt forpliktes sterkere til å drive psykisk helsearbeid gjennom lovverket.

Et klart flertall i gruppa anbefaler at dette må skje gjennom en lovbestemt plikt, eventuelt at det nedfelles i forskrift. Et bruker/befolkningsperspektiv må ligge til grunn, men ikke styrkes gjennom rettighetstenkning. Nærmere spesifikasjon av hvilke funksjoner kommunene har plikt til å ivareta må vurderes, men både forebyggende psykisk helsearbeid, tidlig intervensjon og behandling for lettere og moderate psykiske lidelser, samt rehabilitering og oppfølging av personer med alvorligere lidelser og/eller sammensatte tjenestebehov må sikres. Viktig å sikre folkehelsearbeid som gjennom f.eks informasjon, veiledning og opplysning i skolen.

Loven bør samtidig være generell, dvs at den tydeliggjør også andre grupper som har særskilte behov for tjenester, slik at man i størst mulig grad unngår å markere psykisk helsearbeid som en særomsorg.

- Kommunenes plikt må ha ta utgangspunkt i en samlet livssituasjon for mennesker med psykiske lidelser, herunder, bolig, arbeid, nettverk, familiestøtte og økonomi i tillegg til symptom bildet. Forebyggingsaspektet er sentralt.

- Kommunene bør ha en generell plikt (dvs ikke bare i tilknytning til psykisk sykdom) til å yte følgende boligtenester, gjerne i samarbeid med andre kommuner:
 - vanlige boliger
 - forsterkede overgangsboliger
 - forsterkede permanente boliger
 - bofelleskap/gruppeboliger med fleksibel grad av støtte
 - ”brukerstyrte senger” – event i samarbeid med DPS

Kommunene må særlig ha en sterkere ”øyeblikkelig hjelp” plikt ift å sikre bolig for mennesker i akutte livssituasjoner.

- Samarbeidsavtaler mellom kommuner og DPS om rutiner for innskrivning, utskrivning, oppfølging, veiledning/rådgivning og generelt samarbeid skal være etablert over hele landet, men bør vurderes lovfestet.

Samarbeidet mellom 1. og 2. linje må baseres på likeverdighet. Dette er mange steder en stor utfordring i dag.

Merknad I fra Johan Torper (KS) og Anka Langeby (fylkesmannen): *Et felles forvaltningsnivå for psykisk helsevern utenfor institusjon, herunder polikliniske DPS-funksjoner, ville forhindre brudd. Det foreslås derfor at ambulante og polikliniske funksjoner ved DPS blir et kommunalt ansvar*

Merknad II fra Johan Torper (KS) og Anka Langeby: *”Det må etableres organer som overvåker og forplikter partene (kommune og helseforetak) uten at man må gå rettens vei for å løse konfliktene. Dette øker likeverdighet mellom nivåene og reduserer sjansen for brudd”*

Anmerkning fra John Berg (NPF): *Psykiatrisk forening anbefaler bindende minstenormer for bemanning i DPS*

2.2 Organisering med mer.

Lavterskeltenkning må ligge til grunn for organisering og utvikling av psykiske helsetjenester/psykisk helsehjelp, for å sikre lett tilgjengelig hjelp som samtidig kan forebygge akuttinnleggelser. Kommunale tjenester, med kompetanse på å møte mennesker med psykiske lidelser, må så langt mulig være tilgjengelig 24 timer i døgnet 7 dager i uka. Dette kan baseres på et samarbeid med de generelle pleie og omsorgstjenestene, og gjerne på interkommunalt samarbeid.

Legevakta slik den er organisert i dag dekker ikke de akutte omsorgs- og trykghetsbehov, som ofte oppstår utenfor kontortid. Legevakta mangler også kompetanse om de konkrete pasientene og har ikke tilstrekkelige ressurser å spille på, noe som synes å bidra til unødvendige akuttinnleggelser. Legevakta bør derfor koples

sterkere opp mot andre tjenester og/eller forsterkes med f.eks psykisk helsearbeider. Lokale "brukerstyrte" senger i tilknytning til annet botiltak hvor det er mulig å komme på dag, kveld, natt etter behov anbefales. Såkalt "åpen retur" i DPS er en liknende variant som anbefales.

Merknad fra Marit Hermansen (NFA): *Legevakt i Norge er høyst moden for revisjon. Men ikke ved at man lager en særomsorg for mennesker med psykiske lidelser. Vi trenger en legevakt som kan ta hånd om øyeblikkelig hjelp, ikke alt det andre som renner over fra dagtid. Mye av det som idag behandles av psykiatriske lidelser på legevakt, kan bedre blitt ivaretatt på dagtid hvis kapasiteten i primærhelsetjenesten var bedre. Konklusjonen må derfor ikke være en forsterket psykiatrisk legevakt, men en bedret legevakt og en styrking av primærhelsetjenesten på dagtid slik at de problemstillinger som ikke er hyperakutte (som er de langt fleste!) kan håndteres der.*

- Bruker- og pårørendeperspektiv og reell bruker medvirkning må ligge til grunn for organisering av tjenestene. Dette gjelder både på individ og systemnivå.

Merknad fra Siri Bråtane (Mental Helse): *Dersom man skal ta bruker- og pårørende perspektivet på alvor, og virkelig legge brukermedvirkning til grunn for organisering av tjenestene, betyr det at tjenestene må innrettes på en annen måte en i dag. Man må se personen som en del av den konteksten han / hun lever i, og ta utgangspunkt i å skape helhet og sammenheng i den enkeltes liv, istedenfor å ha diagnosen som styrende utgangspunkt for behandling. En organisering som bygger på kontekstuelle verdier til fordel for det diagnostiske perspektivet, vil i mye større grad ha forebygging, tidlig intervensjon og tverrfaglighet som bærende prinsipper, og man legger til grunn en forståelse som anerkjenner at den enkelte har en del basisbehov som må ivaretas (som bolig, økonomi, arbeid / utdanning, relasjoner til familie og venner) før man evt kan iverksette behandling i mer tradisjonell forstand. Denne behandlingen må bære preg av frivillighet, kontinuitet, fleksibilitet og nettverkstankegang. Samtidig må man jobbe langsiktig med å etablere en så trygg og meningsfull hverdag som mulig.*

- Kommunene bør så langt mulig samlokalisere aktuelle tjenester (fastleger, psykologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere, sosiale tjenester m.fl.) og andre relevante funksjoner. Tverrfaglige team anbefales prøvd ut. Koordineringen rundt den enkelte pasient må styrkes.
- Fastlegens rolle som medisinsk faglig koordinator bør styrkes gjennom en tydeliggjøring av funksjons- og kvalitetskrav, dvs en tydeliggjøring av fastlegens ansvar for/deltagelse i arbeidet med individuell plan, deltagelse i ansvarsgrupper, innholdet i samarbeidet med andre faggrupper med mer.

Merknad fra Johan Torper (KS): *Større fokus på utfordringen rundt forventninger til fastlegenes sentrale rolle samtidig som de står utenfor linjen og i liten grad kan instrueres/sanksjoneres av kommunene og har lange og viktigst: ikke vektete lister*

Merknad fra Marit Hermansen (NFA): *NFA er uenig i formuleringen kommunene bør så langt mulig samlokalisere disse tjenestene. Samlokalisering er en av mulige organisasjonsmodeller for bedret samhandling. NFA ser gjerne på forventningene til fastlegenes sentrale rolle, men stiller seg undrende til KS tro på instruksjon og sanksjoner.*

- Familiesentre/familiens hus bør videreutvikles og fremmes som god modell for samlokalisering og organisering av lavterskeltilbud til barn og unge.
- Spesialisthelsetjenesten
Spesialisthelsetjenesten må tilstrebe at pasientene får **ett** gjennomgående behandlingsopplegg og **ett** gjennomgående behandlerteam, ikke en ny behandlingsplan for hver avdeling de kommer til på sin rundreise i tjenesten (DPS-avd, akuttavd, dagavd, poliklinikk, subakutt, rehabavd etc). Alle pasienter som skal ha tilbud over tid i spesialisttjenesten bør ha tilbudet forankret og koordinert i DPS.
- Øyeblikkelig hjelp-plikten må gjøres gjeldende (eller tydeliggjøres!) på lokalsykehusnivå innen psykisk helsevern (DPS/BUP).
- Innen helsetjenesten må ambulant praksis, nettverkstenkning og forpliktende samhandlingsmodeller prioriteres, slik at til flere kan leve bedre med sin psykiske lidelse i egen hjemkommune og i eget hjem.
- Det bør legges til rette for at personell kan ”krysse forvaltningsgrensene”, når dette er nødvendig for å sikre oppfølgingen av pasientene.
- Praksiskonsulentordningen kan bidra til felles forståelse mellom 1. og 2. linjetjenesten. Ordningen bør evalueres og videreutvikles for å fremme forståelse og bedre samhandlingen mellom nivåene.

2.3 Finansiering

SINTEF-rapportene (pasienttellingen) dokumenterer at det er en omfattende struktur- og flaskehalsproblematikk tvers gjennom hele tjenesten. Det er særlig i sykehusavdelingene (dvs i noe mindre grad i DPSene) at ”feilplasseringene” er mange. I akuttavdelingene skulle etter disse vurderingene mellom 55 og 70% av pasientene hatt annet tilbud! Mellom 25 og 30% (av akuttpasientene) ble vurdert til å være best tjent med et kommunalt tilbud. De øvrige burde vært i DPS eller annen døgnavdeling. Finansieringsmodellen antas å være et sentralt virkemiddel, for å snu prioriteringene. Dagens finansieringssystem kan bidra til et svarteperspill.

- Det må bli god økonomi på behandle i eget hus og på lavets mulig effektive nivå (LEON-prinsippet).
- Insentivstrukturen må legge opp til behandling og ikke gjennomstrømming.

- Ambulant og utadrettet virksomhet må gjøres lønnsomt. (Kommunene må ansvarliggjøres i forhold til forebygging. (Kommunene har allerede et ansvar, problemet er at de ikke følger det opp og at det ikke får noen merkbare konsekvenser).
- Kommunene må settes økonomisk i stand til å håndtere de store forventningene fremover mht forebygging, behandling, oppfølging/omsorg.
- Kommunal delfinansiering av spesialisthelsetjenesten bør prøves ut, særlig i tilknytning til døgnbehandling hvor strukturproblematikken er stor. Modellen må utformes på en slik måte at den understøtter den ønskede faglige utviklingen om omstilling i spesialisthelsetjenesten, med mer vektlegging av poliklinisk og ambulant virksomhet og mindre vektlegging av tradisjonell døgnbehandling. Hovedformålet med ordningen må likevel være å gi kommunene økt handlefrihet til å etablere lokale tiltak når dette er til beste for brukerne, jfr at dagens ordning med full statlig finansiering av psykisk helsevern er en sterk ”driver” i retning av å sende pasientene til 2. linje. Den kommunale delfinansieringen må ikke være så stor at den er til hinder for at pasienter får tilgang til spesialist når de trenger det.
- Kommunal fullfinansiering av utskrivningsklare pasienter kan være et egnet virkemiddel for å fremme effektivisering og omstilling. Må baseres på en omforent forståelse av begrepet utskrivningsklar. Gjennomføringstempo og teknikker må vurderes nøye, slik at kommunene i praksis kan håndtere dette. Systemet må ikke utformes slik at det skapes nye brudd mellom forvaltningsnivåene jf. at mennesker med langvarige og sammensatte behov, som utskrives fra et døgntilbud i psykisk helsevern, fremdeles vil ha behov for oppfølging av spesialisthelsetjenesten, selv om de bor i kommunen.

Hovedformålet med ordningen må være at den på sikt setter kommunene i stand til å etablere tilbud som er mer hensiktsmessige for brukerne.

Merknad fra Anette Clausen (NPF) og Siri Bråtane (Mental Helse): *Det er mulig å tenke seg at kommunene ikke klarer å prioritere forebyggig og tidlig hjelp i tilstrekkelig grad dersom fokuset hele tiden knyttes til de som tas i mot fra spesialisthelsetjenesten (”for å unngå straffegebyr”). Dette må unngås!*

- Det må etableres andre produksjonsmål i spesialisthelsetjenesten. Dagens ensidige målsetting for behandlingseenhetene knyttet til produksjon av konsultasjoner er til hinder for god samhandling. Det må etableres mål for behandlingen som i større grad vektlegger funksjon i hjemmesituasjon framfor symptomreduksjon innenfor institusjon.

- Egenandel hos fastleger for ungdom mellom 12 og 18 (eller 23) bør fjernes
Dagens egenandel er et hinder for at ungdom oppsøker hjelp hos fastlegen sin.
- Helsestasjon for ungdom bør bygges ut som et viktig lavterskeltilbud, også i forhold til psykisk helse.

2.4 Kunnskap og utdanning

Arbeidet med å tette gapet mellom kompetansen i dagens utdanningsløp og metoder/kunnskapsgrunnlag som er i stand til å møte dagens og morgendagens utfordringer må intensiveres.

En gjennomgang av grunn- og videreutdanningene i lys av behovet for å sikre at utdanningsgruppene har tilstrekkelig kompetanse og ferdigheter knyttet til tidlig hjelp og intervensjon/forebygging, mestrings-, bruker- og samfunnsperspektiv.

Merknad fra Siri Bråtane(Mental Helse). *Det anbefales at det ansettes medarbeidere med brukererfaring ved alle institusjoner som har utdanninger innen psykisk helse feltet for å sikre at brukerperspektivet gjenspeiles i pensum/undervisning.*

Psykologkompetanse bør bli tilgjengelig i alle kommuner, da dette vil være en viktig kompetanse inn i det tverrfaglige kommunale tilbudet.

Det er nødvendig å styrke forskningsinnsatsen i forhold til primærtjenestenes psykiske helsearbeid jf. nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid som i 2008 ble etablert i Trondhjem.

Kostnadseffektive og evidensbaserte tilbud, som depresjonsmestrings og selvhjelpskurs/selvhjelpsgrupper må være lett tilgjengelig. Jf ”The Depression Report” (London School of Economics) om samfunnsøkonomisk tilnærming til økende depresjonsproblematikk.

Medarbeidere (behandlere) med brukererfaring bør tilsettes på alle nivåer for å styrke brukerperspektivet. Det bør legges til rette for utvikling og bearbeiding av erfaringskompetansen hos de som ansettes med slik bakgrunn.

Tverrfaglige videreutdanningstilbud som tilbys begge nivåer bør oppmuntres videre, jfr gode erfaringer fra SEPREP, videreutdanning i psykisk helsearbeid med mer.

2.5 Felles mål og felles forståelse

Tilbudet er preget av manglende felles forståelse mellom aktørene (bruker/pasient, 1. linje, 2. linje, andre aktører) av hva som er målet med behandlingstiltaket. Det bør

settes i verk et "kulturprosjekt" for å sikre felles forståelse mellom aktørene i 1. Linje og 2. Linje, hvor brukerperspektivet må stå sentralt.

Jf. for øvrig tiltak under pkt 1.4 Kunnskap og utdanning.

2.6 IKT/journalsystem

Det er behov for omforente IKT løsninger og journalsystemer som fremmer samhandling, både mellom nivåer og sektorer. Gruppen har ikke prioritert å diskutere konkrete løsninger.

2.7 Helhet, forebygging og folkehelse

Tjenestene må legge opp til at vi må forstå og møte problemene i de sammenhengene de oppstår. Dette betyr at barnehage, skole og arbeidsliv må være sentrale arenaer for psykisk helsearbeid. Helsetjenestene må ha et klart mål om å understøtte psykisk helse forståelse og tiltak i andre sektorer.

Merknad fra Johan Torper (KS), Anette Clausen (NPF) og Siri Bråtane(Mental Helse): NAV trygd og arbeid er sentrale i forhold til habilitering og rehabilitering. Det er store utfordringer knyttet til brudd her og det blir feil bare å ansvarliggjøre kommunene så lenge virkemidlene er statlige. Stor bruddrisiko.

3. Bakgrunn - fra tilbaketrukne behandlingsskjeder til brukerorienterte, tilgjengelige og fleksible tjenester.

Opptrappingsplanen(98-08) la opp til en styrking av alle ledd i tiltakskjeden for å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk med vekt på brukerperspektivet. Gjennom disse 10 årene har det vært en formidabel utvikling, både i spesialisthelsetjenesten, i kommunene og på kompetansesiden generelt.

Nasjonale mål: Et verdig tjenestetilbud preget av: Brukerperspektiv, mestringsperspektiv, frivillighet, tilgjengelighet, kontinuitet, helhet, samarbeid, desentralisering, nærhet til brukerne og kvalitet i behandlingen.

Mestring – arbeid på andre samfunnsarenaer

Mestring av dagligliv (arbeid, skole, barnehage, familie, sosiale relasjoner) er av grunnleggende betydning for alle mennesker, også de med alvorlig psykiske lidelser. Graden av mestring innvirker sterkt på den psykiske helsen og vice versa. Det betyr at den viktigste innsatsen for å bedre befolkningens psykiske helse må skje på andre arenaer enn i helsetjenesten, og at helsetjenesten må ha klare strategier for å understøtte arbeidet inn i andre samfunnssektorer. En vanlig (popularisert) antagelse er at helsetjenesten kan gjøre noe med 10% av folks psykiske helse. WHO understreker i sine anbefalinger betydningen av psykiske helse tenkning inn i andre sektorer av

samfunnet.

Livet er vekslende med uforutsigbare perioder også for mennesker med psykiske lidelser. Derfor følger ikke hjelpebehovet et kausalt mønster. Tidlig innsats har god effekt dersom den ikke har en sykdomsforståelse som driver. Økende samfunnsutfordringer knyttet til depresjon og svikt i forpliktende sosiale felleskap må også møtes med hjelp til depresjonsmestring/ krisemestring. Behandling må suppleres – og kan av og til erstattes - med veiledning og hjelp til å mobilisere egenomsorgsressurser.

Utfordringer - psykisk helse

Dette notatet tar likevel i alt det vesentlige utgangspunkt i helsetjenesten, jfr formålet med samhandlingsreformen. Notatet vil skissere utfordringer vi står overfor, både i forhold til å utnytte bedre de ressursene og strukturene som er etablert gjennom planen, samt å peke på forhold som gjør at resultatet ikke blir optimalt for brukeren og for samfunnet.

1. Understøtte forståelse og tiltak for bedre psykisk helse inn i andre sektorer (arbeidsliv, skole, barnehage, familie og kultursektor mv).
2. Realisere bruker- og mestringperspektivet i tråd med opptrappingsplanens intensjoner.
3. Pårørende må oppgraderes som samarbeidspart og understøttes bedre, jfr pårørendeplanen (Helsedir).
4. Bedre tilgjengelighet og kortere ventetider
5. Styrke de kommunale tilbudene. Det er særlig behov for økt utbygging og videreutvikling av lavterskel tilbud i kommunene, herunder øke tilgjengeligheten på psykologhjelp. Den koordinerende funksjonen i det kommunale tjenesteapparatet må styrkes, og fastlegen forutsettes å ha en sentral rolle i dette.
6. Fullføre desentraliseringen og omstrukturering av spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern). Utvikle DPSene i henhold til intensjonene.
7. Bedre forebyggende psykisk helsearbeid. Folkehelseperspektiv må styrkes.
8. Bedre samhandling der brukerens behov står i sentrum, herunder sikre en bedre oppfølging av gruppen med langvarig behov for sammensatte tjenester, samt sikre bedre tilgjengelighet generelt slik at mennesker i en krisesituasjon får hjelp når de trenger det.
9. Mer frivillighet og samarbeid med pasient/bruker, og mindre bruk av tvang.
10. Kvalitet og kompetanse. Rekruttering av fagpersonell.

Kommunene har mange tjenester og til sammen mye god kompetanse, men er ofte organisatorisk, geografisk og faglig delt og mangler tilstrekkelig gode systemer for samarbeid. Selv om de fleste er godt fornøyd med tilbudet de får, er det for mange som opplever at tjenesten er lite tilgjengelig, det samlede resultatet er utilstrekkelig, kan være ineffektivt, mangler kvalitet og/eller at helhet og sammenheng mangler. Mange brukere melder at de opplever seg krenket og uverdigg behandlet i psykisk helsevern.

Rapport Helsedir (2007) anslår at ca 4000 personer med alvorlige, langvarige og sammensatte lidelser ikke får den hjelp, behandling og oppfølging som de trenger.

Rundt 70 % av ressursene i sektoren går til spesialisthelsetjenesten, og ca 30 % til kommunale tjenester. Det er grunn til å anta at den samlede helsegevinsten kan øke ved en langsiktig omprioritering av ressursene med økt vekt på lokalbaserte tilbud, dvs på kommunale tiltak i samarbeid med DPS.

Voksne

Psykisk helsetilbud i kommunene er ujevnt og til dels utilstrekkelig utbygd mange steder (jfr evalueringen av opptrappingsplanen).

Følgende kan indikere at vi i Norge har en relativt døgntung struktur innenfor psykisk helsevern sammenlignet med andre land:

- WHO-rapporter viser at Norge bruker mest ressurser i Europa på psykisk helse. Samtidig har vi dobbelt så mange døgnplasser per innbygger som Danmark, Sverige og Finland. Driften av døgnavdelingene utgjør 85 pst. av personellressursene i tjenestene for voksne .
- SINTEFs pasienttelling fra 2007 viser at en tredjedel av de som får et døgntilbud i spesialisthelsetjenesten ville vært bedre tjent med et kommunalt tilbud.

Et hovedsiktemål med omstillingen i psykisk helsevern under opptrappingsplanen var å overføre "allmennpsykiatriske" funksjoner fra sykehus til DPS. Uten at det er foretatt grundige vurderinger, er det grunn til å anta at noe mellom halvparten og to tredjedeler av dagens sykehusaktivitet fortsatt er allmennpsykiatriske funksjoner – dvs. funksjoner som bør utføres på lavere nivå (DPS, kommuner). SINTEFs pasienttelling synes å bekrefte dette. I rapporter fra Riksrevisjonen og Helsetilsynet (2007) fremgår det at manglende desentralisering av behandlingsoppgaver og ressurser får konsekvenser for pasientflyten og dermed for tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen i hele det psykiske helsevernet.

Barn og unge

Mange utsatte barn og unge gjenfinnes ofte både innen barneverntjenesten, kommunalt psykisk helsearbeid, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og det kommunale rusarbeidet. Disse barna må få rett hjelp til rett tid fra rett instans. Vi vet at det ikke alltid er tilfellet. Tidvis oppstår det diskusjoner mellom de ulike tjenestene om hvem som har ansvaret for å hjelpe dem. Mens de ulike tjenestene diskuterer går tiden og barn og unge og deres familier blir skadelidende. Plassering på venteliste i BUP synes ofte å kunne føre til at kommunale tjenester trekker seg ut, slik at ingenting skjer i ventetiden. Tidlig og riktig hjelp til denne gruppen barn og unge fordrer et godt og systematisk samarbeid mellom de ulike aktørene. Forebygging og tidlig intervensjon krever tverrsektorielt samarbeid som knytter arenaene der barn og unge er sammen, med ett større fokus på det psykososiale perspektivet i andre samfunnssektorer, samt en tilgjengelig og fleksibel helsetjeneste som understøtter nettverks, familie og samfunnspektiv. I dag fremstår BUP i stor grad som en allmenntjeneste for barn og

unges psykiske helse, dvs en tjeneste som i en viss grad ivaretar barn og unge som kunne fått et hensiktsmessig tilbud i kommunen, dersom det fantes.

4. Forløp, brudd og virkemidler- en helhetlig og tilgjengelig tjeneste for mennesker med psykiske problemer

Forløp er en beskrivelse av hvordan og eventuelt hvorfor problemene har oppstått. Hvordan møte med helsetjenesten har artet seg, hvilken effekt hjelpen har hatt for den som eier utfordringene. Et forløp må sees i sammenheng med livsløpet- før under og etter problemene har oppstått, samt hvordan tjenestene har innvirket på brukerens mestringsevne i tidsrommet.

Samhandling er et uttrykk for hvordan helse- og omsorgstjenestene er koordinert og organisert for å utføre det samfunnsoppdraget de er gitt.

Forløpsanalyse er en visuell fremstilling av forløp som er egnet til å synliggjøre brudd og til å finne de områder med forbedringspotensiale.

Brudd er en beskrivelse av situasjoner der tjenestene ikke har vært tilgjengelig, ikke har bidratt positivt eller ikke vært koordinert slik at brukeren har opplevd hjelpen som sammenhengende og støttende.

4.1 Beskrivelser av brudd i den psykiske helsetjenesten

Brukerundersøkelser viser at det store flertallet av pasienter og brukere er tilfreds eller godt tilfreds med den helsehjelpen de får. Dette gjelder også i tilknytning til psykisk helsearbeid i kommunene og psykisk helsevern. Bakgrunnen for samhandlingsreformen er samtidig at mange enkeltpersoner opplever at tjenestene ikke strekker til i forhold til de opplevde behov. I beskrivelsen nedenfor er det opplevelsen av svikt og svakheter i tilbudet og i samspillet mellom tilbudet som beskrives. Når punktene nedenfor leses må man derfor ha for øye at de positive erfaringene ikke er synliggjort.

4.2 Mennesker med langvarige og sammensatte behov for tjenester

- Tjenestene oppleves ofte å ikke være tilgjengelig når det er behov for det. Eksempler på brudd som kan få alvorlige konsekvenser er mangel på hjelp når folk begynner et forverringsløp, når man ikke blir fulgt opp lenge nok eller når det ikke er kontinuitet i oppfølgingen.
- Hjelpen som er tilgjengelig har ofte ikke tilstrekkelig kompetanse om psykisk helse. Det er et gap mellom eksempelvis helsesøster/fastelege og BUP /DPS som bør fylles av en forsterket psykisk helsetjeneste slik vi ser eksempler på i

Nesodden, på Askøy, i Hamar, i Bærum, Bergen, Trondhjem, Lørenskog m fl...

- Manglende trygghet til om hjelpen vil være tilgjengelig når man trenger den synes å skape unødvendige belastninger, henvendelser og innleggelseser.
- Selv om de fleste er godt fornøyd med sine behandlere, tyder brukerundersøkelser på at 20-30% ikke er tilfreds med behandler og/eller valg av metoder. Dette kan føre til tillitsbrudd, som igjen resulterer i at brukere ikke møter opp eller ikke oppsøker ønsker tjenester de har behov for, eller at de oppsøker hjelp for sent. Opplevde krenkelses og tidvis unødvendig eller uhensiktsmessig bruk av tvang er elementer i dette.
- Bruken av individuell plan øker, men fungerer fortsatt ikke tilfredsstillende ift intensjonene.

4.3 Mennesker med lettere og moderate psykiske lidelser/problemer

- Mange brukere og pårørende synes å erfare at man enten må være veldig dårlig eller veldig ressursterk for å få hjelp. Unge/uge voksne med lettere/moderate lidelser blir ofte gående uten hjelp og behandling i lang tid. Dette betyr at hjelpen alt for ofte kommer for sent, er dårlig koordinert, samtidig som den ikke tar tilstrekkelig hensyn til psykososiale behov (skole, arbeid, nettverk, pårørende, etc). Resultatet blir for ofte at arbeid, utdanning og sosialt nettverk glipper, og at man etter en tid ender opp som ung uføretrygdet.
- Fastlegen er den hyppigste og viktigste kontakt for mange mennesker med lettere psykiske lidelse. Andre kommunale tjenester synes ofte å være fraværende. Mange/en del fastleger synes samtidig – eller derfor - i stor grad å forholde seg til spesialisthelsetjenesten og i variabel grad til det øvrige kommunale tilbudet. Dette fører til manglende samspill i 1. linje, og at medikamentelle løsninger ofte velges som eneste løsning, der andre eller supplerende tiltak burde vært satt inn.
NPF foreslår at siste setning erstattes med ”*Dette fører til manglende samspill i 1. Linje. Ressursene, i den grad de finnes, utnyttes dermed ikke og tilbudet til den enkelte blir ikke godt nok*”

Viktige årsaker til dette kan være at det enten mangler tydelige strukturer i kommunene som fastlegen kan spille på, eller at alternative tilbud ikke finnes eller er utilstrekkelige (f.eks psykologhjelp eller relevante sosiale støttetjenester/adekvate NAV-tjenester mv). Andre årsaker kan være fastlegenes mangel på tid og kompetanse (eller usikkerhet på egen kompetanse?). Det er også viktig at fastlegen er bevisst på å bruke eksisterende kommunal kompetanse. 70 % av fastlegene sier selv at de ønsker seg å være samlokalisert med psykolog for å styrke tilbudet til personer med psykiske problemer og lidelser (undersøkelse i regi av Legeforeningen).

Merknad fra Marit Hermansen (NFA): foreslår at *siste kulepunkt strykes og at siste forslaget fra norsk psykologforening tas inn i stedet.*

4.4 Barn og unge med psykiske problemer/familier

- Hjelpen til barn og unge- og deres omsorgspersoner er ofte dårlig koordinert og tilgjengelighet på hjelp i kommunene for dårlig. Fastlege, helsestasjoner og skolehelsetjeneste er viktige aktører. Likevel synes mange risikobarn/familier å bli gående uten adekvat hjelp.
- Ungdom forholder seg sjelden til sin fastlege og trenger andre strukturer som er lett tilgjengelige/griper fatt i dem.
- Arbeid med og kompetanse om forebygging av psykiske lidelser kan ofte være mangelfull i barnehager og skoler.
- Støtte i foreldrerollen vil det være et økende behov for, med tanke på bl.a. økende grad av relasjonsbrudd i samfunnet.
- Evidensbaserte metoder vedr oppfølging av utsatte barn, unge og familier bør videreutvikles, jfr pågående samarbeid med barnevernet.

Merknad fra Marit Hermansen (NFA): *3.4 er viktig, men med feil konklusjon. Ungdom burde forholde seg oftere til fastlegen - jfr. arbeidet til dr. Ole Richard Haavet. Men det er organisatoriske og økonomiske ordninger som gjør dette vanskelig - jfr. foreslåtte tiltak under økonomi. Det er fint med andre strukturer, men ikke i stedet for! Det må legges til rette, organisatorisk og økonomisk, for at ungdom får lett tilgang til sin fastlege.*

Hvor er bruddene?:

4.4.1 Er det lovmessige forhold som bidrar til brudd?

- Selv om mange kommuner har en god satsing på psykisk helse, så er det for mange kommuner som ikke har gjort dette. Erfaringer etter bruk av andre virkemidler gjennom 10 år med opptrappingsplan peker i retning av at kommunenes lovbestemt plikt på psykisk helse-området må styrkes.
- Barnevernet har "ansvar for" foreldrenes omsorgsevne, psykisk helsevern har "ansvaret for" barnets følelser, imens skole og barnehagen har "ansvaret for" barnets pedagogiske/kognitive utvikling. Tjenestene blir for sammensatte og kompliserte for familier og barn som sliter. Denne organiseringen muliggjør at tjenestene dytter barna og familiene mellom seg.
- Taushetsplikten kan i enkelttilfeller være til hindring for god tverrsektoriell samhandling.
- Problem at det ikke får noen synlige konsekvenser når kommunene ikke følger opp sitt ansvar.

4.4.2 *Er det økonomiske/finansierings ordninger som bidrar til brudd?*

- Finansieringsordninger/takster tar i stor grad utgangspunkt i en somatisk logikk, der pasientgjennomstrømningen blir stor, men kvaliteten dårligere. Fokus på høy produktivitet fører til lav kostnadseffektivitet fordi antall konsultasjoner blir viktigere enn at behandlingen/oppfølgingen fører til økende grad av selvstendighet og mestring. Samarbeid lønner seg ikke.
- Finansieringssystemet og organiseringen understøtter i for liten grad kvalitet.
- Finansieringssystemet kan være til hinder for rett hjelp på rett nivå. Et eksempel er en rekke tilfeller der ungdom med tydelig behov for hjelp og avlastning eksempelvis i en barnevernsinstitusjon ikke blir henvist til dette fordi kommunene må betale for en slik plass. I stedet lar man livet gå sin skjeve gang inntil symptomer blir så alvorlige at ungdommen får rett til nødvendig helsehjelp i BUP – noe som er gratis for kommunene. Det må være slik at finansieringssystemer ikke gir mulighet til denne type spillsituasjoner – som i stor grad medfører lidelse for den enkelte, reduserer mulighetene til å lykkes og gir et langt dyrere forløp enn det som er nødvendig.

4.4.3 *Er målet for ”hjelpen” omforent og kjent blant aktørene?*

- Det er store utfordringer knyttet til hva som skal være målsettingen med hjelpen- både mellom nivåer, sektorer, profesjoner og mellom aktører i tjenesten og brukerne.
- Andrelinjens målsetning har fokus på å gjøre pasienten symptomfri, mens førstelinjen er opptatt av funksjon og mestring der livet leves.
- Brukere og behandlere beskriver målet for hjelpen forskjellig. Brukerne blir fremdeles for lite hørt. Bedre reell brukermedvirkning på alle nivåer er et godt terapeutisk virkemiddel i seg selv.

4.4.4 *Hvem har eierskap til prosessen?*

- Det er ofte aktørene i tjenesten som får definere prosessene. Brukerkompetansen blir i for liten grad tatt hensyn til. Når fagfolk i stor grad kommuniserer at de eier og styrer prosessen blir brukerne umyndiggjort. Dette fører ofte til økt klientifisering og gjør mestringsressurser mindre tilgjengelig for brukerne.

4.4.5 *Er det organisatoriske forhold som fører til brudd?*

- Tjenestene er på godt og vondt preget av mangfoldighet. Den negative siden av mangfoldighet er ulik tenkning, ulike målsetninger, fragmentering og svarteperspill – i verste fall at det blir et mål i seg selv å få overført en bruker med omfattende behov til en annen tjeneste eller til

annet omsorgsnivå.

- Det mangler et helhetlig samfunnsøkonomisk perspektiv på organiseringen av tjenestene. I deler av tjenesten er nivå og profesjon organisert etter en bedriftsøkonomisk modell, andre deler er organisert ut fra brukergruppe med tverrfaglig innslag og noen er organisert etter profesjon (psykiatrisk hjemmesykepleie). I dag virker det som om dette er logikker som kan trekke i ulike retninger og fører til at systemene fungerer suboptimalt. Dvs at man har fokus på oppgaven ut fra eget ståsted, uten at man lykkes med en helhetlig løsning for brukeren. Mange gode intensjoner er ikke nok, dersom de ikke trekker i samme retning.
- Den manglende helhetlige organiseringen preger begge tjenestenivåer og forholdet mellom dem.
- I psykisk helsevern er det vanlig at det etableres et nytt behandlingsregime/ny behandlingsplan hver gang man blir flyttet til en ny avdeling (DPS-døgnavdeling, akuttavdeling, poliklinikk, subakutt, rehabilitering, dagtilbud etc). Dette kan resultere i et oppstykket tilbud for pasienten, og innebære en dårlig bruk av tjenestens ressurser.

4.4.6 Er det de rette aktørene som yter hjelp?

- Det virker som det er en økende tendens mot at mer av fagkompetansen bindes opp i byråkratiske prosedyrer som ledd i kvalitetssikring og kostnadskontroll. Tjenestene bør innrettes slik at mest mulig ressurser frigjøres til kjerneaktiviteten, slik at hjelpen blir tilgjengelig, kvaliteten bedre og at aktiviteten blir samfunnsøkonomisk lønnsom.
- Kompetansen innen områder som psykologi, fysisk aktivitet og ernæring er mange steder for svak.

4.4.7 Blir hjelpen gitt på de rette arenaene?

- En vanlig antagelse er at helsetjenesten kan gjøre noe med ca 10% av folks helseproblemer, og at det for øvrig handler om å mestre hverdagen i forhold til familie, skole, arbeid osv. Dette gjør at andre arenaer er helt sentrale for den psykiske folkehelsen. Det gjør det nødvendig med en kraftig satsing på forebyggende arbeid, og at helsetjenesten må ha bevisste strategier for å understøtteforebyggende psykisk helsearbeid på andre arenaer. NAV må være en sentral samarbeidspart.
- Det har skjedd en stor utvikling innen helsetjenestene, men samlet sett er det nok fortsatt riktig å si at den vesentlige ressursbruken er knyttet til tjenestens egne arenaer, kanskje på begge nivåer men særlig i

spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelighet knyttet til arenaer folk bor og lever sine liv er fortsatt begrenset, selv om det her er viktige unntak (skolehelsetjenesten, helsestasjoner, ambulante team, kommunale hjemmetjenester).

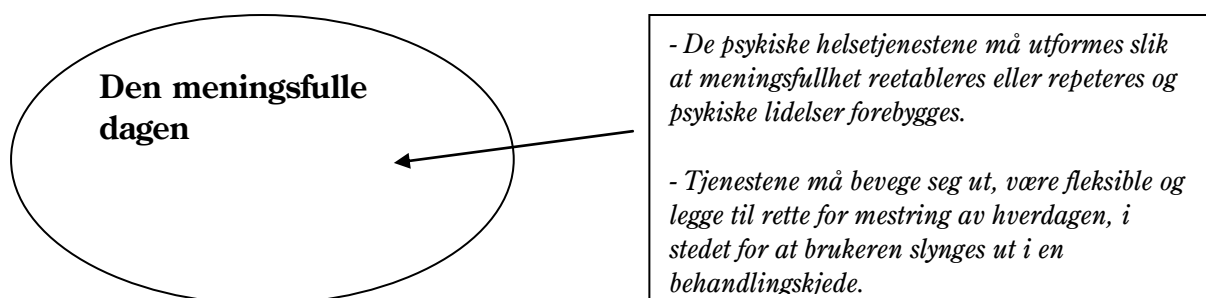
- I henhold begrunnelsene foran må vi anta at det gjenstår en god del før prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå er realisert på psykisk helseområdet, jfr at innsatsen settes inn for høyt oppe i systemet og for lang ”til høyre” på tidsaksen.

5. Idealforløpet

Virksom behandling, gradvis planlagt inntreden i utdanning/arbeid, bolig, gradvis nedtrapping av oppfølging og bistand. Tidlig innsats og forebyggende arbeid minsker risikoen for alvorlige og langvarige problemer.

Hva er et godt forløp innen psykisk helse

Det gode forløpet innen psykisk helse kjennetegnes av at det ikke kan organiseres etter en behandlingsskjede- metodikk. Tjenestene må være fleksible, tilgjengelige og nettverksorienterte.



Noen viktige kjennetegn ved idealforløpet:

- Tidlig hjelp og langvarig støtte/oppfølging
- Lett tilgjengelighet – trygghet 24 timer i døgnet/7 dager i uka
- Et hjelpeapparat som evner å kartlegge ressurser og motivasjonsfaktorer i brukerens forståelse og omgivelser og bruke dette som utgangspunkt i utformingen av hjelpe tilbudet.
- Kontinuitet i relasjonene
- Tett oppfølging for å komme tvungen i forkjøpet
- Integrert IP tankegang – bruker har sin selvstendige plan og et fast kontaktpunkt i tjenesten
- *En plan og ett kontaktpunkt* – og tjenester som forholder seg til dette
- Et forpliktende samspill med berørte aktører i samfunnet (arbeidsplass, NAV, skole med mer), hvor trådene ikke slippes for tidlig
- Signalisere håp og mulighet for bedring gjennom hele forkjøpet
- Bruke familie og andre signifikante som støtte i forløpet

- NB! Fange opp signaler – veie opp mot vern om personlig integritet
- Fagpersoner som vil investere og ikke fraskriver seg ansvar.
- Nettverk hvor alle ressurser (pårørende og andre) involveres – bevisstgjøre relasjonen til hver enkelt
- Verdisyn til grunn for tilnærmingen: Antonovsky: Salutogenese – hvordan gjøre den friske delen mer dominant
- Ta hensyn til hennes sannsynlige lave selvbilde (selvstigmatisering) – løft henne!

Uttrykt vedlegg: Notat fra Norsk ergoterapiforbund