

Randi Rosenqvist

leder Nasjonal aksjon for bevaring og utvikling av de psykiatriske sykehusene.

randi@rosenqvist.no

Høringsinnspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Helse- og omsorgsdepartementets notat av 03.08.22

Nasjonal aksjon for bevaring og utvikling av de psykiatriske sykehusene ønsker å fremme innspill til det videre meldingsarbeidet.

Situasjonen med to nivåer i helsevesenet der spesialisthelsetjenesten arbeider etter bedriftsøkonomiske prinsipper og er alene om å definere når pasienter er «ferdigbehandlet» og skal skrives ut til kommunehelsetjenesten, er ikke en samfunnsøkonomisk god løsning.

Helse- og sosialomsorgen i kommunene får stadig flere oppgaver det ikke finner tilstrekkelige ressurser til å løse. Fastlegekrisen er en sak, omsorgstjenester er et annet sårbart område. Spesialisthelsetjenesten mener at «ferdigbehandlede» pasienter trenger «hjemmesykehus» ved utskrivning. Kommunene har i liten grad kapasitet til dette.

Pasienter og pårørende opplever å stadig måtte forholde seg til nye mennesker og at det er liten kontinuitet i behandlingen. Hjelp som de trenger er ikke tilgjengelig når det trengs, dette medfører usikkerhet, uro og store belastninger for de syke og deres familier.

Hvorfor får ikke kommunene definere når en pasients behandlings- og omsorgsbehov er så omfattende at han trenger fortsatt sykehusbehandling?

Dette ser vi som det helt sentrale spørsmål som må løses bedre i en samhandlingsplan enn i dag.

Når er en psykiatrisk pasient ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten?

Vi mener pasienter med alvorligste psykiske lidelser, alvorlig sinnslidende og andre med tilsvarende lavt funksjonsnivå, har fått en dårligere behandlings-omsorgssituasjon gjennom mange år. Dette skyldes i stor grad at døgncapasiteten i det psykiske helsevern er sterkt redusert. I forhold til folketallet har vi nå om lag en tredjedel av det antall senger som vi hadde i 1990 (SSB). Og dette har skjedd i en periode der psykiatrien i teorien skulle blitt styrket.

Liggetiden i psykiatrisk avdeling er stadig blitt redusert. Den gjennomsnittlige liggetid i psykiatrien i Norge er halvparten av liggetiden i Storbritannia (henholdsvis 18.5 og 37.5, OECD 2017). Femti prosent av øyeblikkelig hjelp innlagte er utskrevet etter seks døgn, nittifem prosent er utskrevet etter 42 døgn (SSB). Og øyeblikkelig hjelp-pasienter rapporteres stadig å være sykere, terskelen for å bli tatt imot ved sykehus er høy.

Det er kritisk for mange pasienter som trenger måneder eller sågar år med høyspesialisert psykisk helsevern. Vi vet at spesielt schizofrene pasienter, men også andre med sterk sykdomsbelastning, dårlig mestringssevne og som er uten evne til å ta adekvat omsorg for seg selv, skrives ut til «oppfølging i kommunen». Men kommunen har hverken kompetanse, hjemler eller ressurser til å gjennomføre faglig krevende og langvarige behandlings- og rehabiliteringstiltak som disse sykeste pasienten er i behov av.

Vi mener man må endre spillereglene her, spesialisthelsetjenesten (les helseforetakene) må ikke kunne definere en pasient ferdigbehandlet uten at mottagende kommune har mulighet til å gi adekvat oppfølging.

Vi mener sentrale myndigheter må ta inn over seg at det er noen pasienter som ikke evner et autonomt liv, de neste årene eller i noen få tilfeller resten av livet. Svekkede, passive eller sågar sengeliggende pasienter kan saktens få omsorg i kommunale sykehjem. Men aktive, psykotiske, paranoide, aggressive pasienter med rusproblemer kan ikke få adekvat «omsorg» i kommunen. Likeledes er det en del pasienter som har kronisk selvskadende adferd, anoreksi, lammende angst eller depresjon som ikke er i stand til å nyttegjøre seg poliklinisk psykiatriske avtaler i kontortiden og så bo fredelig i egen bolig.

Politi og pårørende har stadig utrykninger og kommunene står maktesløse når det flere ganger i uken er full krise.

Disse lidende pasienten har behov for svært profesjonell behandling og omsorg som spesialisthelsetjenesten er den eneste instans som kan gi. Miljøterapi som kompetanse i spesialisthelsetjeneste er bygget ned ettersom sykehusoppholdene blir kortere og kortere. Ingen fagfolk vil mene at medikamenter, kanskje administrert en gang hver tredje uke, er tilstrekkelig behandling for disse pasientene. Pasienten må lære livsmestring, det er vanskelig og det tar tid.

Vi mener ikke at vi må tilbake til de tider da alle med psykiske lidelser bodde i store asyl. Men en liten del av de alvorlig psykisk syke trenger lengre sykehusopphold, selv om de når de er innlagt ikke lenger er direkte utagerende, men har falt til ro. Det er ofte da det egentlige terapeutiske arbeidet begynner.

Departementet og helseforetakene må legge til rette for at også disse pasientene, hvis omsorg er særdeles krevende, ansees som pasienter i behov av spesialisthelsetjeneste. Overføring til videre omsorg i kommunene må planlegges godt i samhandling mellom nivåene og kun skje der det er grunn til å tro at pasienten vil make overgangen.

Vi mener :

- Akuttavdelinger er hensiktsmessige for å takle akutte psykiske kriser, men psykiatrisk utredning og iverksettelse av hensiktsmessig behandling kan ta tid og må legges til egnede enheter innenfor spesialisthelsetjenesten. DPS kan være en slik enhet, men for psykosesykdommer og andre alvorlige psykiske lidelser vil sengeavdelinger være nødvendige. Spesialisthelsetjenesten må da ikke anse pasienten ferdigbehandlet før diagnoser er stillet og adekvat behandling iverksatt.
- Psykiatriske pasienter som har vært så syke at de har blitt tvangsinnlagt og har vært oppfattet som farlige, må først kunne skrives ut når kommunen samtykker i at kommunal omsorg er adekvat nivå for helsehjelp.
- Psykiatriske pasienter som ikke oppfattes som farlige, hverken for seg selv eller andre, men må ha heldøgns behandling og omsorg i en kortere eller lengre periode for å kunne mestre livet, skal ikke skrives ut til

kommunen med mindre pasienten selv ønsker dette. Pasienter som motsetter seg utskrivning må få en rehabilitering og mestringsplan i samarbeidet med kommunen før de eventuelt blir skrevet ut mot egen vilje.

Dette fordrer bedre sengekapasitet i det psykiske helsevern og en politisk vilje til at spesialisthelsetjenesten må prioritere lange behandlingsforløp og ikke bare håndtere kriser. Det kan ikke være slik at kun psykotiske pasienter som har begått alvorlig kriminalitet og dømt til tvungent psykisk helsevern får adekvat langtidsbehandling i psykiatrien. Sengetallet i psykisk helsevern er i dag for lavt og bør doubles

Vi registrerer at det er planer i de fleste helseforetakene om å selge de gamle psykiatriske sykehusene for å mestre finansieringen av nye somatiske sykehus hvor det også er planlagt psykiatriske avdelinger. Vi vil protestere sterkt mot slike disposisjoner. Helseforetakene må ikke kunne avvikle langtidsbehandling for å henvise pasienten til kommunal omsorg, men øke mulighetene for differensierte, adekvate spesialisthelsetjenester. Det er ikke hensiktsmessig med langtidsforløp for svært syke psykiatriske pasienter i somatiske sykehus.