

Berit Bryn-Jensen
Tykkåsen 52
4870 Fevik

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Dok.nr.: 123
Arkivkode: 500	Journ.dato 060605
Avd.: KTA	Saksbeh.: EV
U.off.:	

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Fevik, 1. juni 2005

NOU 2005:3 "FRA STYKKEVIS TIL HELT – EN SAMMENHENGENDE HELSETJENESTE" - HØRING

Innledning, generelle merknader

Jeg konstaterer at det norske velferdssamfunnet ikke inkluderer alle. Et samfunn som tilsidesetter og marginaliserer sine mest hjelpetrengende borgere, som avspiser de dårligste pasientene med dårligst offentlige tjenester, fortjener ikke betegnelsen velferdssamfunn. Stortingsmelding nr 25 (1996-97) beskrev situasjonen.

Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2003 bekrefter at det fortsetter å svikte i alle ledd, mens psykososiale problemer, rusforbruk og lidelser øker, og "manglende etterlevelse av de kravene som retten til vurdering og prioritering stiller, ... øker risikoen for at de mest alvorlig syke pasientene ikke får behandling".

Pasienter med diagnose schizofreni koster mest. Tradisjonell behandling med hovedvekt på akutt sykehusinnleggelse og medikamentell behandling gir elendige resultater for mange, mens samfunnet er kommet kort når det gjelder å dekke grunnleggende menneskelige behov som gjør livet lettere for alle, også de mest utsatte.

Sunn mat, anstendig bolig, alminnelige helsetjenester, noe meningsfylt å gjøre, noen å være sammen med, forebygger og lindrer alvorlige psykiske lidelser, og kan forebygge utbrenthet, uferhet og noen ganger død hos en nær omsorgsperson.

De vi som samfunn glemmer, glemmer ikke oss

Fjorårets trikkedrap vakte berettiget oppsikt. Senvinterens drap på to mødre og en tidligere svigermor, samt overfall på en bestemor, fikk mindre oppmerksomhet, men viser tydelig hva som kan skje når alvorlig forstyrrede mennesker ikke får nødvendig omsorg og helsehjelp til rett tid, på rett sted... og alle ungdomsselv mordene, hvor unge jenter i økende grad gjør som unge gutter i bruken av voldsomme metoder, slik at utgangen er sikker død.

Samfunnsøkonomisk er det mest å vinne på å forebygge alvorlig sykdom blant barn og unge og forhindre tidlig død. Helsevesenet er likevel best innrettet mot reparasjon av somatiske skader og sykdommer, påført av alder og livsstil, best dimensjonert for menn som ikke er helt unge. Den kjente hjertepasienten Harald Olavssønn er et godt eksempel.

Innstillingen heter "Fra stykkevis til helt". Da må feilutvikling og urettferdighet bli erkjent: Barn og unge, kvinner og psykiatriske pasienter har samme moralske og juridiske rett som kong Harald til god og sikker tjenesteyting. Forskjellsbehandling og diskriminering handler om menneskesyn og krenkelse av grunnleggende menneskerettigheter.

Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

Arena for enkle, grunnleggende, men for lite vektlagte tiltak, er kommunene. Jeg er enig i at primærhelsetjenesten er, og skal være, fundamentet i helsetjenestene. Det er nødvendig og styrke familienes, og kommunenes evne til omsorg, ivaretagelse og rehabilitering av våre pasienter, gjennom styrking av helse- og sosialtjenestene og pårørendes levekår. Allmennlegenes praksis kan bedres gjennom revisjon av legestudiet og offentlig ansvar for etterutdanning

Fordelen ved lokalbasert omsorg og ivaretagelse av mennesker med alvorlige psykiske lidelser er dokumentert gjennom WHO's International Pilot Study of Schizophrenia, resultater fra Vermont USA og rekken av undersøkelser som viser at vi har den nødvendige, enkle og grunnleggende kunnskapen om hva som gir best resultater for pasientene. Jeg viser til Psychiatry and Political Economy av Richard Warner, på forlaget Routledge. Professoren påviser nær sammenhengen mellom samfunnsøkonomi og sykdomsforekomst/tilfriskning.

Den finske psykologen Jaakko Seikkulas dialogiske og nettverksbaserte tilnærming gir resultater uten innleggelse, lite bruk av medikamenter og forebygger kronifisering. En viktig undersøkelse av pasienters erfaring med psykiatrisk behandling, av Rogers, Pilgrim og Lacey (1993), avslørte at mer enn halvparten av 500 pasienter, med minst en sykehusinnleggelse, sa at psykiaterne var til minst hjelp, eller at deres holdning og tilnærming var "very unhelpful". Sykepleierne kom langt bedre fra undersøkelsen.

Leger, psykiatere og farmasøytisk industri har enorm økonomisk interesse knyttet til dagens system, med hovedvekt på sykehusbehandling og medikamentell behandling fremfor etablering, støtte og rehabilitering hjemme, i kommunen. Når organiseringen av helsetjenestene styres av profesjonene, blir selv distriktpsykiatrien sentralisert for å skape "robuste" fagmiljøer, der konsensustyranniet skjermer elfenbenstårnernes fagfolk mot nytenkning, politisk styring, og pasientenes lovfestede medbestemmelsesrett, der industrien kjøper overleger til det de kaller klinisk forskning, som i virkeligheten er markedsføring maskert som forskning og undervisning, ifølge Marcia Angell, i boka The Truth About the Drug Companies: How they deceive us and what to do about it. Random House 2004. Marcia Angell var i 20 år redaktør for det anerkjente tidsskriftet The New England Journal of Medicine.

Psykiatri som medisinsk spesialitet står vitenskapelig uhyre svakt. Psykiatriske diagnoser og "sykdommer" er mer hypoteser enn viten om somatiske årsaksforhold og kroppslige prosesser. Det finnes en omfattende, kritisk, internasjonal litteratur som ikke styrker tilliten til at tradisjonell psykiatrisk behandling er bra for pasientene, men for dem som har sitt levebrød betalt av samfunnet, mens de definerer, sorterer, kontrollerer pasientene og markedsfører

farlige, dyre industriprodukter i stedet for å hjelpe pasienter, pårørende og lokalsamfunn til å hjelpe seg selv og hverandre, det som på ny-norsk kalles Empowerment.

Fengsel blir brukt til oppbevaring av mennesker med alvorlige psykiske lidelser, stadig oftere med rusproblemer i tillegg. Varetekt er brukt i lengre tid, fordi det ikke var rom for dem i herberget, eller ikke vilje til å bruke ressursene på disse pasientene.

En kjede er ikke sterkere enn sitt svakeste ledd. Tilstrekkelig kapasitet i alle ledd er nødvendig for å oppnå helhet og kvalitet.

En svakhet ved innstillingen er at den ikke viser det dramatiske, internasjonale skiftet som finner sted ved at menneskerettigheter stadig tillegges sterkere vekt. Norge har vedtatt menneskerettsloven. *Ved motstrid har Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett av 21. mai 1999 forrang.*

På bakgrunn av overveldende dokumentasjon om svikt i alle ledd i tjenesteytingen til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, hevder jeg at dette utgjør krenkelse av grunnleggende menneskerettigheter.

Krenkelsene må drøftes i lys av menneskerettsloven. Slik drøfting ville være i overensstemmelse med lovens formål.

Det er umulig å forstå tidligere og nåværende ulikhet og urettferdighet i tjenesteytingen uten å stille det ubehagelige spørsmålet om ikke menneskeverdet i praksis er gradert, tross all likeverdsretorikk? Derfor er det på sin plass å vektlegge fire overordnede verdier som ifølge FNs menneskerettighetskomité er sentrale ved funksjonshemming:

- Individets *verdighet*, av uvurderlig betydning for den enkeltes følelse av egenverd, uavhengig av personlig økonomi og utrustning.
- *Autonomi*, i betydning selvbestemmelse, som forutsetter at personen sikres plassen i sentrum av alle begivenheter og vedtak som har innflytelse på ham/henne.
- *Likeverd*, uansett forskjeller.
- Etisk krav til *solidaritet*, som pålegger samfunnet plikten til å yte tilstrekkelig sosial støtte for å sikre alle borgeres frihet og velferd.

Dagens situasjon for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og deres pårørende er en vond sirkel. Svikten i tjenestene fører til mer sykdom, flere uføre, ikke bare i en generasjon, også i påfølgende. Dette er sist dokumentert av forskere ved Universitetet i Århus, som i mars 2005 publiserte sine funn om virkningen av langvarig stress og stor sorg. Forskerne fant betydelig øket forekomst av alvorlig fysisk og psykisk sykdom hos foreldre som hadde mistet barn, i mange år etter dødsfallet. Mødrene ble hardest rammet. Noen ble psykotiske.

Ifølge FNs menneskerettskomité betyr rettighetsbasert tilnærmingen til sykdom og funksjonshemming at man ser pasienter som juridiske subjekter for å styrke deres evne til aktiv deltakelse, i stedet for som objekter med behov for beskyttelse, behandling, assistanse. *Å forsvare grunnleggende menneskerettigheter lindrer og forebygger lidelse. Jeg ber derfor helse- og omsorgsdepartementet bidra til å synliggjøre status for ivaretagelsen av grunnleggende menneskerettigheter til pasienter med alvorlig psykisk lidelse, rusavhengige og dobbeltdiagnosepasienter, i kommunene, helseregionene og i kriminalomsorgen.*

Pasientperspektivet

Jeg er positiv til forslaget om å utvide pasientombudsordningen til å omfatte kommunehelse-tjenesten og sosialtjenesten.

Kontroll- og tilsynsorganene må styrkes. Helsetilsynet i fylkene og kontrollkommisjonene trenger bedre kompetanse innen psykisk helsevern. Systematisk opplæring og bredere innflytelse fra erfarne pasienter og pårørende trengs, og mandat til strengere reaksjoner ved gjentatt svikt.

Gulrot alene er utilstrekkelig. Pisk er nødvendig i tillegg til påvirkning og øremerkede tilskudd. Det er uakseptabelt at ledere for helseforetak og kommuner ikke holdes til ansvar når loven ikke blir fulgt. Forskjellsbehandling reduserer respekten for lov og rett. Prikkbelastning og resertifisering av helsepersonell kunne iverksettes. Gjennomsiktighet og offentliggjøring av behandlingsresultater kan bidra til ansvarliggjøring.

Offentlig sertifisering av spesialister. Dagens system for spesialistutdanning og godkjenning stammer fra en svunnet tid. Det sikrer bare status quo, ikke at legene kjenner lovverket, er innsiktsfulle og kloke, evner å møte mennesker i krise, eller kan samarbeide.

Resertifisering ved bestemte intervaller, for eksempel hvert 5. år, for å sikre faglig oppdatering og at best praksis blir fulgt, målt med internasjonal målestokk.

Mer undervisning i legestudiet om psykiske lidelser, forebygging, erfaringsbasert behandling og samarbeid, for å styrke allmennlegenes evne til å hjelpe flere.

Styrke pasienter og pårørende gjennom bedre levekår, dialog, samarbeid, undervisning. Undervisning for helsepersonell kan åpnes for pasienter og pårørende, til felles berikelse.

Bedre økonomiske støtteordninger og avlastning til familien når pårørende fungerer som omsorgsarbeidere, jfr "Utskrevet til mor", nå som før.

Juridisk bistand, eller støtte til juridisk bistand, ved alvorlig svikt i tjenestene.

Reell brukermedvirkning forutsetter at brukerne stilles på lik fot, er likeverdige med fagfolk. Siden fagfolk sjelden er innstilt på å avgi makt frivillig, mange kjemper innbitt for innflytelse og posisjon, må brukersiden styrkes betydelig tallmessig og i formell kompetanse for at deres erfaringskompetanse skal ha gjennomslag.

Samhandling mellom tjenesteutøvere

Når kapasiteten svikter i alle ledd, spiller deltakerne Svarteper-spill med ressurskrevende pasienter. Ingen vil ha dem. Felles ansvar og felles-eid arena er en praktisk løsning. Da kan det handles praktisk. Stadig finere definisjoner og sorteringer stjeler ressurser som bør brukes til tjenesteyting.

Gode fastleger, med kompetanse på alvorlige psykiske lidelser, rusavhengighet og dobbeltdiagnoser, bør få styrket sin mulighet til å hjelpe flere. Omsorgstjenesten i kommunene bør styrkes.

Samarbeidsavtaler mellom forvaltningsnivåene er vel og bra. Men riset kan ikke bli hengende bak speilet. Strengere reaksjoner fra Helsetilsynet, sammenliknende undersøkelser, full offentlighet om behandlingsresultater, prikkbelastning på ansvarlige enkeltpersoner og foretak, krav til offentlig sertifisering og resertifisering av psykiatere, bøter.

Vennlig hilsen
Berit Bryn-Jensen (sign)