

På tide å tilby god hjelp



Bjørn Lydersen
generalsekretær i Mental Helse

I den senere tid har vi fått sterk dokumentasjon på at det står dårlig til med kvaliteten i spesialisthelsetjenesten. Nylig kom Helsetilsynets rapport, som viste at det store flertall av undersøkte DPS-er ikke tilfredsstiller kravene til å yte god hjelp. Før jul kom rapporten fra Riksrevisjonen, som i realiteten var en knusende dom over spesialisthelsetjenesten. Den avdekket store, tilfeldige variasjoner i prioriteringene av hvem som får hjelp. Behandlingstilbudet viste seg å være langt fra tilstrekkelig, for ikke å si likeverdig.

Fra flere av profesjonene hører jeg ropet om flere spesialister som svar på problemet. Min uærbødige påstand er at langt viktigere enn å øke antallet er det at de spesialistene vi nå har, jobber riktig. Det nytter ikke å gjøre enda mer av det samme når det vi gjør, er feil.

Nå er det på høy tid å slutte å jobbe feil. Ressursene må settes inn der folk lever og bor – i kommunene

Vi trenger psykiske helsetjenester som tar utgangspunkt i behovene til de som trenger hjelpen – ikke i behovene til de som skal yte den. Vi trenger hjelpere som evner å tenke helhet sammen med brukeren og samarbeide med andre for å lykkes med det – ikke hjelpere som setter profesjonsinteresser først.

Vi trenger helsepolitikere som tør å styre, og som ikke lar sterke særinteresser snurre dem rundt lillefingeren. Det trengs med andre ord store endringer i forhold til hva som har vært tilfellet under Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Rådet for psykisk helse var svært tilfreds da Opptrappingsplanen kom. Mennesker som altfor lenge hadde blitt nedprioritert, skulle endelig få god hjelp slik de hadde krav på. Store, men helt nødvendige økonomiske overføringer ble satt inn. Samtidig ble det gitt klare føringer om en annen måte å arbeide på, med minst mulig institusjonsopphold, med utbygging av lokale tilbud og med styrket brukermedvirkning.

Når mennesker fortsatt ikke får den hjelpen de trenger, er det alvorlig. Det fører til krenkelser som ikke er vårt samfunns verdig. Hjelpen kommer sent og etter at folk har blitt unødig dårlige. Den tar ofte bare for seg en del av problemet, nemlig symptombildet. Andre deler av hverdagslivet blir ikke adressert. Fortsatt hører vi at «dette ikke er mitt bord».

Svak eller manglende samhandling med primærhelsetjenesten forsinker hjelpen. Et sted vet jeg det er et par minutters gange mellom DPS-et og kommunehelsetjenesten uten at det eksisterer noen form for samarbeid. Dette fungerer naturligvis som en effektiv barriere mot helhetlig og langsiktig hjelp. I sin tur bidrar oppstykkingen til at vi har mislyktes totalt i forhold til målsettingen om reduksjon i bruken av tvang.

Mange steder har man unnlatt å opprette ambulante team som skal gi hjelp til folk i sitt nærmiljø. Avtalespesialister i psykologi og psykiatri kan rekruttere pasienter etter eget forgodtbefinnende og uavhengig av pasientenes behov. Det er opp til den som søker hjelp, å overbevise om man er verdig til å få et tilbud. Spesialister vegrer seg for å dekke Oslo Øst og Finnmark, og helseforetakene unnlater å styre dem dit.

Svikt i informasjonsplikten fratar pasientene i praksis et reelt valg, en reell klageadgang og reell myndiggjøring i behandlingsopplegget.



Sterke faggrupper har fått anledning til å overse Stortingets enstemmige føringer da Opptrappingsplanen ble vedtatt. Helseforetakene har på sin side sviktet i forhold til sitt styringsansvar. Overfor Stortinget er dette i beste fall illojalitet. Overfor pasientene representerer disse krenkelsene lovbrudd.

Køen vi nå ser, må i første omgang ordnes og i neste omgang fjernes.

Køen *ordnes* ved at det etableres reell styring med prioriteringen av ressursutnyttelsen.

Køen *fjernes* best ved å tilby bedre hjelp på andre arenaer. Nå er det på høy tid å slutte å jobbe feil. Ressursene må settes inn der folk lever og bor – i kommunene.

Spesialisthelsetjenesten bruker etter min mening altfor mye ressurser på problemstillinger som best kan løses på andre arenaer, og som skulle vært løst på et tidligere tidspunkt. Senger er det nok av. Løsningen ligger ikke i sengen.

Mange kommuner har skapt nye og gode tilbud. Køene til spesialisthelsetjenesten er borte herfra. Lørenskog er et godt eksempel. Andre steder mangler lokale tilbud. Utskrivningsklare pasienter venter på å komme hjem – akkurat som innenfor deler av somatikken. Fortsatt hører vi om unge mennesker som forblir i årevis på institusjon fordi det ikke er et forsvarlig tilbud på hjemstedet.

Vi må bort fra tanken om at behandling gis i spesialisthelsetjenesten, mens det i kommunen bare ytes omsorg. Dette er håpløst foreldet. Vi har tallrike eksempler på tilfeller der kvaliteten på hjelpen øker når den gis i tilknytning til menneskers hverdagsliv. Som med kvinnen hvor man etter nitten tvangsinnleggelser begynte å tenke nytt. Ved tidlige tegn på at hun ble dårlig, trådte beredskapen inn. Hjemmetjenesten, spesialisten hennes, fastlegen og datteren stilte opp hos henne og kartla situasjonen, fordelte ansvar og satte i gang tiltak. Gjennom tett oppfølging bedret tilstanden hennes seg ganske raskt. Hun unngikk å blamere seg. Hun var trygg på at hjelpen var rett rundt hjørnet ved det minste vink. Hjelpen kom tvangen i forkjøpet. Etter hvert var det mindre og mindre behov for den hjelpen. Nå er fastlegen hennes eneste kontakt med helsevesenet.

Det ligger store muligheter til bedre tjenester i den kommende samhandlingsreformen til statsråd Bjarne Håkon Hanssen. Han har stilt en god systemdiagnose og varsler en reform som skal styre ressursene i retning av kommunene og stimulere til samarbeid på tvers av nivåene i helsetjenesten og mellom profesjonsgrensene. Lista er lagt høyt. Rett hjelp til rett tid på rett nivå. Måtte det bare lykkes!

Medlemsorganisasjonene i Rådet for psykisk helse har gitt ham hjelp på veien. Vi har kommet med et forslag hvor vi anbefaler samordning av DPS-ene og de kommunale tjenestene.

Vi anbefaler at det i hver kommune etableres et psykisk helsesenter hvor alle kan henvende seg uten henvisning og uavhengig av alvorlighetsgrad for tilstand. Det skal være én dør hvor man umiddelbart får en kvalifisert vurdering og rask tilgang på hjelp.

God hjelp må gis *tidlig*. Det er nok barriere for mennesker å erkjenne hjelpebehov.

Hjelpen må være *tilgjengelig*. Unødvendige køer er uverdige.

Den nødvendige kompetansen må være *til stede* der folk lever og bor, ikke leve tilbaketrukket på kontorer og murt inne bak sykehusvegger.

Jeg mener at slik tjenestene nå fungerer, framstår de som dyre og dårlige.

Tiden er overmoden for å endre tilnærming til å få gode tjenester uten at de blir dyrere!