



PÅ VEI MOT ET VERDIG LIV

De offentlige dokumenter som førte til Opptrappingsplanen for psykisk helse sent i 1990-årene, preges av et sterkt ønske om å skape verdige forhold for mennesker som har psykiske lidelser. Menneskeverdet ble satt i sentrum – og det er viktig! Kvaliteten på et samfunn måler vi ved måten det behandler de av oss som sliter mest. Men dessverre har vi et godt stykke igjen.

«Svikt i alle ledd,» ble det sagt da stortingsmeldingen Åpenhet og helhet ble lagt frem i 1997. I meldingen står det: «Hard lut må til.» Som på alle felt der manglene er store, er det plass for mange fyndord og spissformuleringer.

Satsingen kom etter massivt press fra brukerorganisasjonene, fra fagfolk og fra Rådet for psykisk helse. Rådets publikasjon Velferdsstatens forsømte gruppe hadde lagt flere føringer. I Stortinget var det uomtvistelig vilje til at noe nå måtte gjøres. Og handlingsplanen ble vedtatt.

Gleden og forventningen var påtakelig hos alle dette angikk: pasienter, pårørende og fagfolk. Også mange av dem som ikke var direkte berørt, kjente lettelse, i solidaritet med mennesker de visste hadde det vanskelig.

Rådet for psykisk helse nedsatte for halvannet år siden et fagutvalg for å se på effekten av handlingsplanen ved godt og vel halvgått løp. Spørsmålene var: Klarer kommunene å prioritere psykisk helse innenfor en meget stram økonomi? Får Opptrappingsplanen den plassen den skal ha innenfor helseforetak som skal dekke inn store underskudd? Setter samfunnet inn tilstrekkelig med ressurser til å gi dem som har det vanskeligst et reelt løft? I vårt arbeid har vi brukt ulike kilder, alt fra direkte meldinger fra enkeltmennesker til systematisk innhentet materiale fra SINTEF og andre. Flere rapporter er kommet mens vi har arbeidet. Sterkest inntrykk gjorde nok Helsetilsynets rapport i februar 2004 om de uverdige forhold som fortsatt tilbys de aller dårligste pasientene.

Vi har fokusert på velferd, på medvirkning, på pengestrømmen og på organisering av tjenestene – og vi håper dette dokumentet blir til nytte for alle som vil arbeide videre med å utvikle vårt velferdssamfunn til å omfatte alle dets innbyggere. Vi er kommet et stykke på vei, men det er fremdeles svikt i leddene. Det er fortsatt langt igjen.

24. mai 2004



Guri Ingebrigtsen
Utvalgsleder



Ole Danbolt Mjøs
Styreleder i Rådet for psykisk helse

UTGIVER:

Rådet for psykisk helse

Storgaten 10 A, 0155 Oslo

Telefon: 23 10 38 80

Telefax: 23 10 38 81

E-post: post@psykiskhelse.no

Web: www.psykiskhelse.no

DESIGN:

Don Deco Designbyrå

Jens Bjelkesgate 10 A, 0562 Oslo

Telefon: 40 87 21 00

E-post: post@dondeco.com

Web: www.dondeco.com

TRYKK:

Halden Formulartrykk



*Rådet for psykisk helse sin visjon
er å arbeide for at det skal bli
lettere for barn og voksne og
deres pårørende å leve med
psykiske problemer eller lidelser*



RÅDET FOR PSYKISK HELSE



POLITIKK | OPPLYSNING | PÆGUTVIKLING

INNHOLDSFORTEGNELSE

På vei mot et verdig liv	3
1. Sammendrag	6
2. Innledning	8
3. Velferd	10
3.1 Bolig	10
3.2 Utdanning	12
3.3 Arbeid	12
3.4 Økonomi	14
3.5 Sosialt liv og tilhørighet	14
3.6 Oppsummering	15
4. Medvirkning og faglige utfordringer	16
4.1 Rettigheter og individuell plan	16
4.2 Brukermedvirkning ved tjenestestedet	18
4.3 Brukermedvirkning på systemnivå	18
4.4 Faglige utfordringer	19
4.5 Oppsummering	20
5. Opptrappingsmidlene	21
5.1 Nasjonal politikk	21
5.2 Opptrappingsmidler i spesialhelsetjenesten - slukt av somatikken?	23
5.3 Opptrappingsmidler i kommunene	27
5.4 Oppsummering	28
6. Organiseringen	29
6.1 Fremdeles nedbygging før oppbygging	29
6.2 Organisert diskontinuitet	30
6.3 Foretaksreformen forsinket desentraliseringen	31
6.4 Oppsummering	32
7. Verdig liv - med blikket fremover	34

1. SAMMENDRAG

Rapporten *Verdig liv* identifiserer tilstanden innen tjenestetilbudet for voksne mennesker med psykisk lidelser. Her påpeker vi kjerneutfordringene for å lykkes med å skape et bedre og mer helhetlig tilbud, og konkret tar rapporten for seg tilstanden på fire områder: velferd, medvirkning, opptrappingsmidler og organisering.

Vi ser også på mekanismer som kan si noe om årsakene til at vi, etter seks år med opptrapping, ikke er kommet lenger.

I Norge er tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser blitt en viktig politisk sak. Det erkjennes bredt at alvorlig psykisk syke har vært en forsømt gruppe som ikke har fått det tilbudet de har rett til og behøver. Likevel ser vi at retten for eksempel til «*individuell plan*» daglig ikke blir overholdt. Vi vet det er tilfeldig om slike behandlingsplaner for mennesker med alvorlige psykiske lidelser i det hele tatt skrives. Vi finner det opprørende at brukere og pårørende ikke får det tilbudet de har krav på; at ingen andre tar støyen. Det er også opprørende at politiske myndigheter i praksis tolererer lovbruddene. Vi krever at det iverksettes sanksjoner mot disse lovbruddene som rammer de sykeste i vårt samfunn.

I *Verdig liv* sannsynliggjøres for første gang at aktiviteten i psykisk helsevern fremstår som større enn den faktisk er. Vridningsmekanismer sørger for at psykisk helse systematisk frarøves store beløp som gjør at veksten innenfor fysisk helsevern – somatikken – blir enda større. Fra før viser offisielle tall at somatikk fortsatt øker mye mer enn «psykiatri», selv om vi siden 1999 har vært i en opptrappingsperiode for psykisk helse. Eksempelene tilsier at Stortinget må iverksette gransking av det som sannsynligvis er lekkasjer fra opptrappingsmidlene.

Dette har vært et fryktet scenario for både brukere og hjelpere helt siden Opptrappingsplanen ble startet, og det ble ytterligere forsterket av foretaksreformen. Frykten synes å være berettiget. En side ved dette er at politikerne ikke får vite hva pengene faktisk har gått til, og de får et galt grunnlag for nye politiske beslutninger.

Verdig liv problematiserer konsekvensene av foretaksreformen. De desentraliserende endringskreftene i Opptrappingsplanen kom til kort da Stortinget sentraliserte eierskapsansvaret og la det hos helseministeren. Økonomi og effektivitet ble ledetråder for organisering og tjenesteutøvelse, ofte på bekostning av samarbeid og helhet, og dette rokket ved grunnlaget for å skape gode tjenester til brukere med omfattende og sammensatte behov.

Vi erkjenner at det økonomiske løftet om 24 milliarder kroner over åtte år ikke blir innfridd, og aksepterer at opptrappingsperioden er utvidet med to år. Men vi krever at målene må nås i løpet av den utvidede planperioden. Dette innebærer et betydelig løft: Stortinget må øke bevilgningene med minst én milliard kroner i hvert av de fire siste planårene (2005–2008).

Rapporten tar også opp nedleggelsen av sengeplasser på døgningstusjoner. Vi støtter hovedretningen i visjonene om å utvikle desentraliserte tjenester, men mener kompleksiteten i behovene til mennesker med alvorlige og sammensatte lidelser er undervurdert i Opptrappingsplanen. Blant annet er det viktig å erkjenne behovet for et fristed – et asyl – når lidelsestrykket blir stort og man trenger å kunne trekke seg tilbake.

Vi krever stans i all utskriving fra langtidsopphold uten at tilpasset bolig står klar. Vi krever også en ny beregning av antallet tilrettelagte boliger, og at det utvidede boligtilbudet dekkes gjennom økte bevilgninger til Opptrappingsplanen. I dag forutsetter regjeringen at utskriving skal føre til et *bedre tilbud* for den enkelte, men vi ser daglig at mennesker skrives ut fra døgnavdelinger uten at noen med sikkerhet vet om tilbudet faktisk blir bedre. Bruddene på forutsetningen synes ikke å få konsekvenser. I sum betyr dette at mennesker med alvorlige psykiske lidelser, og deres pårørende, har lidd fordi iveren etter å bygge ned, ikke har gått hånd i hånd med oppbygging av et godt lokalt tilbud. De sykeste er blitt mest skadelidende.

Rapporten fremhever flere mangler i velferdstilbudet til mennesker med psykiske lidelser. En spesiell utfordring går til arbeidslivet. Mange mennesker som faller utenfor arbeidslivet, kunne ha mestret å jobbe dersom forholdene var lagt bedre til rette. Krav til effektivitet og fleksibilitet i arbeidslivet står i kontrast til ønsket om et mer inkluderende arbeidsliv.

For å nå målene om bedre tjenester for mennesker med alvorlige psykiske lidelser må vi tenke nytt og annerledes. Det holder ikke med mer av det samme – vi må måle suksessen gjennom å se på folks velferd, deres mulighet til å medvirke og om tjenestene gir den helheten som er nødvendig for at den enkelte ikke lenger kjenner seg som kasteball mellom etatene. For å muliggjøre dette er det nødvendig med nok penger, hjelpere som har de nødvendige kvalifikasjonene og brukere som deltar i beslutningene.

Hvorfor kan det skje at en høyprofilert satsing for en forsømt gruppe mennesker på flere områder ikke når de mål som det synes å være så bred enighet om? Hvordan kan det skje at daglige lovbrudd ikke påkaller én reaksjon? Hvordan kan regjeringen foreslå og Stortinget gå inn for, år etter år, langt lavere bevilgninger enn det som ble lovet? Hvordan er det mulig at penger som faktisk blir bevilget, sluses bort fra mennesker som trenger dem mest?

Vi tror fordommer ikke skal underkjennes som en gammel, men fortsatt levende mekanisme. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser står langt fra å ha samme status som mennesker som rammes av fysisk sykdom. Hva som egentlig anses som viktigst, blir ikke minst synliggjort når man må prioritere mellom ulike gode formål. På helsefeltet er det neppe mangel på midler i dagens Norge, men mennesker med alvorlige psykiske lidelser rammes av at de i praksis ikke når opp som de mest «verdige trengende». Tilsvarende mekanismer kan forklare hvordan velferden kan forbli dårlig spesielt for denne gruppen, hvordan medvirkning fremdeles har skrinne kår, og hvordan lovfestede rettigheter kan brytes daglig.

2. INNLEDNING

Med stortingsmeldingen *Åpenhet og helhet*¹ og den påfølgende Opptrappingsplanen² bestemte Stortinget at mennesker med psykiske lidelser og samfunnsområdet psykisk helse skulle få et nødvendig og etterlenget løft. Tilbudet til psykisk syke var kjennetegnet av *brister i alle ledd*, og nå var det tverrpolitisk vilje til å bøte på fortidens forsømmelser og neglisjering. 24 milliarder kroner over åtte år skulle bringe tilbud og tjenester opp på et verdig nivå.

2004 er det sjette opptrappingsåret.³ Offentlige rapporter forteller det siste året om endringer til det bedre i psykisk helsearbeid: Kapasiteten øker, flere får hjelp, boliger bygges, distriktspsykiatriske sentre (DPS) etableres, og det er blitt flere spesialister og fagfolk.⁴ Samtidig får vi bekymrede og fortvilte meldinger fra feltet. Medier forteller om mennesker som ikke får det tilbudet de har krav på, og bruker- og pårørendeorganisasjoner erfarer daglig mangler i tjenestene. I tillegg har Helsetilsynet nylig dokumentert at kapasiteten på tilbudet til de alvorligst syke er særdeles mangelfull, og at en rekke virkemidler og tiltak fungerer altfor dårlig.⁵

Økt produktivitet og effektivitet er blant målene i Opptrappingsplanen, og disse målsettingene kan lett gå på bekostning av behovene til psykisk syke med langvarige og sammensatte behov. Endringer til det bedre innebærer også større åpenhet, økt helhet og reell medvirkning for mennesker med psykiske lidelser. **Tjenestene skal ikke bare bli flere; de skal også bli kvalitativt annerledes og bedre. Sentrale suksesskriterier er velferd, medvirkning, prioritet og helhet.**

Rådet for psykisk helse stiller seg bak hovedretningen i visjonene for utvikling av tjenestene for mennesker med psykiske lidelser, der det blir lagt sterkere vekt på desentralisering, brukermedvirkning og alminnelige livsbehov. På den annen side mener vi at kompleksiteten i *behovene* til mennesker med alvorlige og sammensatte lidelser ikke er tatt tilstrekkelig på alvor i Opptrappingsplanen. Dette må rettes på.

Vi tror også Opptrappingsplanen undervurderer kompleksiteten i *det å ha* en alvorlig psykisk lidelse, og hva som kreves i en behandlings- og rehabiliteringsprosess. Blant annet er det viktig å erkjenne at noen mennesker med alvorlige psykiske lidelser fortsatt trenger å ha mulighet til å trekke seg tilbake. Begrepet om «det gode asyl» bør også prege debatten om tilbudet til alvorlig psykisk syke.

Historisk har de alvorlig psykisk syke vært blant de mest forsømte gruppene i vårt samfunn. Selv om det i dag er bred enighet om at vi ønsker å styrke tjenestetilbudet og levekårene for dem av oss som sliter tyngst, vet vi i dag at det gjenstår mye, trass i den erklærte politiske viljen til å imøtekomme behovene til disse gruppene. Med denne rapporten løfter vi frem strukturelle og materielle forhold og mekanismer som kan øke forståelsen for hvorfor så mange psykisk syke må leve liv i uverdighet også i 2004.

I 1996 utga Rådet for psykisk helse rapporten *Velferdsstatens forsømte gruppe*. Pyramiden som da ble tegnet, viste at til enhver tid sliter om lag 800 000 nordmenn (20 prosent) med en psykisk lidelse. Verdens helseorganisasjon påpekte i sin årsrapport i 2001 at prosenttallet antas å være 20–25 i vår del av verden. Rapporten *Verdig liv* viser at det fremdeles er nødvendig å fokusere spesielt på de menneskene som utgjør de øverste delene av pyramiden; de som er hardest rammet.

Styret i Rådet for psykisk helse nedsatte i november 2002 et fagutvalg som ble bedt om å gi en vurdering av tilbudet til alvorlig psykisk syke. Styret var opptatt av å få belyst brukernes velferd og mulighet for medvirkning midtveis i opptrappingsperioden. Videre ble utvalget gitt i mandat å vurdere utviklingen mot en mer hensiktsmessig organisering av og samhandling mellom tjenestene og sist, men ikke minst, om de økonomiske forutsetningene for planen blir overholdt.

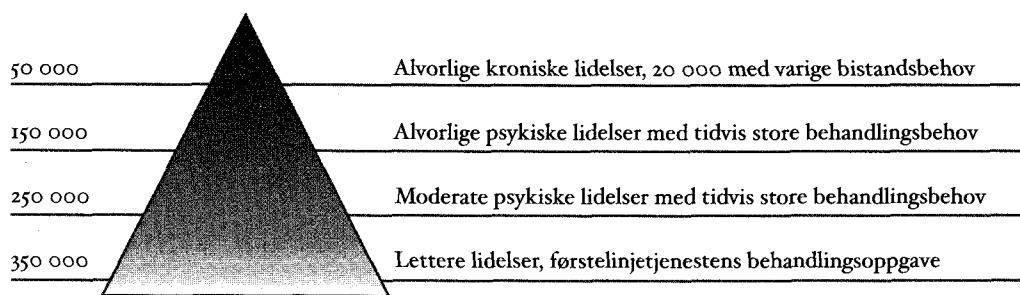
¹ St.meld. 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet*. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet

² Sosial- og helsedepartementet: St.prp. 63 (1997–98) *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006*.

³ Med statsbudsjettet for 2004 ble opptrappingsperioden utvidet med to år. Nå varer den til og med 2008.

⁴ Sosial- og helsedirektoratet (SHdir 2003): *Opptrappingsplanen for psykisk helse. Status 2003 SAMDATA psykisk helsevern*. 3/03. *Opptrappingsplanen for psykisk helse – status etter fire år*.

⁵ Helsetilsynet 4/2004. *Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer*.



Vi har definert målet med rapporten til både å identifisere *tilstanden* innenfor tjenestene som retter seg mot voksne, og å peke på hvilke *kjerneutfordringer* man står overfor i siste del av opptrappingsperioden. Vi har ønsket å finne de *mekanismer* som bidrar til at det er vanskelig å nå målene, og også å spørre hvilke *tiltak* som kan løse problemene. Rapporten er strukturert rundt de fire kjerneutfordringene: velferd, medvirkning, økonomi og organisering. Deler av det vi berører, gjelder også feltet barn og unge, men rapporten går ikke grundig inn i situasjonen for denne gruppen. Tjenester for barn og unge har dels andre tradisjoner og utfordringer enn tjenestene for voksne, og fortjener en bred vurdering på selvstendig grunnlag.

I rapportarbeidet har vi benyttet oss av ulike kilder, som artikler, rapporter og forskning. Rådet for psykisk helse har 21 medlemsorganisasjoner – brukerorganisasjoner, fagorganisasjoner, universitetene og humanitære organisasjoner – og samtaler med representanter for bruker- og fagmiljøer har inngått som en viktig kilde til kunnskap og forståelse. Utvalget har dessuten vært bredt sammensatt med ulike personer som har representert solid kompetanse, ulike ståsteder og arbeider innen ulike arbeidsområder.

Utvalget begynte sitt arbeid i januar 2003 og avsluttet sitt arbeid i april 2004. Utvalget har bestått av:

Ordfører og lege Guri Ingebrigtsen (leder),
Vestvågøy kommune
 Strategi- og kompetansesjef (BUP) Hildegunn
 Bomnes, *Ullevål universitetssykehus*
 Konsulent og veileder Sjur Fredriksen, *Stamsund*
 Seniorforsker Trond Hatling, *SINTEF Helse*
 Leder Bjørg Njaa, *Landsforeningen for pårørende innen*
psykiatri
 Professor dr.med. Inger Sandanger, *Universitetet i*
Oslo
 Fagkonsulent Anne-Grethe Skjerve, *Bydel St.*
Hanshaugen, Oslo kommune
 Hjelpepleier og tillitsvalgt i Fagforbundet Are
 Saastad, *Gaustad sykehus, Oslo*

Fra sekretariatet:
 Generalsekretær Tor Øystein Vaaland
 Assisterende generalsekretær Sunniva Ørstavik
 Rådgiver Olav Nytingnes

3. VELFERD

En forutsetning for et verdig liv er knyttet til grunnleggende velferdsbehov hos oss alle. Skal vi ha et godt liv, er det nødvendig med et sted å bo, noe å leve av, noe å leve for og noen å leve sammen med.

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser skal ikke bare ha god og tilrettelagt behandling. Bolig, utdanning, arbeid, økonomi og sosial tilhørighet er en forutsetning for å kunne leve et godt liv og å kunne nyttiggjøre seg den behandlingen og hjelpen som tilbys. Derfor behandler vi dette temaet i det første hovedkapitlet. Vi ser på hvordan behovet for tilrettelagte boliger, tilpasset utdanning og eventuelt arbeid, personlig økonomi og sosialt liv og tilhørighet er nøkler for leve et verdig liv, og hvordan ulike politiske og sosiale mekanismer bidrar til å hindre mennesker med alvorlige psykiske lidelser de samme mulighetene som folk flest.

3.1 Bolig

Et godt sted å bo er en forutsetning for å kunne etablere et liv utenfor institusjon. Det er en forutsetning for verdig liv. Opptrappingsplanen har bidratt til at flere mennesker med psykiske lidelser har fått boliger. Samtidig ser vi to utfordringer: Behovet for tilrettelagte boliger øker, og udekkede behov blir synlige. Vi har fått mange meldinger om at brukere som skrives ut fra døgninstitusjoner, ofte blir møtt av et dårlig tilrettelagt eller manglede tilbud om bolig, eller de får tilbud om midlertidig oppbevaring på hybler eller hospits i påvente av at kommunen får etablert et stabilt boligtilbud. Mange brukere med alvorlige og langvarige psykiske lidelser mangler derfor i dag en tilrettelagt og stabil bolig i kommunen.

Når kommunene blir bedt om å vurdere hvordan de dekker brukernes behov på ulike områder i Opptrappingsplanen, mener de at boliger er det området hvor det er størst udekt behov.⁶ Måltallet i Opptrappingsplanen er 3400 omsorgsboliger. I *Velferdsstatens forsømte gruppe II* (1998) anslo Rådet for psykisk helse at det nasjonale behovet var på 6690 boliger med støtte på døgn- eller dagbasis.

Antallet sengeplasser i psykisk helsevern er redusert med om lag 6000 siden midten av 1970-årene⁷, og dette tallet kan også gi en indikasjon på behovet for boliger. Stortingsmeldingene *Tiltaksplan mot fattigdom*⁸, *Om boligpolitikken*⁹ og vurderingene fra brukerorganisasjonene tyder også på at måltallet for boliger på 3400 er satt for lavt, og at behovet ser ut til å være minst 6000.

De underdimensjonerte tallene fra Opptrappingsplanen tilsier at det i dag er mange med alvorlige lidelser som er bostedsløse eller lever i for dårlig tilrettelagte boliger. Regjeringen foreslår at ytterligere boligtiltak for personer med psykiske lidelser (utover de 3400 som er måltallet i Opptrappingsplanen) tilrettelegges innenfor de generelle ordningene for vanskeligstilte på boligmarkedet¹⁰. Vi mener det er viktig at kommunene i Opptrappingsplanens siste fase får rammebetingelser som er nødvendige for at de skal klare å dekke et langt større boligbehov, uten at dette går på bekostning av andre oppgaver. Det vil være problematisk å henvise boligbehovet for mennesker med psykiske lidelser til generelle ordninger, fordi mennesker med psykiske lidelser ofte taper i kampen om ressurser og tilbud¹¹. Dekningen av boligbehovene må dermed inn som en del av Opptrappingsplanen og finansieres gjennom denne. Nedbyggingen av institusjonene må stoppes inntil kommunene har klart å bygge opp et tilstrekkelig boligtilbud.

For at nedbyggingen av de store institusjonene som allerede er foretatt, ikke skal føre til redusert velferd for dem som er skrevet ut, må det brukes ressurser på gode løsninger for de brukerne som i dag er bosatt i kommunene. Det skal ikke skje at det er brukeren som i en opptrappingsperiode rammes av at nedbyggingen er foretatt før det er bygget opp et godt tilbud lokalt.

Også fagfeltet står overfor nye utfordringer. Fremfor å utvikle kompetanse i å hjelpe folk til å bo, ser det flere steder ut til at institusjonstenkningen følger med inn i lokale tiltak, for eksempel ved at det opprettes mini-

⁶ Kalseth, Jorid (2003). *Psykisk helsearbeid i kommunene – variasjoner i tiltak og tjenester*. SINTEF Unimed Rapport.

⁷ St.meld. nr. 25, 1996-97. *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (s. 22).

⁸ St.meld. nr. 6, 2003-2004. *Tiltaksplan mot fattigdom*.

⁹ St.meld. nr. 23, 2003-2004. *Om boligpolitikken*.

¹⁰ St.meld. nr. 23, 2003-2004. *Om boligpolitikken*.

¹¹ Helsetilsynet 10/2003. *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud* (s. 20).

institusjoner. Dette viser at det fortsatt er behov for ny fagkunnskap og faglighet i deler av de desentraliserte tjenestene for mennesker med psykiske lidelser. Det må videreutvikles arbeidsmåter, boligløsninger og metoder som bidrar til at det enkelte mennesket får utviklet sitt ressurspotensial til en mest mulig god og stabil boligsituasjon, noe som også fremheves i Stortingsmeldingen *Om boligpolitikken*.¹²

Flere utfordringer preger diskusjonene om boliger for mennesker med psykiske lidelser. Mange trenger hjelp til å *trene på å bo*. Videre ser vi at skyhøye husleier ofte gjør det svært vanskelig for brukerne å opprettholde den boligen de får, uten å tvinges til å bli sosialklienter. Dette strider mot ideene i Opptrappingsplanen om økt mestring og selvstendighet. I tillegg får vi av og til rapporter om at boliger står tomme på grunn av manglende penger til drift. Dette er uakseptable forhold midt i en opptrappingsperiode.

Boligtilbudet skal, for de som trenger det, inneholde bistand til integrering i lokalmiljøet og hjelp til nødvendige gjøremål. Dette er den viktigste forutsetningen for at mennesker som har eller har hatt alvorlige psykiske lidelser, skal kunne etablere en ny, meningsfull og trygg tilværelse utenfor døgnavdelingene. Alle alvorlig syke som i dag har et lite egnet boligtilbud i kommunen, må få boliger av en slik kvalitet at både standard og bistand dekker behovene deres. Alle tilbud må være individuelt tilrettelagt. Et absolutt minimumskrav er at ingen skal skrives ut etter lengre opphold i institusjon uten at de møtes av en bolig med den nødvendige og ønskede bistand.

VI KREVER:

- Behovet for boliger må beregnes på nytt, måltallene i Opptrappingsplanen må justeres i forhold til dette, og det utvidede boligtilbudet må finansieres gjennom økte bevilgninger til opptrappingsplanen.
- Boligene må være tilrettelagt for mennesker med psykiske lidelser.
- Stans i all utskriving fra langtidsopphold så lenge tilpasset bolig ikke står klar.
- Fagpersonellens kompetanse på bistand til brukeren i boligen må styrkes. Bostøtteordningene må vurderes styrket for mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

¹² St.meld. nr. 23, 2003-2004 *Om boligpolitikken*. (kap. 5.3.5).

KIM-senteret i

Trondheim

KIM-senteret er en brukerinitiert, brukerstyrt og brukerdrevet rehabiliterings- og utføringsbedrift i Trondheim sentrum. Senteret har som mål å drive rehabilitering og utføring for mennesker med psykiske problemer og lidelser. Dette starter allerede mens man er sykmeldt og går i behandling. Senteret og driften av dette er bygget opp rundt aktiv bruk av deltakernes erfaringer, egeninnsats og innflytelse. Som tiltaksarrangør for APS (Arbeidspraksis i skjermet virksomhet) har KIM-senteret tolv plasser, hvor Aetat søker inn. Senteret har også 20 rehabiliteringsplasser hvor instanser innen Trondheim kommune, helseforetakene og Trygdeetaten søker inn deltakere.

3.2 Utdanning

Mange mennesker med psykiske lidelser har opplevd å falle utenfor i sitt møte med skole-systemet. Alvorlige psykiske lidelser rammer ofte ferdigheter og funksjoner som er avgjørende for å få utbytte av det ordinære skole- og utdanningssystemet. Dette resulterer gjerne i ufullstendig skolegang og at man ikke er kvalifisert for eller avbryter høyere utdanning. Å ha mulighet for øke kunnskapen sin og føle at man mestrer noe er viktig for å styrke selvbildet til den enkelte bruker. Det kan være avgjørende for den muligheten hun eller han har til å etablere seg i arbeidslivet.

Åpenhet og helhet slår fast at «utdanning og opplæring er viktig både som meningsfull aktivitet, for å øke kunnskaper og mestring generelt og for å realisere ulike mål som den enkelte har i livet. Tilpasset opplæring kan også være avgjørende for å kunne etablere seg i arbeidslivet.»¹³

Selv med disse klare føringene behandler verken Opptrappingsplanen eller status- og framdriftsplaner temaet opplæring og utdanning.¹⁴ Dette til tross for at vi vet at manglende og avbrutt skolegang er et utbredt problem for mennesker med psykiske lidelser. Vi må få frem en oversikt over tilstanden innen utdanning (både tilbud og behov) for mennesker med psykiske lidelser. I Opptrappingsplanens siste fase må man evaluere tilbudet om tilrettelagt utdanning og opplæring for de alvorligst syke, og kommunene må oppfylle det ansvaret de har for å tilby tilrettelagt grunnskoleopplæring for voksne med alvorlig psykisk sykdom. Innen høyere utdanning er også tilbudene om tilrettelagt utdanning og bistand til gjennomføring for lite utbredt og dårlig evaluert. De tradisjonelle institusjonsskolene som ivaretar denne brukergruppens behov, må ikke legges ned før det er kvalitetssikret et godt nok tilbud lokalt.

Vi kan heller ikke se at det er bevilget vesentlige opptrappingsmidler til verken etablering, utvikling eller utvidelse av utdannings- og opplæringstiltak. Vi vet at noen brukerstyrte sentre tilbyr

yrkesopplæring til psykisk syke (KIM-senteret og Fontenehuset) og faglig bistand/veiledning til studenter med psykisk sykdom (Fontenehusets bokstøtteprosjekt). Det må gis støtte til å utvikle og evaluere både brukerinitierte opplærings- og veiledningsprosjekter, bistand fra hjelpeapparatet til praktisk gjennomføring av skolegang og studier og en langt mer tilpasset undervisning på lærestedene. Målene og føringene fra *Åpenhet og helhet* må finnes igjen i planene for siste fase av opptrappingen, slik at vi kan se at Stortingets ønske om å satse på tilrettelagt opplæring og utdanning for alvorlig psykisk syke, faktisk blir fulgt opp.

VI KREVER:

- Tilpassede opplærings- og utdanningsmuligheter tilbys alle brukere som har behov for det.
- Det må utarbeides en helhetlig oversikt over utdanningssituasjonen for mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

3.3 Arbeid

Arbeid kan være nøkkelen til både økonomisk trygghet, deltakelse og sosial tilknytning. Har opptrappingen ført til bedre vilkår for dette? Avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) er et uttrykk for gode intensjoner om bedre inkludering av mennesker med psykiske lidelser i arbeidslivet. Samtidig ser vi at et strammere ordinært arbeidsliv gjør det vanskeligere å skape økt inkludering. Mange mennesker med psykiske lidelser evner og ønsker å være i ulike former for lønnsarbeid, men de møter mangel på godt tilpassede tiltak og et lite inkluderende arbeidsliv. Det er grunn til å stille spørsmål ved dagens arbeidsmarked, som preges av manglende trygghet, omstruktureringer og nedskjæringer, og hvordan dette påvirker mulighetene for mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

For andre kan belastningene og kravene ved å stå i arbeid være så store at de ikke tåler det. Kravet om

¹³ St.meld. nr. 25, 1996–97. *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (s. 42).

¹⁴ Sosial- og helsedirektoratet, rapport IS 1127: *Opptrappingsplanen for psykisk helse. Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger.* Sosial- og helsedirektoratet, rapport IS 1128: *Opptrappingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006.*

ordinært arbeid ekskluderer dem som ikke klarer tilpasningen, og disse opplever derfor et dobbelt tap. For begge grupper er ofte resultatet fattigdom, en opplevelse av nederlag og tap av sosial arena.

For få tiltak er satt i gang for å skape tilstrekkelig fleksible arbeidsplasser for mennesker med psykiske lidelser. Ifølge Opptrappingsplanen skulle arbeidsmarkedstiltakene øke med 186 millioner¹⁵, mens bevilgningene for 2004 var i underkant av halvparten av dette¹⁶.

Psykiske lidelser er årsak til uføretrygd for nesten en tredel av dem som mottar uførepensjon. Statistikken for de yngste aldergruppene viser at utviklingen går i gal retning. Mer enn 52 prosent av uførepensjonistene under 40 år har i dag en psykiatrisk primærdiagnose – et skremmende høyt tall, som er i vekst.¹⁷ Tallene viser hvor viktig det er med flere og bedre ordninger som øker inkludering og hindrer at mennesker med psykiske lidelser blir utstøtt fra arbeidslivet.

Opptrappingsplanen opererte med uklare ambisjoner om arbeid for mennesker med psykiske lidelser. Behovsanslaget på 4000 nye brukere til tiltak var usikkert og trolig for lavt. Så var da også Sosialkomiteens kraftigste anslag mot planen nettopp knyttet til arbeid. I innstillingen het det at «*Stortinget ber Regjeringen fremme en sak om hvordan en kan sikre gode og fleksible arbeidstilbud for mennesker med psykiske lidelser*».¹⁸ En slik plan ble først bebudet i Sosial- og helsedirektoratets fremdriftsplan for opptrappingen i oktober 2003.¹⁹ Vi forutsetter at denne planen vurderer både tiltak innenfor skjermet arbeidsliv og fleksible ordninger innenfor ordinært arbeidsliv.

Tradisjonelle arbeidsmarkedstiltak fører bare i begrenset grad til at mennesker med psykiske lidelser får en fast tilknytning til arbeidslivet. Likevel ser vi positive tendenser gjennom tiltak som *Arbeid med bistand*.²⁰

De ikke-offentlige brukerstyrte eller brukerinitierte tiltakene som *KIM-senteret* og *Fontenehuset* viser også

hvilke forhold som må være til stede for at man skal få best mulig innpass i ordinært arbeidsliv.

Tiltak som virker, har til felles at de satser på:

- Reell brukermedvirkning og brukerstyring
- Mestring og ressurser
- Støtte og fleksibilitet
- Individuell tilrettelegging

KIM-senterets og Fontenehusets erfaringer viser hvordan ikke-offentlige tiltak kan gå foran og vise nye veier for å skape brukerstyrt og godt tilrettelagt rehabilitering til arbeidslivet. Det er viktig at man følger opp slike tiltak med offentlig støtte og integrerer dem i tilbudene lokalt. Dermed vil nye tiltak kunne prøves ut, leve videre og bidra til at flere mennesker med psykiske lidelser kommer i arbeid.

VI KREVER:

- Det skaffes gode og tilrettelagte arbeidsplasser for mennesker med psykiske lidelser, og at arbeidet med en plan for dette gis høy prioritet.
- De som trenger tilbud om annen meningsfull aktivitet enn arbeid, får det.
- Det må satses mer på brukerinitierte og brukerstyrte aktivitets- og rehabiliteringstiltak som gir brukerne en opplevelse av mestring og deltakelse, et sosialt sted å være, og som kan bidra til større økonomisk trygghet.

Fontenehuset i Oslo

Fontenehuset i Oslo er et klubbhus for rehabilitering av mennesker med psykiske lidelser. Fontenehuset baserer seg på å gi brukere en arbeidsorientert dag, noe som øker muligheten til å vende tilbake til ordinært liv, studier og til å delta i arbeidslivet. Medarbeiderne er få, de er knyttet til en enhet og har ansvar for å sikre utvikling og kontinuitet i arbeidet. Det er utviklet en metode for at medlemmene skal få prøve seg i ordinært arbeidsliv: overgangsarbeid. Fontenehuset i Oslo har eksistert siden 1999, og har i dag over 150 medlemmer.

¹⁵ Sosial- og helsedepartementet: St.prp. nr. 63, 1997–98. Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998 (kap. 4.7).

¹⁶ Helsedepartementet: St.prp. nr. 1, 2003–2004 (s. 168). Bevilgningen for 2004 er 82,7 millioner kroner.

¹⁷ Trygdestatistisk årbok 2003, tabell 9.17, s. 143.

¹⁸ Innst. S. nr. 222, 1997–1998 Om opptrappingsplan for psykisk helse.

¹⁹ Sosial- og helsedirektoratet, rapport IS 1128: Opptrappingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003–2006.

²⁰ For innpass i det ordinære arbeidslivet er «Arbeid med bistand» det tiltaket som har fungert best for mennesker med psykiske lidelser (Spjelkavik & Frøyland 2003: Yrkeshemmede i det ordinære arbeidslivet – inkludering gjennom Arbeid med bistand AFI-rapport 3/2003).

3.4 Økonomi

Mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser har dårlig økonomi.²¹ I løpet av årene etter Opptrappingsplanens start ser vi at det har blitt økt oppmerksomhet om fattigdom blant mennesker med psykiske lidelser. Samtidig har forskjellene mellom de fattigste og resten av befolkningen blitt større. Økonomi er en selvsagt del av vårt velferdsbegrep, og en forutsetning for å kunne holde en bolig og ha akseptabel levestandard. Dårlig, uforutsigbar og utrygg privatøkonomi snevrer inn velferdsmulighetene og begrenser mulighetene for å delta på sosiale arenaer. Dette legger stein til byrden for mange mennesker som allerede preges av angst, usikkerhet og vansker med å planlegge som en del av en psykisk lidelse.

I tillegg til at mennesker med alvorlige og langvarige psykiske lidelser må sikres økonomisk trygghet, er det viktig at utdanningene på feltet tar opp i seg hvilken alvorlig tilleggsbelastning det er å leve som fattig i et velferdssamfunn. Utdanningene må inneholde opplæring i hvordan brukerne best kan få hjelp til å løse elementære velferdsutfordringer og styre sin økonomi.

3.5 Sosialt liv og tilhørighet

Mulighetene for et sosialt liv og et godt nettverk er også en sentral forutsetning for et verdig liv. Opptrappingsplanen la vekt på informasjon med økt åpenhet om psykiske lidelser som mål. Samtidig er de kommunale tjenestene i ferd med å bygges ut, noe som kan være med på å gjøre det mulig å etablere et tilfredsstillende sosialt liv for psykisk syke i lokalmiljøet. Likevel er nettopp mangelen på nettverk og opplevelsen av ensomhet og isolasjon noe som preger hverdagen til de alvorligst psykisk syke.

Nedbyggingen av de store institusjonene har fått en alvorlig slagside for de dårligste. Brukere som skrives ut fra langtidsopphold, kommer til lokalsamfunn der de ofte ikke finner tilhørighet, aktivitetstilbud og nye nettverk. En del av årsaken til dette er at man har bygget ned institusjons-

plasser før man har bygget opp et kommunalt tilbud. Oppbygging av et kommunalt tilbud dreier seg om langt mer enn at kommunen stiller bolig til rådighet. Kommunene skal tilby brukerne et *helhetlig* tilbud som omfatter tilpasset bolig med bistand til sosial integrering, væresteder og tilbud om meningsfull aktivitet. Arbeidet med å forebygge fordommer i nærmiljøet er også forsømt som en del av forberedelsene for å legge til rette for inkludering.

Altfor ofte svikter hjelpeapparatet når brukeren trenger bistand til å orientere seg i sin nye livssituasjon og bli integrert i nærmiljøet. Samhandling og nettverksjobbing mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten fungerer til tider så dårlig²² at brukere skrives ut fra institusjon uten at det er blitt gitt informasjon i forkant av utskrivningen, verken til det kommunale hjelpeapparatet eller nettverket. Brukeren selv er også ofte for dårlig forberedt på livet utenfor institusjonen. Mangel på kunnskap og informasjon gjør at mange møtes av usikkerhet, mistenksomhet og sjenanse i sitt nye nabolag. Dette bidrar til ytterligere ensomhet og isolasjon. Selv om et liv på institusjon ikke var noe man ønsket seg, har et slikt møte med nærmiljøet skapt usikkerhet, ensomhet og forverring av tilstanden heller enn muligheter, tilhørighet og trygghet. Dette utfordrer også til ny faglighet i møte med brukeren (jf. kapittel 4.4).

Det må bevilges mer penger til brukerorganisasjonene slik at de både kan drive lokalt opplysningsarbeid og skolere fagpersonell i hvordan de kan bistå hver enkelt bruker. De lokale delene av brukerorganisasjonene kan også i seg selv utgjøre en viktig del av det sosiale miljøet i lokalsamfunnet.

VI KREVER:

- Kunnskap om integreringsprosessen må inngå i fagplanene til alle fagfolk som arbeider for mennesker med psykiske lidelser.
- Midlene til brukerorganisasjonenes informasjons- og opplysningsarbeid må økes.

²¹ St.meld. nr 6, 2003-2004 *Tiltaksplan mot fattigdom*.

²² Se kapittel 6 om organisering.

3.6 Oppsummering

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser er blant dem som har dårligst levekår. De viktigste og vanligste velferdsproblemene er manglende bolig, lite penger å leve for og sosial isolasjon. Manglende muligheter til utdanning og et lite inkluderende arbeidsmarked forsterker dårlige levekår for psykisk syke.

De siste årenes velferdspolitik har i liten grad klart å bedre levestandarden og velferden for de alvorligst psykisk syke. Manglende erkjennelse av utfordringene i utgangspunktet, samt for svak politisk prioritering i etterkant, har bidratt til fortsatt marginalisering og utestenging.

Hovedårsakene til dette er:

- Nedbygging av de store institusjonene har fått pågå uten at det samtidig er bygget opp et nytt, kvalitativt godt og *helhetlig* tilbud i kommunene.
- Brukere er skrevet ut fra en beskyttet tilværelse i institusjon til et samfunn som ikke inkluderer de alvorligst syke i verken nærmiljø, jobb, utdanning eller på sosiale arenaer.
- Psykisk helsevern har lang tradisjon for å fokusere på symptomer og ikke på hele menneskets liv. Det er liten tradisjon for å jobbe i nettverk rundt brukeren og fokusere på brukerens ressurser.
- Manglende erkjennelse av at det blant de alvorligst syke fortsatt vil være noen som trenger et beskyttet tilbud på spesialisttjenestenivå.

Oppbyggingen av desentraliserte tjenester og et nytt psykisk helsearbeid gir en god mulighet til å fokusere på at utfordringen ofte ikke dreier seg om å reparere, men om å legge til rette for at brukeren kan leve best mulig inkludert i samfunnet med sin psykiske lidelse.

4. MEDVIRKNING OG FAGLIGE UTFORDRINGER

Ambisjonen for tilbudet til mennesker med psykiske lidelser er at det skal være preget av åpenhet, helhet og medvirkning. Hjelpen skal gis nært brukeren og i størst mulig utstrekning på brukerens premisser. Kritikken av tilbudet i *Åpenhet og helhet* var ikke bare rettet mot manglende tilgjengelighet og effektivitet, den var også rettet mot organisering, innhold og kvalitet i tjenestene. Skal kvaliteten på tjenestene bli bedre, er det ikke bare avhengig av at brukerne har mulighet til medvirkning, men også hvordan tjenestene arbeider og den kulturen og de holdningene som preger feltet.

Brukermedvirkning er kommet på den politiske dagsordenen. Også fagmiljøer har beveget seg langt når det gjelder å tenke nye løsninger for å gi bedre hjelp og ta brukernes perspektiv på alvor. At man har fokusert mer på endring i tjenestene, og nye verktøy som blant annet individuell plan, har bidratt til noe bedre kår for medvirkning. Samtidig mener vi at utdanningene av fagfolk fortsatt legger for lite vekt på hvordan psykisk helsearbeid skal utføres under nye rammer og med økt brukermedvirkning. De nye utfordringene og den nye strukturen krever også ny kunnskap. Brukermedvirkning handler ikke bare om å avgi mer makt og myndighet til brukerne. Det handler om å endre relasjonen mellom tjenesteyter og bruker. Det fordrer nye måter å jobbe på.

Brukere kan medvirke i utformingen av tjenestene på ulike nivåer, som gir ulike utfordringer. Vi belyser medvirkning på *individnivå*, der brukeren er med på å utforme og gjennomføre eget tilbud, medvirkning på *tjenestestedsnivå*, der brukere medvirker ved det enkelte tjenestestedet, og medvirkning på *systemnivå*, der beslutninger fattes sentralt i kommuner, helseforetak og øvrig statlig helseadministrasjon og politikk.

For å imøtekomme utfordringer knyttet til tjenester og medvirkning har de politiske virkemidlene fokusert på juridiske rettigheter for brukerne og innføring av individuell plan. Vi konstaterer at tiltakene ikke har vært

tilstrekkelige for å gjennomføre brukermedvirkning. Særlig ser vi at det mangler skolering av fagfolk og til dels en god kultur for å følge opp juridiske rettigheter, internevaluering og endring ved tjenestestedene.²³

4.1 Rettigheter og individuell plan

Pasientrettighetsloven og de øvrige helselovene regulerer pasientenes rettigheter både til vurdering, prioritering og behandling, og hvordan viktige forhold ved tjenestenes vurdering og behandling skal være. Det er imidlertid alvorlige mangler i hvordan flere av disse rettighetene ivaretas for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, for eksempel når det gjelder retten til vurdering og prioritering. Viktige deler av spesialisthelsetjenesten mangler rutiner, organisering, kompetanse og kunnskap som kan ivareta disse rettighetene.²⁴

Ved psykiske lidelser er det også interesse-motsetninger knyttet til retten til ikke å få behandling. En del mennesker som behandles for alvorlig psykisk lidelse, ønsker å slippe det, og etterspør styrking av slike rettigheter. Pasientrettighetene hjemler i dag en *rett til fornyet vurdering* i spesialisthelsetjenesten, noe som blant annet er viktig når pasient og behandler er uenige om tilstand eller diagnose. Denne retten synes i liten grad å være kjent blant brukere og i tjenestene, og vi kjenner ikke til at den er blitt brukt.

Pasientrettighetsloven gir brukeren *rett til den informasjonen* som trengs for å få innsikt i egen helsetilstand, og hva undersøkelser, diagnose, prognose, behandling og behandlingsalternativer innebærer. Brukerorganisasjonene forteller at manglende informasjon om behandling, bivirkninger, diagnoser og ulike muligheter er et omfattende problem. Gjennombruddsprosjektet om tvang bekreftet at mange avdelinger hadde betydelig forbedringspotensial når det gjelder å gi informasjon.²⁵

²³ Helsetilsynet 4/2004. Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer.

²⁴ Helsetilsynet 4/2004. Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer.

²⁵ Mathisen, Juan R. & Føyn, Per A. (2002). Gjennombruddsprosjekt psykiatri. Bruk av tvang. Den norske lægeforenings skriftserie for leger: utdanning og kvalitetssikring. <http://www.lageforeningen.no/index.db2?id=10226>

Pårørende har også rett til informasjon fra tjenestene. Voksne brukere har rett til selv å bestemme over informasjon til pårørende, og dette hensynet skal som oftest gå foran pårørendes rett til informasjon. Pårørende har sentral kunnskap om brukeren og har ofte langvarig og viktig innflytelse på han eller henne. Hvis brukeren er innlagt med tvang, kan pårørende informeres av hensyn til seg selv eller ut fra antatt samtykke. Men selv uten bruk av tvang tilsier helsepersonelloven at pårørende *kan* informeres mot brukerens vilje hvis informasjonen er av stor interesse for de pårørende.²⁶ Pårørende har også rett til generell informasjon (for eksempel om diagnosen) selv om det mangler samtykkekompetanse.

Det viktigste virkemidlet i dag for å sikre brukermedvirkning både på *individ-* og *tjenestenivå* er *individuell plan*. Denne rettigheten er hjemlet i helselovene av 2001, ble innført ved forskrift i 2002 og utdypet i sosialtjenesteloven av 2003. Alle som får behandling i spesialisthelsetjenesten, omfattes av rettigheten.

Det er gode intensjoner med individuell plan. Den skal sikre at brukerens ønsker, vurderinger og prioriteringer fremkommer tydelig og vektlegges i så vel planarbeidet som tjenestetilbudet. Den skal også sikre et mer helhetlig tilbud. Ved hjelp av planen skal man legge til rette for samarbeid og koordinering mellom de ulike tjenesteledd som brukeren forholder seg til. Ingen skal lenger oppleve seg som en kasseball mellom etatene. (Se også kapittel 5 om organisering.)

Brakerorganisasjoner har vært generelt positive, men stadig oftere har vi hørt brukerfortellinger om at planens intensjoner ikke følges – hvis den da overhodet utarbeides. Det foreligger i dag betydelig dokumentasjon som bekrefter brukererfaringene.²⁷ For eksempel har Helsetilsynet gjort meget alvorlige funn: Tre av fire av de undersøkte akuttavdelingene oppfylte ikke lovkravet om at «når en pasient er under psykisk helsevern, skal institusjonen utarbeide en individuell plan for vernet» (§4-1 i loven om psykisk helsevern).

På tre av fire undersøkte tjenestesteder har de ansvarlige behandlere droppet lovens krav. Andre rapporter og meldinger tilsier at tallene kan være allmenngyldige, og Rådet for psykisk helse finner disse lovbruddene opprørende.

Vi kan spørre oss hvordan det kan ha seg at en så profilert ny rettighet settes til side. Vi ser ingen alarmmeldinger. Vi hører ikke om rettssaker foranlediget av disse lovbruddene. Kan det skyldes at de eneste som rammes, er brukere av psykisk helsevern og deres pårørende? Vi mener det er et minimum at det innføres sanksjoner mot dem som unnlater å følge loven. Sovende lover hjelper ikke brukerne til mer påvirkning og innflytelse på eget tilbud.

For dem som får utarbeidet en individuell plan, er situasjonen heller ikke god nok. Lovens intensjoner blir ofte ikke etterlevd verken i arbeidet med eller oppfølgingen av planen. Ulike mekanismer bidrar til at brukere og tjenester ikke drar maksimal nytte av individuell plan:

- Individuell plan lages uten at ulike tjenester og etater samarbeider, slik at én tjeneste prøver å planlegge hva andre tjenester skal gjøre.
- Individuell plan inneholder tiltak som ikke blir gjennomført på grunn av manglende samarbeid og forpliktelse eller nedskjæringer.
- Individuell plan blir en liste over eksisterende tiltak og skaper ikke et bedre eller mer helhetlig tilbud.
- Brukere og pårørende får ikke medvirke i planutformingen; planen blir altså ikke brukerens egen.
- Individuell plan blir ikke koordinert og justert fortløpende.
- Dårlig informasjon om retten til individuell plan.

VI KREVER:

- Brukernes og pårørendes juridiske rettigheter må overholdes, og lovbrudd må sanksjoneres.
- Alle med rett til individuell plan, må få det, og brukerens rett til medvirkning i utarbeidelsen av planen må innfris.

Helselover som hjemler rett/plikt til individuell plan siden juli 2001
Pasientrettighetsloven § 2-5
Kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a
Spesialisthelsetjenesteloven § 2-6
Psykisk helsevernloven § 4-1
Sosialtjenesteloven § 4-3a (2003)

²⁶ Syse, Aslak (2001). *Pasientrettighetsloven med kommentarer*. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.

²⁷ Thommesen, Hanne (2002). Virkemidlet individuell plan. *Dialog. Bulletin for SEPRER*, vol. 12, nr. 2 & 3, desember 2002, s. 32-40; Thommesen, Hanne (2002). Kommunenes arbeid med individuell plan ett år etter at forskriften om individuell plan trådte i kraft; Staten kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering. *SKUR-rapport nr. 2/2002*. Helsetilsynet 4/2004. Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer.

4.2 Brukermedvirkning ved tjenestestedet

Ved det enkelte tjenestestedet avgjøres mange forhold som er viktige for brukerne.

Tjenestestedets rutiner for å prioritere, informere og samarbeide er viktige for kvaliteten.

Enkelte steder er det skapt arenaer for brukermedvirkning på tjenestestedsnivå.²⁸

De har etablert systematiske prosedyrer som sikrer at brukeres vurderinger av viktige kvaliteter ved tjenestene legges til grunn i et kontinuerlig arbeid med å sikre kvalitet og videreutvikling. Slikt kvalitetsutviklingsarbeid skaper en arena der brukere og fagfolk sammen kan utvikle sin forståelse videre. Særlig er det viktig at tjenestestedet får tilgang til brukeres helhetlige vurderinger av hvordan et tilbud er, og hvordan det bør være. Kvalitetsutviklingsprosjektet i Sør-Trøndelag var innrettet slik at *brukere* utenfra foretok gruppeintervjuer i avdelingene, og bidro til at brukerne ga kritiske svar. Brukere som intervjuere bidro også til å videreutvikle og systematisere brukererfaringer og brukerkompetanse.²⁹

Trass i at det finnes metoder for lokal kvalitetsutvikling, og at slike former for internkontroll er lovpålagt, ser vi at mange av tjenestestedene mangler et godt system for læring av feil. Det sikres ikke at lokale praksismåter og vurderingsstandarder suppleres og erstattes av en systematisk kvalitetsforbedring ved det enkelte tjenestestedet. Tjenestestedene opptrer med andre ord ikke som lærende organisasjoner.³⁰ I stedet er faren stor for at uheldig praksis sementeres og forsterkes. Mennesker med psykiske lidelser skal nå få behandling og bistand på mange arenaer, noe som stiller krav både til nytenkning og til kontinuerlig evaluering av arbeidet ved det enkelte tjenestested.

VI KREVER:

- Tjenestestedene må ha systemer for internkontroll, og disse må inneholde en arena for brukermedvirkning.

4.3 Brukermedvirkning på systemnivå

Det har vært et problem at tjenestene har vært organisert og innrettet på en måte som ikke passer godt nok overens med brukernes behov og preferanser. Det er derfor avgjørende for kvalitet og effektivitet i behandlingssystemet at brukererfaringene systematiseres til kollektive brukererfaringer, og at de kollektive brukerstemmene brukes aktivt som et viktig grunnlag når man utvikler og organiserer tjenestene.

I føringene for kommunale planer for psykisk helse er det et krav at brukerne deltar i planleggingen. Dette har fungert tilfredsstillende i en del kommuner. Men det er også her fallgruver som kan hindre at pålagt brukermedvirkning blir reell brukermedvirkning:

- For liten brukerrepresentasjon.
- Brukere kommer for sent med i planleggingen
- Brukernes innspill tas ikke på alvor
- Brukeren fungerer som gissel.

Foretakene ble pålagt å opprette brukerråd. Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR) skal evaluere brukermedvirkning på systemnivå, men resultatene er ennå ikke publisert. Brukere har fortsatt ikke rett til å delta i styrer eller andre organer som treffer beslutninger i foretakene. I forhold til at befolkningen generelt hadde en indirekte mulighet til påvirke i lokale sykehusspørsmål gjennom fylkestingsvalgene, innebar foretaksreformen at befolkningens (og brukernes) påvirkning i lokale helsespørsmål ble svekket. I en fase der spesialisthelsetjenesten har reorganisert seg i stor grad, er det ekstra viktig at brukernes perspektiv får komme frem og legge premisser for endringene. Vi kan ikke se at brukerrådene har hatt stor innflytelse i den reorganiseringen som foregikk i foretakene i 2002 og 2003. Det er betenkelig at foretaksstyrene har hatt så svake mekanismer for brukermedvirkning. Vi mener at brukerorganisasjonene må inviteres

²⁸ «Kvalitetsforbedring i psykiatriske sengeposter» (Statens helsetilsyn 6–2001); Bjørgen, Dagfinn & Johansen, Karl J. (2002). Kvalitetsforbedring gjennom brukerevaluering. *Dialog. Bulletin for SEPREP*, vol 12, nr. 1; www.ringerike-sykehus.no/klikk_på_pasientfokusert_redesign.

²⁹ Bjørgen, Dagfinn & Johansen, Karl J. (2002). Kvalitetsforbedring gjennom brukerevaluering. *Dialog. Bulletin for SEPREP*, vol 12, nr. 1

³⁰ Helsetilsynet 4/2004. Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer.

til ny dialog om hvordan man skal sikre at brukerekspertisen inngår som en sentral del av foretaksstyrenes beslutningsgrunnlag.

VI KREVER:

- Brukeråd med representanter fra psykisk helse-feltet må opprettes ved alle tjenestesteder.

4.4 Faglige utfordringer

Åpenhet og helhet stadfestet at institusjonsopphold bare skal brukes når det er strengt nødvendig, blant annet fordi det bidrar til kronifisering av sykdom og gjør brukerne mindre selvhjulpne.³¹ Gammel kunnskap kan ikke uten videre videreføres når rammebetingelsene endres slik de er gjort i psykisk helsevern. De siste 30 år er det gjennomført en deinstitutionalisering med nedleggelse av ca. 6000 sengeplasser. I tillegg har det foregått en verdiutvikling, der brukerrettigheter og brukermedvirkning har fått en sentral plass. Dette innebærer at mange brukere, også med alvorlige psykiske lidelser, skal motta tjenester på andre arenaer enn døgninstitusjoner, og der møtet mellom bruker og behandler skal være endret.

Forskning, utdanninger og tjenester må i en ny tid for psykisk helsearbeid fokusere på og styre utviklingsressurser mot metoder og faglige tilnærminger som kan bidra til at flere brukere unngår situasjoner som gjør institusjonsopphold nødvendige. Dette må få som følge at man i større grad legger vekt på andre arenaer og rammer enn sykehusavdelinger. Det må stimuleres til at fagfolk og spesialister må være mer til stede på de arenaene der brukere i større grad enn før skal leve sine liv: bolig, familie, arbeid, utdanning og lokalsamfunn. Det har lenge vært nødvendig å øke oppmerksomheten om hvor komplekst det er å skulle leve et rimelig alminnelig liv når man har en bakgrunn med alvorlig psykisk lidelse. Dette er sentrale områder for faglig utvikling etter nedbyggingen av de store institusjonene.

Det er også blitt utviklet behandlingsmetoder

som legger til rette for å redusere behovet for institusjonsopphold. Et eksempel er psykoedukativ behandling ved schizofreni, et system for å lære brukere og pårørende om sykdommen og hvordan de kan mestre den. Ambulante team som bidrar med utredning, behandling og tilrettelegging på brukerens egne arenaer som hjem, arbeid, utdanning og lokalmiljø er en måte å organisere behandlingen på som flytter viktige deler av spesialistkompetansen ut på brukerens hjemmebane (se også kapittel 6). Nettverksmøter ved kriser og alvorlig psykisk lidelse, og ulike systemer for å veilede og undervise ansatte i kommunen, er andre eksempler. Vi ser at slike metoder er tatt i bruk enkelte steder, men ikke som ledd i en samlet plan som sikrer at brukere kan få slike tjenester uavhengig av hvor i landet de bor.

Brukermedvirkning er viktig for å mobilisere brukerens egne ressurser. Det er på tide at både høyspesialiserte døgninstitusjoner, DPS-er, kommunale tjenester og ulike forsknings- og undervisningsinstitusjoner i metodeutviklingen fokuserer på *hvorfor* og *hvordan* brukermedvirkning kan få en selvskreven plass hos ansatte i psykisk helse-feltet.

Man kan også tenke seg at det går an å løse problemene med å oppnå brukermedvirkning på en radikalt annerledes måte: ved at brukerne styrer tiltaket innenfor vide eller selvbestemte rammer. Brukerstyring kan også bidra til at mennesker med mistillit til tjenestene får et tilbud de kan bruke med fornyet tillit.

Det er opprettet enkelte brukerstyrte sentre, i hovedsak dagsentre, væresteder og rehabiliteringssentre.³² Disse har fått god respons, og den ansvarliggjøringen og tilliten som brukerstyringen innebærer, ser ut til å virke svært positivt for en del brukere. En rapport om brukerstyrte botilbud³³ vurderer flere brukerstyrte tiltak, ser på hvilke trekk som preger vellykkede tiltak, og konkluderer med at vellykket brukerstyring har egenskaper som bidrar til så stor og spesifikk funksjonsbedring for mange brukere at det bør kalles en behandlings- eller rehabiliteringsmetode.

Valdresprosjektet

Valdresprosjektet var et nettverksorientert, som la vekt på brukermedvirkning, kontinuitet og å utnytte eksisterende ressurser i kommune og lokalsamfunn. Prosjektet var et samarbeid mellom Sør-Aurdal og Nord-Aurdal kommuner og DPS avdeling Aurdal. I en ekstern evalueringsrapport ble prosjektet vurdert som vellykket blant annet fordi de klarte å arbeide ut fra brukernes premisser. (Diakonhjemmet, rapport 1-2002) Kvalitative brukerintervjuer viste fornøyde brukere og pårørende, og flere hadde en langsom, positiv utvikling i prosjektperioden. «Et av mine største problem har vært at jeg ikke har blitt sett og hørt, hva skulle min rolle bli i dette prosjektet, hva vil de bruke meg til? Jeg ble respektert på lik linje med alle de andre i teamet, jeg ble tatt på alvor.» (Brukerrepresentant i Valdresprosjektet)

³¹ St.meld. 25, (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*. (s 56)

³² Amalie Skrams hus i Bergen, Huset i Larvik, KIM-senteret i Trondheim og Fontenehuset i Oslo (se kap 3) er gode eksempler.

VI KREVER:

- Brukermedvirkning som metode og ideologi må være en integrert del av utdanningene.
- Felles undervisningsfora mellom tjenester, fagfolk og brukere må styrkes.
- Brukerorganisasjonene må styrkes for å kunne drive sitt brukermedvirkningsarbeid.

4.5 Oppsummering

Brukermedvirkning innebærer et brudd med mange tradisjoner for utøving av tjenester. Det stiller krav til å tenke nytt. Særlig er det viktig å sørge for at det tas i bruk og videreutvikles arenaer og metoder for å få frem brukeres vurderinger av det enkelte tjenestested. Pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven gir brukerne rett til kvalitet, medvirkning og informasjon, men tjenestene har fortsatt en utfordring når det gjelder å legge til rette for å realisere dette for alle.

Brukermedvirkning utfordrer måten tjenestene legges til rette på. Det utfordrer også tradisjonelle kulturer for behandling, som både fagfolk, brukere og pårørende er bærere av. Vi ser at endring i lovverket ikke er nok til å sikre brukerne reell innflytelse i eget tilbud.³⁴

Det stiller spesielt store krav til hvordan tjenestestedene tilrettelegger for og oppmuntrer til arbeidsmåter som fremmer medvirkning og et verdig liv for brukerne.

Brukernes rett til medvirkning må gjøres enda klarere. Det bør tas i bruk redskaper som bidrar til å måle brukermedvirkningen, slik at virksomhetene kan få klare tilbakemeldinger på hvor god brukerne opplever at brukermedvirkningen er, og slik at det eventuelt kan knyttes insitamenter og sanksjoner til graden av brukermedvirkning. Alle interne evalueringer, kvalitetsmål og utviklingsmål må inkludere brukermedvirkning, og det må legges vekt på hvordan brukerne vurderer at de får medvirke. Brukere bør undervise om brukermedvirkning i grunn- og videreutdanninger. Alt arbeid om brukermedvirkning må selsagt gjennomføres i samarbeid med brukerorganisasjoner, og disse må styrkes tilstrekkelig for å gjøre arbeidet mulig.

³³ *Brukerstyring – en vei til et bedre liv*. BRUBO-rapporten. Forprosjektrapport av Landsforeningen for pårørende innen psykiatri (LPP), Landsforeningen WSO, Aurora og Galebevegelsen

³⁴ Helsetilsynet 4/2004. *Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer*; Thommesen, Hanne (2002). Kommunenes arbeid med individuell plan ett år etter at forskriften om individuell plan trådte i kraft. Staten kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering. *SKUR-rapport* nr. 2/2002.

5. OPPTRAPPINGSMIDLENE

Økte bevilgninger i opptrappingsperioden skulle bidra til en etterlenget økonomisk satsing etter mange års forsømmelser. Psykisk helsearbeid skulle opp på samfunnets prioriteringsliste.

Pengene var en forutsetning både for å øke kapasiteten, tilgjengeligheten og kvaliteten, og for å kunne bygge opp et lokalt tilbud som altfor lenge hadde vært svært mangelfullt. I dette kapitlet ser vi på hvilke bevilgninger Opptrappingsplanen lovet, og hva som er bevilget. Vi ser også nærmere på mekanismer som bidrar til at deler av midlene blir brukt feil.

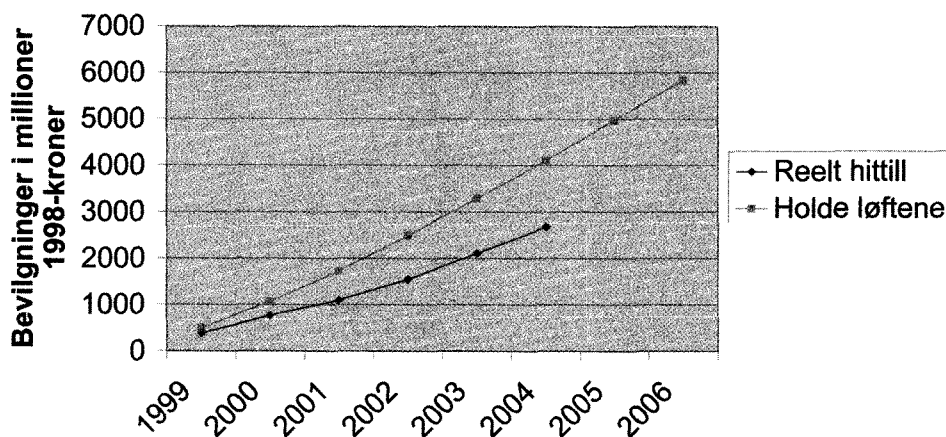
Viktige og høyt profilerte økonomiske løfter var at det skulle bevilges 24 milliarder 1998-kroner til psykisk helse-feltet over en åtteårsperiode. Det ble lovet at i 2006 skulle driftsutgiftene til psykisk helse-feltet ha økt med 4,6 milliarder kroner. Opptrappingsplanen vurderte driftsøkingsbehovet som omtrent like stort i spesialisthelsetjenesten som i kommunene, ca. 2,1 milliarder i hver sektor. Investeringsbehovet ble vurdert til 6,3 milliarder kroner i hele opptrappingsperioden.³⁵

5.1 Nasjonal politikk

Frem til og med 2004 er det bevilget omtrent 8,6 milliarder 1998-kroner i opptrappingsmidler. Ser vi på de samlede bevilgningene av opptrappingsmidler slik de har fremkommet i oppstillingene i de årlige statsbudsjettene³⁶, ligger opptrappingstakten langt bak planen.

Utviklingen viser at det er urealistisk å skulle innfri de samlede løftene for drift og investeringer innen den opprinnelige tidsrammen (se figur 1). Verken driftsutgifter eller investeringer er økt i det planlagte omfanget. Når bevilgningene for 2004 er inkludert, har man investert for 36 prosent av måltallet og økt driftsutgiftene med 41 prosent av måltallet i de første seks årene av planperioden.³⁷ Det er urealistisk å skulle klare over halvparten av disse målene på bare to år. Bevilgningene må dessuten øke betydelig dersom de opprinnelige målene skal nås også innenfor den utvidede opptrappingsperioden (1998–2008).

Figur 1. Løfter og realiteter fra Opptrappingsplanen 1999-2006



³⁵ Sosial- og helsedepartementet: St.prp. 63 (1997-98) *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006*. Av de 24 milliardene skulle droye 17 milliarder gå til å øke driftsnivået i perioden, hovedsakelig til kommune og spesialisthelsetjenesten, men også til andre formål som sysselsettingstiltak og utdanning. Det skulle investeres for ca. 6,3 milliarder. Alle tall skulle være i 1998-kroner.

³⁶ Figuren tar utgangspunkt i de opprinnelige forutsetningene i Opptrappingsplanen, og er basert på tall fra løpende statsbudsjetter, inflasjonsjustert med ca. 3,5 prosent per år (et gjennomsnitt av inflasjonsjusterte tall fra St.prp. nr 1 2003-2004 s. 161). For å se hvordan løftene kunne vært holdt, har vi fylt inn tall slik at sluttsummen ble 24 milliarder 1998-kroner. Hvis økningen i opptrappingsmidler de to neste årene blir på 850 millioner og 1 milliard, når man omtrent 16,2 milliarder i opptrapping fra 1999–2006, 8 milliarder mindre enn lovet. Opptrappingsplanen forutsatte at staten skulle bruke totalt 2,5 milliarder på 3400 boliger i løpet av perioden. Alle boligtilsagnene vil bli gitt i løpet av 2004 (s. 162), men staten har i stedet valgt en finansieringsmodell som innebærer at utgiftene til boliger blir mindre i opptrappingsperioden, mens staten vil få forpliktelser etter Opptrappingsplanen. Hvis disse forpliktelsene regnes med, har nivået på opptrappingen holdt et noe høyere nivå enn vist i figur 1.

³⁷ Helsedepartementet: St.prp. nr. 1 2003–2004 (s. 161 og 162). I 2002 styrket likevel foretakene sin egenfinansiering av psykisk helsevern, men uten at det gjenspeiles i statsbudsjettets måloppnåelsestall.

Samlet sett ser vi at de økonomiske løftene for Opptrappingsplanen er brutt. Regjeringen har ikke foreslått og Stortinget har ikke bevilget i det omfanget som planen forutsetter.

Årsaken til løftebruddet er ikke manglende penger på helsefeltet. For eksempel er driftsutgiftene i somatisk helsevern økt med over syv milliarder fra 1998–2001, mens psykisk helsevern i samme periode tilsynelatende økte med 1,2 milliarder. Kravene fra blant annet somatikken er åpenbart så sterke at kostnadene ved å holde psykisk helse øverst på prioriteringslisten – slik politikerne sier – ser ut til å ha vært for store. Rådet for psykisk helse mener det er uakseptabelt at planen om et sårt tiltrengt løft for et forsømt felt ikke følges opp med bevilgninger som lovet. At flere typer oppgaver defineres inn under Opptrappingsplanen uten at det tilføres friske penger, fører også til senket takt i opptrappingen.

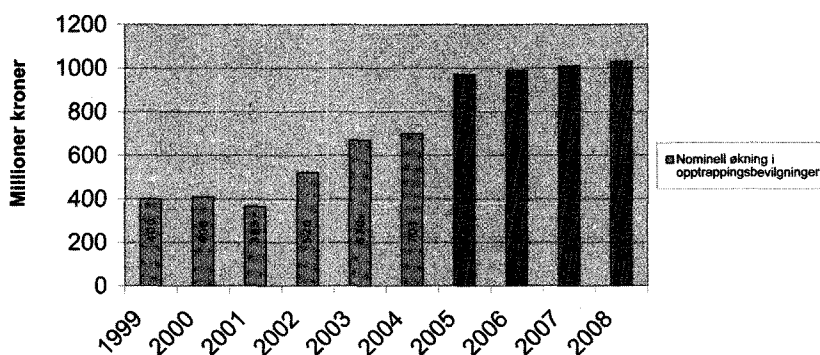
Likevel er det positivt at man bevarer ambisjonene om å gjennomføre planen, om enn over lengre tid enn opprinnelig planlagt. Selv med en forlenget planperiode kreves det kraftige bevilgninger for å nå målene for drift og investeringer. Med utgangspunkt i Helsedepartementets egne tall

må den årlige økningen i opptrappingsmidler være minst om lag én milliard kroner hvert eneste år i perioden 2005–2008 for å kunne nå de opprinnelige målene om en økning i driftsnivået på 4,6 milliarder og investeringer i opptrappingsperioden på 6,3 milliarder (se figur 2)³⁸. I denne beregningen har vi ikke tatt inn det økte behovet for boliger, eventuelle vridninger av opptrappingsmidler til andre formål, eller utvidelsene av Opptrappingsplanens oppgaver og målgrupper. Den nasjonale politikken har også lagt andre viktige føringer som påvirker gjennomføringen av Opptrappingsplanen. Man har lagt vekt på å få bedre kontroll med utgiftsøkningene i spesialisthelsetjenesten, og man har lagt vekt på at kommunene skal effektivisere sin drift. Det er verdt å merke seg at Stortinget aldri krevde at gjennomføringen av foretaksreformen skulle ivareta Opptrappingsplanens intensjoner (se mer i kapittel 6).

VI KREVER:

- Opptrappingen må være minst én milliard kroner i hvert av de fire gjenværende år av opptrappingsperioden (1998–2008) for å nå de opprinnelige målene.

Figur 2: Illustrasjon av nominelle økninger i bevilgninger til Opptrappingsplanen 1999–2004 og anslag over nødvendige økninger for 2005–2008 for å nå mål fra planen



³⁸ St.prp. nr. 1 2003–2004 vurderer måloppnåelsen for økninger i driftsbevilgninger til 41 prosent (s. 161) og for investeringsbevilgninger til 36 prosent (s. 162). Gjenstående beløp i 2004 kroner er omtrent 3,3 mrd for driftsøkning (s. 161) og ca. 5 mrd for investeringer (s. 162). I 2004 er det avsatt omtrent 3,3 mrd til opptrappingsplanen (s. 161). Vi har forutsatt at alt som ikke brukes til driftsøkninger, går til investeringer. Dette er et anslag for å belyse hvor sterk økning som må til for å nå målene, selv med utvidet planperiode, og vi har derfor fordelt økningene i drift og investeringer flatt utover årene 2005–2008, men korrigert for 2 prosent årlig inflasjon. Med disse forutsetningene må bevilgningene til drift øke med 850 millioner og investeringene med ca. 120 millioner 2005-kroner i 2005, og hvert år frem til 2008.

5.2 Opptrappingsmidler i spesialhelsetjenesten - slukt av somatikken ?

I spesialisthelsetjenesten har det vært en driftsøkning hittil i opptrappingsperioden, men tjenestene ligger slik vi har påvist, ikke an til å nå målet om å øke driften med 2,1 milliarder fra 1998 til 2006. I det følgende ser vi nærmere på geografisk fordeling, og på fire eksempler som peker på mulige problemer når det gjelder hvordan bevilgningene brukes og vurderes.

Økningen i drift er ujevt fordelt geografisk.

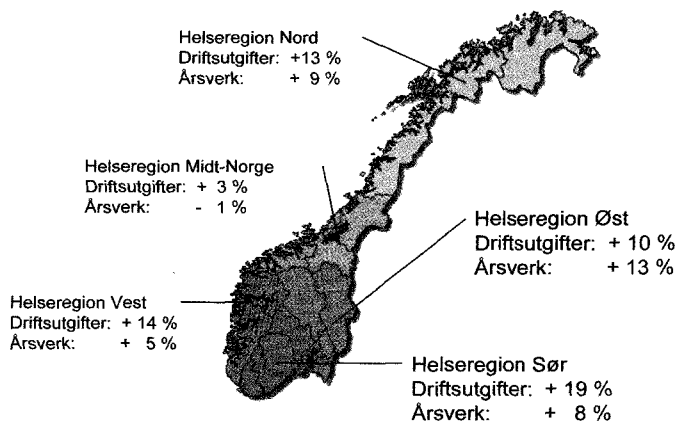
I Midt-Norge ble det ingen opptrapping i psykisk helsevern for voksne fra 1998–2002 (se figur 3), og regionen bruker nå mindre til psykisk helsevern enn resten av landet.³⁹ Også Hedmark og Vestfold har ligget langt under landsgjennomsnittet når det gjelder personelldekning og driftsutgifter for voksne.⁴⁰ Enkelte regioner og fylker har i store deler av planperioden ikke hatt opptrapping i det hele tatt. Dette er uakseptabelt og brudd med Opptrappingsplanen.

Vi har på nasjonalt nivå sett at somatikken iverksettende kraft til å vokse har oversteget kraften i Opptrappingsplanen. Kan denne *vekstkraften* bidra til at deler av økningen i driftsutgiftene i psykisk helsevern blir vridd mot andre formål, som somatikk? Figur 4 fremstiller hvordan driftsutgiftene og antall ansatte har utviklet seg fra 1996 til 2002.⁴¹ Driftsutgiftene viser hvordan regnskapene forteller at midlene er brukt.

I psykisk helsevern går driftsutgiftene hovedsakelig til å lønne ansatte som yter tjenester. Økning i antall årsverk forteller derfor at man faktisk har brukt pengene til å yte mer tjenester.

Figur 4 viser at fra 1996 til 2001 økte somatikken med tjuefem prosent, mens psykisk helsevern bare økte med seksten prosent. Antall årsverk øker med seksten prosent i somatikken og tretten prosent i psykisk helsevern i disse årene. Men i 2002, foretaksreformens første år, ser vi at veksten i driftsutgifter i somatikken stagnerer, mens driftsutgiftene i psykisk helsevern skyter fart.⁴²

Figur 3: Økninger i driftsutgifter og årsverk 1998-2002 for voksne



Basert på SAMDATA psykisk helsevern 3/03 s. 35-36. Endringer i driftsutgifter viser den økonomiske styrkingen av psykisk helsevern i de ulike helseregionene, mens endringer i årsverk indikerer i hvilken grad det er ansatt flere som kan yte mer tjenester

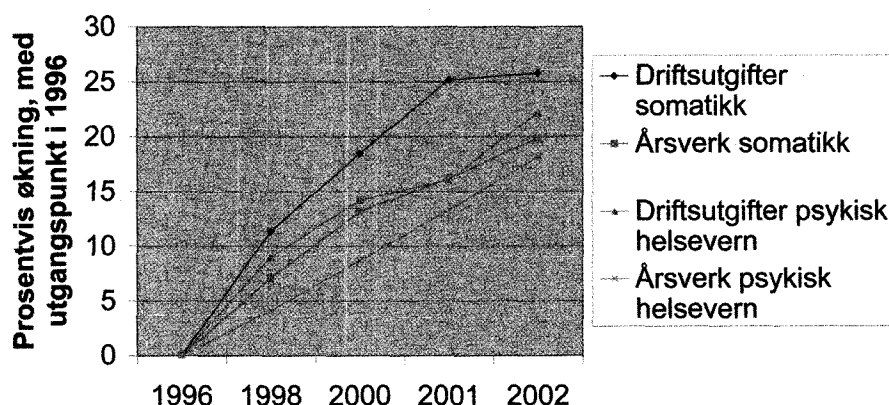
³⁹ Samdata psykisk helsevern 3/03 s. 35 og 36 viser en økning i driftsutgifter per innbygger i perioden på tre prosent og en reduksjon i personelldekning per innbygger på en prosent i perioden.

⁴⁰ Samdata psykisk helsevern 1/02, s. 47 og s. 72.

⁴¹ Tallene er hentet fra SAMDATA spesialisthelsetjenesten tabeller for 2002, s. 11 og 12.

⁴² I tillegg til opptrappingsmidler brukte foretakene også midler fra sine basistilskudd til denne styrkingen av spesialisthelsetjenesten i 2002. Sintef Unimed vurderte derfor at økningen i driftsutgifter i spesialisthelsetjenesten nådde 41 prosent av målet i 2002, mens Helsedepartementet i St.prp. nr 1 skrev at spesialisthelsetjenesten bare kom til å nå 35 prosent av målet for økning av opptrappingsmidler til drift i 2004.

Figur 4. Driftsutgifter og årsverk i somatikk og psykisk helsevern 1996-2002



Foretakene reorganiserte seg, med stor grad av samorganisering og felles budsjettansvar for psykisk helsevern og somatikk.⁴³ Med foretaksreformen risikerer man at somatikkens vekstkraft i større grad tar i bruk opptrappingsmidler for å fortsette å vokse. Hvis midler som er tiltenkt psykisk helsevern, faktisk blir vridd til somatikk, kunne det komme til syne i stillingsveksten, som er lettere å telle og kontrollere enn pengebruken. Når den økonomiske veksten i somatikken stagnerer i 2002, skjer da en tilsvarende stagnasjon i veksten av årsverk? Figur 4 viser at somatikkens årsverk øker omtrent like raskt i 2002 som tidligere år. For psykisk helsevern er situasjonen slik: Den kraftige veksten i driftsutgifter i 2002 er ikke blitt brukt til å øke årsverkene raskere enn tidligere. Kan det være slik at somatikken har fortsatt å tilsette flere, mens man i forhold til før plasserer en større andel av kostnadene for de somatiske årsverkene i psykisk helsevern? Med foretaksorganiseringen ser Norge ut til å ha vridd en større del av opptrappingsmidlene fra psykisk helsevern til somatikk. Dette betyr – folkelig sagt – at somatikken stjeler fra mennesker med psykiske

lidelser under opptrappingsperioden. En vei videre kan være å pålegge en mer separat budsjettering og regnskapsførsel.

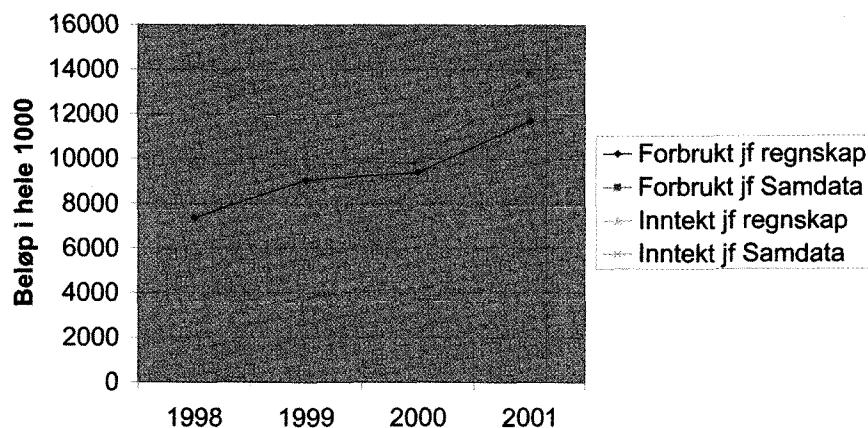
Og hvordan er så situasjonen i dag, i 2004? Kommer økningen i opptrappingsmidlene frem til spesialisthelsetjenestens avdelinger og klinikker i form av vekst i psykisk helsevern? En ringerunde utført av NRK Puls⁴⁴ viste at ledelsen ved hele 22 av 28 foretak hadde planlagt at aktivitetsnivået i 2004 *ikke* skulle øke. Undersøkelsen fant ikke igjen utgiftsveksten som de nasjonale bevilgningene burde ha gitt. Dette kan bety at viktige deler av opptrappingsmidlene til spesialisthelsetjenesten ikke vil nå frem til brukerne i 2004, som i 2002.

Foretakenes begrunnelser vitner om endringer i hvordan foretakene posterer og fordeler sine utgifter. Dette viser at regnskapstekniske endringer kan være en type mekanisme som bidrar til at deler av opptrappingsmidlene ikke når målgruppen. Endringer i regnskapsføringen bidrar til at bildet av hvordan utgiftene utvikler seg over tid, kan bli misvisende.

⁴³ Regler for offentlige regnskaper medfører at en institusjon ikke kan bygge opp fond, men må dekke underskudd innen egne budsjetter så lenge det finnes et overskudd å ta av.

⁴⁴ NRK Puls utførte en rundspørring til sentral foretaksadministrasjon i januar 2004 i de ulike lokale helseforetakene i Norge, se <http://www.nrk.no/programmer/tv/puls/3530205.html>

Figur 5: Avvik mellom regnskap og Samdata for en poliklinikk



Vi ser med andre ord flere mekanismer som kan vri bevilgningene bort fra psykisk helsevern og målgruppen:

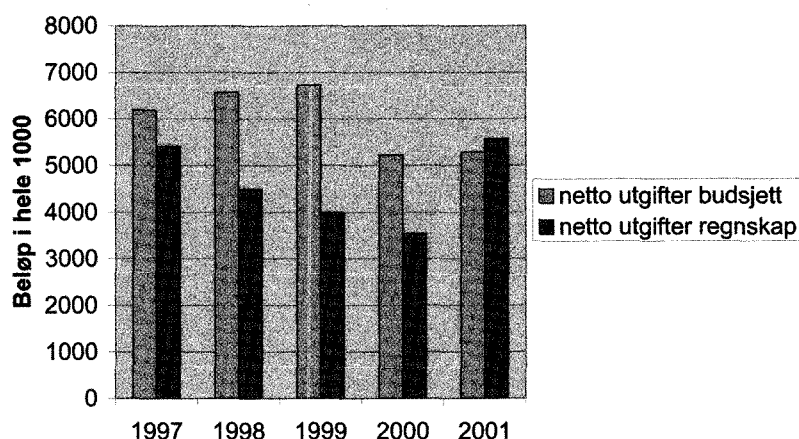
- *Ny ordning for betaling av arbeidsgiveravgift.*
- *Postering av pensjonsutgifter som tidligere var holdt utenfor budsjettene for psykisk helsevern.*
- *Psykisk helsevern betaler mer for interne tjenester fra foretaket enn tidligere.*

Flere av foretakene fortalte også om at foretaket reduserte sin egenfinansiering av psykisk helsevern, slik at reduserte bevilgninger fra foretakets ramme reduserte eller nullet ut økningen i opptrappingsmidler. Når bevilgninger fra rammene reduseres, begrunnes det med at også psykisk helsevern må effektivisere og rasjonalisere. Men allerede i Opptrappingsplanen ble effektivisering lagt inn som en forutsetning for å nå målene for tjenestene. Psykisk helsefeltet skal derfor ha den samlede effekten av effektivisering og opptrapping.

Myndighetene styrer helsevesenet ut fra tall- og rapporteringssystemer. Er kvaliteten på tallene her gode nok? Vi har forsøkt å følge tallene fra Nordlandssykehuset avdeling Lofoten inn i Sintef Unimed SAMDATA.

Sykehusets regnskapstall for 2001 viser at sykehuset brukte 11,7 millioner kroner til psykisk helsevern og tjente 4 millioner kroner, hovedsakelig i refusjoner. Ifølge tall fra Samdata hadde sykehuset hele 13,7 millioner i utgifter og 3,6 millioner i inntekter. Dette kan bety at Samdatas tall *overvurderer* utgiftene og *undervurderer* inntektene. Det ser altså ut som om det offentlige har brukt mer penger på denne helsetjenesten enn det sykehuset hadde postert i sine regnskaper. Uavhengig av hvor i rapporteringskjeden feilen er oppstått, risikerer vi at politikernes beslutningsgrunnlag blir for svakt. Retningen i avvikene i dette eksemplet viser liknende tendenser over flere år, og gir et bilde av større ressursbruk til psykisk helsevern enn det de lokale regnskapene tilsier (se figur 5).

Figur 6: Netto utgifter i budsjett og regnskap



En mekanisme for vridning kan være at ubrukte midler fra én avdeling blir brukt til å skaffe inndekning for overforbruk ved andre avdelinger. Et eksempel på hvordan bevilgede midler brukes andre veier enn tiltenkt, finner vi ved samme sykehus. Vi har flere bekreftelser på at slike mekanismer også er virksomme andre steder. Ved den psykiatriske poliklinikken ved Nordlandssykehuset avdeling Lofoten ser vi en systematisk underbudsjettering av inntekter og overbudsjettering av utgifter. Figur 6 viser at sykehusets planlagte egenfinansiering (utgifter minus refusjonsinntekter) av poliklinikken er større i budsjettet enn i regnskapet, slik at penger som skulle brukes på psykiske lidelser, likevel ikke blir brukt. I 2000 planla sykehuset at poliklinikken skulle bruke 8,1 millioner kroner og få 2,8 millioner i inntekter.

Den faktiske bruken av penger er 400 000 lavere enn budsjettet. Samtidig hadde poliklinikken inntekter på 4,1 millioner kroner, nesten 1,3 millioner mer enn budsjettet. Dette betyr at sykehuset lot være å bruke hver tyvende krone til poliklinikken for mennesker med psykiske lidelser, samtidig som den innbrakte 45 prosent mer inntekter enn budsjettet.

I tillegg kommer at sykehuset fra 1995 av opererer med interne overføringer fra 300 000 til 1,2 millioner kroner årlig, noe som bidrar til ytterligere misforhold mellom regnskapstall og direkte aktivitet overfor mennesker med psykiske lidelser.

Dette er to mulige mekanismer for vridninger fra psykisk helsevern til somatikk:

- *Systematisk underbudsjettering av inntekter og overbudsjettering av utgifter.*
- *Endret bruk av interne overføringer.*

Det er vanskelig å få oversikt over hvordan penger i realiteten brukes i store offentlige virksomheter. Organisasjonsendringene og samordningen mellom somatisk og psykisk helsevern i foretaksreformen har gjort det enda vanskeligere å følge utviklingen av «psykiatripengene» for det enkelte fylke over tid. Det blir vanskelig både for myndigheter og brukerorganisasjoner å finne ut om opptrappingsmidlene brukes som de skal, eller i hvor stor grad vridningsmekanismene får virke. Vi mener disse eksemplene viser at det er behov for en nærmere granskning.

VI KREVER:

- Stortinget må granske om somatikken har vokst ved hjelp av opptrappingsmidler.
- Det må vurderes å kreve separate budsjetter og regnskaper for psykisk og somatisk helsevern i lys av vridningsmekanismene og effektene av dem.
- Rapporteringssystemene frem til SAMDATA må granskes og eventuelt endres for å sikre at myndighetenes styringsinformasjon gjenspeiler aktivitetsnivået.

5.3 Opptrappingsmidler i kommunene

Kommunene ligger ikke an til å nå målet om en økning på 2,1 milliarder kroner i driftsutgifter til tjenester for mennesker med psykiske lidelser. I 2004 vil økningen i det kommunale driftsutgiftsnivået nå 43 prosent av målet for opptrappingsperioden.⁴⁵ Etter seks år med opptrappingsplan har kommunene fortsatt ikke nådd halvparten av driftsnivået som ble satt som mål for 2006. Selv med en utvidet planperiode til 2008 skal det svært kraftig satsing til for å nå målet for kommunenes nivå på drift og aktivitet. Kommunene vurderer at utgiftene til psykisk helsearbeid fortsatt må økes kraftig for å dekke behovene.⁴⁶ Stram kommuneøkonomi og krav om effektivisering bidrar til at de bevilgede opptrappingsmidlene kommer under press for vridning mot andre formål, på samme måte som vi har sett innen spesialisthelsetjenesten. Opptrappingsmidlene til kommunene er øremerket, og det skal rapporteres hvordan midlene er brukt. Det er en forutsetning at midlene skal brukes til å øke tilbudet til mennesker med psykiske lidelser, og ikke til ny finansiering av gamle tilbud eller økning på andre områder.

Sosial- og helsedirektoratet har informasjon om at enkelte kommuner bruker opptrappingsmidler til erstatning for egenfinansiering av tiltak, og til tiltak som ikke fullt ut er for målgruppen.⁴⁷

Ifølge kommunene selv sikrer ikke plankrav og rapporteringskrav at aktiviteten i psykisk helsearbeid øker i samme takt som opptrappingsmidlene.⁴⁸ Fra Arendal og Kristiansand kommuner ble det rapportert at øremerkede opptrappingsmidler ble brukt til søvnkurs for foreldre med friske barn og et planlagt prosjekt for fysisk fostring for friske, men med henblikk på risikogrupper.⁴⁹ Det er grunn til å stille spørsmål ved om dette er riktig bruk av opptrappingsmidler som etter intensjonene var ment å gi et bedre tilbud til dem som allerede var syke. Grimstad kommune vedtok å bruke ubenyttede opptrappingsmidler for 2001 til lønnsmidler til Fevikun bo- og omsorgssenter, som har hovedsakelig eldre brukere og ikke brukere med psykiske lidelser. Ski kommune hadde februar 2002 ennå ikke søkt om midler til omsorgsboliger for psykisk syke, men hadde valgt å prioritere eldreomsorgen.⁵⁰ En annen kommune har brukt alle statlige, øremerkede midler til helse- og sosialarbeid som skal integrere alle i kommunen, samtidig som brukere som «bare» har en psykisk lidelse, får liten eller ingen oppfølging, ikke får et tilpasset boligtilbud og er uten dagsenter eller akutt-team.⁵¹ Fra en kommune ble det fortalt at en helsesøsterstilling ble lagt ned ett år og en tilsvarende stilling gjenopprettet året etter.⁵²

Dette er eksempler på mekanismer som kan føre til at opptrappingsmidler ikke når målgruppen:

- *Bruke opptrappingsmidler til generelt helsefremmende arbeid.*
- *Endrede og utvidede ansvarsområder, slik at andre tjenestefelt legges inn under psykisk helsearbeid.*
- *Gjenoppretting av nylig nedlagte stillinger som rapporteres som opptrapping.*

Dette er mekanismer som bidrar til at bevilgninger ikke brukes som forutsatt av Stortinget. Det er spesielt vanskelig å følge midlene og dokumentere slike mekanismer når det foretas omorganiseringer, for eksempel samordning av det kommunale psykiske helsearbeidet med øvrige pleie- og omsorgstjenester. Omorganisering kan derfor bli en

⁴⁵ Helsedepartementet: St.prp. nr. 1 2003–2004 (s. 161).

⁴⁶ Kalseth, J. og Martinussen, P. (2003): Holdninger til virkemiddelbruken i Opptrappingsplanen for psykisk helse, SINTEF Unimed Rapport (s. 32).

⁴⁷ Sosial- og helsedirektoratet, rapport IS 1127: *Opptrappingsplanen for psykisk helse. Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger.* (s. 16).

⁴⁸ Kalseth, J. og Martinussen, P. (2003): Holdninger til virkemiddelbruken i Opptrappingsplanen for psykisk helse, SINTEF Unimed Rapport (s. 41).

⁴⁹ NRK radio 25.07.2002.

⁵⁰ *Dagbladet* 21.02.2002.

⁵¹ Notat fra Landsforeningen for pårørende innen psykiatri, Nordland 02.09.2002.

⁵² Vegard Vige 2003. *Kommentarer til dagens situasjon sett fra ulike ståsted*, Foredrag på Rådslag om opptrappingsplanen. Konferanse i Folkets Hus, Oslo 1. og 2. desember 2003

egen mekanisme som kan bidra til å vri midler vekk fra målgruppen.

- *Omorganisering kan bidra til å tilsøre at opptrappingsmidler brukes uriktig.*

Dette er eksempler på vridninger og hvordan de kan utføres i kommunene. Vi vet imidlertid ikke i hvor stort omfang mekanismene er virksomme. Dette er et stort problem for myndigheter, befolkning og ikke minst brukerorganisasjonene. Vi mangler kunnskap om hvordan kommunene bruker opptrappingsmidler, og som i foretakene er det vanskelig for utenforstående å følge bruken av midler fra år til år

VI KREVER:

- Brudd på forutsetningene knyttet til opptrappingsmidlene må sanksjoneres både overfor foretak og kommuner.
- Øremerking av midler til kommunalt psykisk helsearbeid må videreføres, og økt forutsigbarhet tilstrebes.

5.4 Oppsummering

Løftene om 24 milliarder kroner mer til psykisk helse-feltet over åtte år er brutt. Skal det samme målet nås over ti år, må det bevilges mer enn én milliard kroner i økning hvert år de neste fire årene.

Blant de midlene som er bevilget til opptrappingen, ser vi flere eksempler på vridninger over til somatikken. Aktiviteten innenfor psykisk helsevern ser ut til å bli overvurdert, og deler av midlene som er tiltenkt arbeidet med psykiske lidelser både i foretak og kommuner, ser ut til å ende opp hos andre enn målgruppen.

Foretaksreformen har økt mulighetene for vridninger av ressursene og trolig også omfanget av dette. Den endrede organiseringen og de store enhetene i kjølvannet av foretaksreformen har bidratt til at det er enda vanskeligere å følge pengene enn tidligere. Vi har sett eksempler som viser at slike vridninger også forekommer i kommunene. Det er vanskelig å følge hvordan pengebruken utvikler seg over tid, og dette er et betydelig problem for myndigheter, fagfelt og brukerorganisasjonene.

6. ORGANISERINGEN

Alvorlige psykiske lidelser kjennetegnes blant annet ved at problemene ofte er sammensatt, at hjelpebehovet ofte er langvarig, og at tjenestene ytes av ulike etater og tjenestesteder i kommune, fylkeskommune, stat og helseforetak.

For psykisk syke er det særlig viktig med kontinuitet, forutsigbarhet og sammenheng i tilbudene, og de spesielle behovene i psykisk helsearbeid medfører dermed også andre krav til organiseringen enn i somatisk helsevern.

Med Opptappingsplanen skulle det endelig bygges opp et lokalt tjenestetilbud, men samtidig er det ennå ikke dokumentert at de brukere som har mistet, og fremdeles mister, sitt heldøgntilbud, faktisk får et bedre tilbud i stedet – slik regjeringen sier at den forutsetter. Vi vurderer også individuell plan som virkemiddel for å binde sammen tjenestene i et brukerperspektiv. Vi viser hvordan denne organiseringen blir *organisert diskontinuitet* for brukere med alvorlige og sammensatte behov. Videre ser vi på den statlige overtakelsen av sykehusene, fordi den synes å ha motvirket desentraliseringen av psykisk helsearbeid.

6.1 Fremdeles nedbygging før oppbygging

Da nedbyggingen av sentralinstitusjonene skjøt fart midt i syttiårene, fantes mer enn 13 000 døgnplasser i psykiatriske sykehusavdelinger og sykehjem.⁵³ I de neste tjue årene ble antallet døgnplasser redusert med 61 prosent.⁵⁴

Ansaret for mennesker med psykiske lidelser som ikke lenger hadde noe døgntilbud, ble lagt til en rekke tjenester for ulike livsområder – som Aetat, trygdeetat, sosialtjeneste, opplæringsetat, barnevern, fastlege, kommunalt psykisk helsearbeid og distriktpsykiatriske sentre (DPS).

En sentral kritikk i *Åpenhet og helhet* var at behandlingsskjeden bar preg av brister i alle ledd. Tanken var å skape nye tjenester lokalt og regionalt i regi av så vel kommune som spesialisthelsetjeneste. Nærmere åtti DPS-er skulle knytte sammen tjenestene til de ulike

etatene. Kommunene skulle etablere tilrettelagte boliger, og antallet sengeplasser på DPS-ene skulle doubles. Totalt skulle det være igjen om lag 6400 døgnplasser.⁵⁵

De psykiatriske sykehjemsplassene var i stor grad preget av å være oppbevaringsplasser og ble besluttet nedlagt. Forutsetningen for å bygge ned sykehjemsplassene var at de nye lokalbaserte tjenestene skulle være etablert før noe mer ble bygget ned. Allerede var omlag fem–seks tusen senger avviklet på tjue år, og det ble lovet at nå skulle *balansen mellom de ulike retningene opprettholdes*.⁵⁶ Denne garantien er de siste årene gjentatt flere ganger, senest i statsbudsjettet for 2004. Her erkjennes det imidlertid at nedbyggingen av de psykiatriske sykehjemmene er gått langt raskere enn planlagt også i opptappingsperioden. Nå heter det at denne institusjonskategorien ventelig vil være avviklet i 2006, og regjeringen skriver: «Forutsetningen for en slik kraftig nedbygging er at utbyggingen av DPS-er, tilrettelagte boliger og styrkingen av andre kommunale tilbud gir *bedre tilbud til de brukergruppene som har benyttet sykehjemmene* (vår utheving)».⁵⁷

Dokumentasjon fra første halvdel av opptappingsperioden tilsier dermed at man har nådd de målsettinger som gjelder nedbygging, og vel så det, mens flere av målene for nye tjenester ikke nås som planlagt eller baserer seg på lave måltall.⁵⁸ Slik sett kan man si at alt er som før for mennesker med psykiske lidelser; nedbygging skjer fremdeles raskere enn oppbygging. Et av hovedproblemene er at det ikke finnes materiale som kan dokumentere at forutsetningen er til stede – at tilbudet for de utskrevne sykehjemsbeboerne *er blitt bedre*. Like fullt fortsetter nedbyggingen av de siste sykehjemsplassene uten at noen kan garantere for det tilbudet pasientene nå får. Det er grunn til å anta, som det blant annet skjedde i Italia⁵⁹, at særlig pårørende har måttet ta økt ansvar. Sikkert er det at brukerne må bære en uforholdsmessig stor byrde på grunn av manglende oppbygging av tilbud lokalt.

⁵³ St.meld. 25, (1996–97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet* (s. 58, tabell 3.2). Psykiatriske sykehus: 8121 plasser, psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus: 772 plasser, psykiatriske sykehjem 4374 plasser. I tillegg var det 390 døgnplasser ved psykiatriske klinikker og 2715 plasser i privatpleie.

⁵⁴ Sorgaard, Knut W. (2002) Fra institusjonsbehandling til åpen omsorg. Hva frembrakte reformene innen psykisk helsevern? *Tidsskrift for norsk psykologforening* 39, s. 796–805.

⁵⁵ Sykehusene skulle få drøye 100 nye plasser (til ca. 3000 plasser), de psykiatriske sykehjemmene skulle reduseres med 900 (til ca. 1400) og DPS-ene skulle doble sengetallet (til ca. 2000).

⁵⁶ St.meld. 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet* (s. 14).

⁵⁷ Helsedepartementet St.prp. nr. 1 2003–2004 (s. 164).

⁵⁸ For en vurdering av måltallene når det gjelder tilrettelagte boliger, se kapittel 3.

⁵⁹ Rogan, Thor (2001) *Psykisk helsearbeid i Italia*. Rapport fra studieopphold høsten 2001. Rapport av Thor Rogan, Helseavdelingen ved Statens helsedepartement.

Redusert liggetid eller økt gjennomstrømning ved sykehusavdelingene har vært en langvarig trend.⁶⁰ Dette kan være en riktig faglig utvikling dersom døgnoopholdet fylles med behandlingstiltak som i praksis reduserer behovet for lange opphold, og hvis det samlede tjenestetilbudet etter utskriving bidrar til et stabilt og verdig liv i lokalsamfunnet. Men det er altså ikke dokumentert at disse forutsetningene er oppfylt. Helsetilsynet viser at spesialisthelsetjenesten fremdeles har en uakseptabelt svak evaluering og kvalitetssikring av tjenestetilbudet ved det enkelte tjenestested, og dette fremmer dessverre ikke tilliten til at redusert oppholdstid skyldes raskere bedring eller godt forberedte utskrivinger.⁶¹

Det må utvikles sikre data om hvorvidt kortere oppholdstid, sammen med fortsatte mangler i den desentraliserte delen av tjenestetilbudet, i realiteten innebærer et svingdørstilbud. Vi er bekymret for økt hastighet i tilbakefall, med kortere opphold og raskere gjeninnleggelser, og med risiko for forverring av tilstanden som slik diskontinuitet medfører.

Vi mener Opptrappingsplanens forutsetning synes å bli brutt når helseforetakene får bygge ned de resterende psykiatriske sykehjems plassene før de gode alternativene er på plass. Konsekvensene innebærer at myndighetene aksepterer et sjansespill som berører livsgrunnlaget til de alvorligst psykisk syke og deres pårørende. Dette er ikke en akseptabel politikk.

VI KREVER:

- Umiddelbar stans i nedbygging av heldøgns-institusjoner, inntil den enkelte bruker får et bedre og mer egnet tilbud som vedkommende er i stand til å nyttiggjøre seg.
- Dokumentert kunnskap om de mange hundre beboerne på nedlagte psykiatriske sykehjem. Hvor er de blitt av?
- Dokumentert kunnskap om forholdet mellom kortere behandlingstid og raskere reinnleggelser/svingdørstilbud.

6.2 Organisert diskontinuitet

Mer og bedre samarbeid på langs og på tvers var en av regjeringens fanesaker da opptrappingen ble igangsatt i 1998. Målsettingen står der fremdeles, men fortsatt sliter tjenestene med en oppsplittet ansvarsdeling som særlig rammer de dårligste brukerne.

Viktige deler av tjenestekjeden fungerer ikke etter intensjonen. Det er alvorlig når Helsetilsynet finner at det er hyppig svikt i oppgavefordelingen og samhandlingen mellom akuttavdeling og DPS, slik at systemet ikke sikrer oppfølging for mennesker som har vært innlagt på grunn av en psykose.⁶² Når ansvars- og oppgavefordelingen ikke er avklart, og samarbeidet svikter, øker risikoen for at pasientene ikke får nødvendig eller rett behandling.

Det fremste verktøy for å skape trygge og forutsigbare nettverk innenfor dagens tjenestekjede har siden 2001 vært individuell plan (se også kapittel 4). Utvilsomt er det gjort gode enkelterfaringer, men Helsetilsynet påpeker dystre hovedfunn. Individuell plan er ennå ikke blitt det gode, politiske svaret på sviktende samarbeid i tjenestene. Tilsynsrapporten viser at nesten ingen av virksomhetene på voksenfeltet har sikret at det blir utarbeidet individuelle planer.⁶³ Andre evalueringer av individuell plan tyder også på at det fortsatt er sprik mellom

⁶⁰ St.meld. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet (s. 17, s. 59)

⁶¹ Helsetilsynet 4/2004. Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer.

⁶² Helsetilsynet 4/2004. Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer. (s. 10–11)

⁶³ Helsetilsynet 4/2004. Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer. (s. 11)

tjenestenivåene. I kommunene oppfatter man ikke-kommunale tjenester som «Aetat, trygdeetaten, og spesialisthelsetjenesten som uvillige til samordning rundt enkeltpersoner».⁶⁴ Heller ikke på oppvekstfeltet er arbeidet med individuell plan kommet godt nok i gang.⁶⁵

Problemene med dagens tjenestekjede er ikke løst. Mennesker som trenger sammenheng i sine tjenester, får det ikke ved hjelp av individuell plan, som tanken var. Trolig blir det lagt et for stort ansvar på dette ene virkemiddelet.

Sett utenfra, og fra mange brukes, pårørendes og ansattes ståsted, fortøner organiseringen seg ikke bare som svak eller preget av dårlig kontinuitet. Det er en organisering som i praksis setter diskontinuitet i system. For de dårligste bidrar organiseringen til det motsatte av helhet og kontinuitet. Vi ser at det er en mangel på sammenheng, både når det gjelder personlige relasjoner, ansvar og tenkningen rundt hva brukerne trenger.

Det er på tide også å vurdere *grunnlaget* for tjenesteorganiseringen. Tjenester i form av en kjede innebærer i seg selv en risiko for å falle gjennom, og dette er hva mange brukere erfarer. Individuell plan har ikke greid å skape gode og tette nok *nettverk*, noe som synes nødvendig for å løse problemene.

I Rogaland ser det ut til at TIPS-prosjektet har greid å lage mer helhetlige særtjenester for enkelttiltaksdiagnoser eller aldersgrupper. Et vellykket prosjekt bør ha smitteeffekt. Gode erfaringer fra dette prosjektet så vel som andre forsøk på annen organisering bør samles og systematiseres med henblikk på å skape økt kvalitet for den enkelte bruker og deres pårørende.

Et grunnleggende kriterium for at Opptrappingsplanen skal lykkes, er at de nye desentraliserte tjenestene etablerer og kan tilby sine brukere tilstrekkelig kapasitet og høy kvalitet. Et eksempel på mer lokalbaserte spesialisttjenester er ambulante psykoseteam. I mars 2004 var det

bygget opp 45 ambulante team, og Sintef beskriver dem som kjernen i omstillingen av tjenestene.⁶⁶

Det er utvilsomt en god nyhet at antallet ambulante team er økende. Men dersom psykoseteam virkelig skal anses som «kjernen i omstillingen», ville det vært rimelig å vente at tilbudet var oppe og stod – nok en gang – før institusjonsnedbyggingen fortsatte. Utbredelsen av slike team er imidlertid ikke overveldende, siden man etter fem års opptrapping fortsatt ikke har etablert denne tjenesten ved over 40 prosent av DPS-ene.

VI KREVER:

- Ambulante team og døgnåpne lavterskeltilbud ved hvert DPS innen 2006.
- Nulltoleranse for de daglige lovbrudd i forbindelse med rett til individuell plan.

6.3 Foretaksformen forsinket desentraliseringen

I januar 2002 overtok staten det samlede ansvaret for spesialisthelsetjenesten som fylkeskommunen hadde hatt. Fem regionale helseforetak ble gitt eieransvaret, og helseministeren ble den politisk ansvarlige overfor Stortinget. Reformen skjedde midt i en opptrappingsperiode der DPS-er, nyorganiseringer og samarbeidsordninger fremdeles lå i støpeskjeen.

Helseforetakene fikk frihet til å velge egen organisering, og i løpet av det første året var tendensen at man prøvde å samle psykisk helsevern og somatiske enheter i store, felles foretak, uten at det var utredet hva slags faglige konsekvenser det kunne få. Bortsett fra Psykiatrien i Vestfold HF, er alt psykisk helsevern i 2004 samorganisert med somatikken.

Ambulant nettverksteam på Holmlia Fra 2002 har BUP Holmlia i bydel Søndre Nordstrand i Oslo hatt tre stillinger i et nettverksteam. Teamets oppgaver er å bedre tilbudet til minoritetsungdom, øke samarbeidet med barnevernet og øvrig helse- og sosialtjenestetilbud. Nettverksteamet er et ambulant og utadrettet tjenestetilbud. Den definerte målgruppen er ungdom med alvorlig psykisk lidelse som trenger koordinerte tilbud over tid, og som har vansker med å nyttiggjøre seg eksisterende tilbud. Mye av arbeidet skjer hjemme eller på andre arenaer, i samarbeid med barnevern, politi, PPT og bydelens helsetjeneste. Teamet har et overordnet ansvar for å innføre individuelle planer ved poliklinikken. Omtrent halvparten av brukerne har minoritetsbakgrunn.

⁶⁴ Thommesen, H. (2002). *Kommunenes arbeid med individuell plan ett år etter at forskriften om individuell plan trådte i kraft*. SKUR-rapport nr. 2 2002, s. 39.

⁶⁵ Helseetilsynets tilsynsmelding 2002. *Samarbeidsproblemer rammer barn og unge med psykiske problemer* (s. 8–9).

⁶⁶ *Aftenposten* 26.02.2004; se også www.helserevyn.no/index2.asp?newsid=1989

For mennesker med alvorlige psykiske lidelser synes foretaksreformen å ha slått negativt ut:

- Selv i en opptrappingsperiode har psykisk helsevern tapt budsjettkampen mot somatikken. Dette har skjedd trass i styringssignaler fra helseministeren.
- Økonomien styrer i større grad tjenestene på bekostning av faglige vurderinger og brukernes behov for sammensatte tjenester over tid.
- Kjernefunksjoner defineres ut fra somatikkens standarder. En rekke stabstillinger som styrket og vedlikeholdt *samarbeidet* med andre tjenester, er allerede saldert bort.

I forhold til organiseringen har reformen påvirket negativt oppbyggingen av desentraliserte tjenester. I statsbudsjettet for 2004 heter det at foretaksreformen har vært kraftfull, og at utbyggingen av distriktpsykiatriske sentre er blitt forsinket på grunn av sykehusreformen.⁶⁷ Ellers har det vært en gjennomgående erfaring i psykisk helsevern at kraften i reformen har vært sterkere enn de endringskreftene som lå i Opptrappingsplanen.⁶⁸

Det finnes for øvrig ikke dokumentasjon på effekten av foretaksreformen for mennesker med psykiske lidelser. **Gitt den politiske prestisjen som i dag knyttes til Opptrappingsplanen, er det rimelig å forvente at foretaksreformens konsekvenser blir bedre kartlagt og dokumentert.**

Samorganiseringen av somatikk og psykisk helsevern kan også påvirke hvor bredt man definerer oppgavene til spesialisthelsetjenesten. Bedriftskulturen i helseforetakene inspirerer nå til å fokusere mer på kjerneoppgaver, og dette går på bekostning av støttefunksjoner og sidevirksomheter. I psykisk helsevern er støtte- og sidefunksjoner viktige for å skape et helhetlig tilbud. Brukere med sammensatte behov trenger kompetanse og faglighet, men ikke et fagblikk

som innsnevrer. Man trenger spesialister på kompleksitet og sammenheng.

Dersom eierstrukturen forblir som i dag, gir erfaringene fra Vestfold indikasjoner på om separate foretak er riktig vei å gå for psykisk helsevern. Vi mangler imidlertid tilstrekkelig empiri til å fastslå dette, men så langt tyder erfaringene fra samorganiseringen på at somatikken bærer krefter i seg som er psykisk helsevern totalt overlegne.

VI KREVER:

- Dokumentert kunnskap om konsekvensene av foretaksreformen for Opptrappingsplanen, og særlig av sammenslåing av psykiatrien og somatikken.

6.4 Oppsummering

Skal Opptrappingsplanens gode intensjoner om økt helhet og sammenheng i et desentralisert tjenestesystem virkeliggjøres, er det særlig to forhold som må til for å lykkes:

- 1) Brukere skal ha et verdig og godt tilpasset bolig- og aktivitetstilbud i sitt lokalmiljø
- 2) En høykompetent fagtjeneste skal arbeide lokalbasert og brukerrettet slik at flest mulig unngår at psykiske lidelser utvikler seg til en akutt tilstand som krever døgntilbud.

Dermed utfordres også måten tjenesten har vært og blir organisert på.

Innføring av individuell plan, opprettelse av DPS og styrking av kommunalt psykisk helsearbeid er gode og viktige tiltak for et mer helhetlig tilbud. Likevel ser det ikke ut til at dette er nok for å redusere den organiserte diskontinuiteten som preger feltet. Vi mener at man må bruke større krefter på å tenke nytt om organisering på tvers av tradisjonelle linjer, og man må på nytt fokusere på en organisering som setter brukeren i sentrum. Det innebærer at

⁶⁷ Helsedepartementet St.prp. 1 (2003–2004) (s. 15)

⁶⁸ Se for eksempel uttalelser fra tidligere foretaksdirektør Leif Kapstad og professor i helsepolitikk Terje Hagen. http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/nrk_sogn_og_fjordane/3537478.html

Psykiatrien i Vestfold
Vestfold fylke er det eneste i landet der psykiatrien er organisert som eget helseforetak, og ikke samorganisert med somatiske sykehus. Fylket har egne budsjetter for psykisk helsevern, og det er derfor lettere å følge pengene fra Opptrappingsplanen. Tilsyn fra fylkeslegen viste at det er ryddet opp i hvem som gjør hva, og flaskehalser og feilplasseringer er fjernet. Mental Helse Vestfold er positiv til ordningen med separat «psykiatريفoretak», og vektlegger blant annet foretakets konstruktive bruk av brukerrådet. I Vestfold fylke er ventelistene betydelig redusert for behandling. Det er ikke overbelegg på akutt-avdelingen, men ledige plasser.

man tar utgangspunkt i behovene som mennesker med psykiske lidelser har, og ikke fokuserer på hvor alvorlig sykdommen er, eller hvor intense symptomene er. Med dette som utgangspunkt kan man forsøke å identifisere de sentrale kvaliteter som tjenesteorganisering bør ha for å gi brukerne et best mulig tilbud. Å utvikle *tjenestenettverk* blir derfor viktigere enn å bevare dagens tjenestekjede, som i seg selv skaper muligheter for at brukerne faller mellom leddene.

Slik tjenestetilbudene er organisert i dag, identifiserer vi flere utfordringer:

- Det er svikt i tjenestene i form av regelbrudd, svake rutiner og brutt behandlingskjede.
- Organiseringsprinsippene med skillelinjer og spesialisering ut fra alvorlighet og livsområde, og avgrensede tjenester i en kjede, er problematiske i forhold til behovene ved og kjennetegnene på alvorlige psykiske lidelser.
- Det er svak kultur for å jobbe i nettverk sammen med brukerne.
- Sentraliseringen i foretaksreformen har svekket desentraliseringen i Opptrappingsplanen.

Disse forholdene rammer mennesker med alvorlig psykisk sykdom systematisk og bidrar til å opprettholde et tjenestetilbud som ikke ivaretar denne brukergruppens behov.

7. VERDIG LIV - MED BLIKKET FREMOVER

De siste ti årene har vi sett en politisk oppvåkning i forhold til mennesker med psykiske lidelser. Rapporten *Velferdsstatens forsømte gruppe* (1995) påpekte at tjenestetilbudet verken var stort nok eller godt nok, og stortingsmeldingen *Åpenhet og helhet* (1997) erkjente at det var brister i alle ledd i behandlingsapparatet. Stortinget vedtok enstemmig å bygge opp et nytt, bedre og større tilbud gjennom å øke investeringer og driftsutgifter kraftig, og Opptrappingsplanen (1999–2006) ville koste om lag 24 milliarder kroner over åtte år.

Et ideologisk linjeskifte fant også sted, med tilslutning fra fag- og brukermiljøer. Konsekvensene av deinstitutionaliseringen skulle rettes opp ved oppbygging av et bedre og mer helhetlig lokalt tilbud. Samtidig skulle det beste ved asyl – fristedet – få bestå. Distriktpsikiatriske sentra skulle bli bindeleddene mellom døgninstitusjonene og kommunehelsetjenesten.

Opptrappingsperioden ble i 2003 utvidet med to år (til 2008). Trass i økte bevilgninger til psykisk helse – for 2004 bevilget Stortinget 700 millioner kroner i opptrapping – er opptrappingen økonomisk kommet på etterskudd. Stadig flere fra så vel fag- som brukermiljøer har påpekt hvordan opptrappingen heller ikke virker etter intensjonen. Fagrapporter viser det samme. Senest har Helsetilsynet funnet grove feil og mangler ved tjenestene for alvorlig psykisk syke.

Rapporten *Verdig liv* påviser at situasjonen for voksne mennesker med alvorlige psykiske lidelser er uakseptabel. Daglig skjer lovbrudd i psykisk helsevern uten noen form for sanksjoner eller samfunnspolitisk rystelse. Daglig skrives mennesker ut fra døgnavdelinger uten at noen kan svare på om tilbudet de skrives ut til, blir bedre – slik regjeringen eksplisitt sier at den forutsetter. En omfattende foretaksreform er gjennomført uten tilstrekkelige forsikringer om at intensjonene i Opptrappingsplanen skulle ivaretas.

Ikke minst ser vi at opptrappingsmidler, som skulle gå til mennesker med psykiske lidelser, i stedet

blir overført til somatisk helsevern gjennom ulike vridningsmekanismer. Svakheterne som rapporten påpeker, er dramatiske, omfattende og til dels ikke kjent.

Ett ønske med omorganiseringen av tjenestetilbudet er å skape bedre grobunn for at mennesker med psykiske lidelser kan få støtte til å mestre sitt eget liv der de hører hjemme. Sentrale krav i denne sammenheng er at det skapes nok tilrettelagte boliger, bedre muligheter for tilpasset utdanning og meningsfulle dagtilbud.

En spesiell utfordring går til arbeidslivet. Mange mennesker som faller utenfor jobb, kunne ha mestret arbeidet dersom forholdene var lagt bedre til rette. Arbeidslivets krav til effektivitet og fleksibilitet står i kontrast til ønsket om et mer inkluderende arbeidsliv. Det må fremmes tiltak som kan skape tro på at mennesker, også etter at de har fått en psykisk diagnose, er i stand til å utføre et godt tilrettelagt arbeid.

En forutsetning for å kunne etablere seg stabilt og trygt i eget nærområde er ikke minst at man har visshet om at faglig hjelp aldri er langt unna. Slik visshet er ofte ikke til stede i dag. Sentrale krav er å styrke nettverkene rundt den enkelte bruker – og gi brukeren reell status som ekspert på eget liv. Det viktigste virkemiddelet har vært å tilby individuell plan til enhver som kommer inn i spesialisthelsetjenesten. Nå vet vi at det er tilfeldig om slike planer i det hele tatt skrives, og om det i neste omgang eventuelt blir tatt hensyn til i behandling og rehabilitering. Imidlertid er det ingen andre enn brukerne og deres pårørende som i dag må ta støyen når loven brytes.

Det er uakseptabelt at psykisk syke kan forsømmes, og man neglisjerer deres ressurser som mennesker med evne til deltakelse i egen mestringsprosess. Vi tror ikke noen andre grupper i helse- eller sosialsektoren kunne vært behandlet like slett uten vedvarende ramaskrik i det offentlige rom. I denne sammenheng er det slående hvordan Helsetilsynets til dels alarmerende rapport om tjenestetilbudet

februar 2004 ble «glemt» i det offentlige ordsiftet allerede etter et par dager.

I fagmiljøene finnes en rekke ansatte som ønsker å bedre kvaliteten i egne organisasjoner. For eksempel viser Legeforeningens rapport om psykisk helse april 2004 at spesialister ønsker å vektlegge verdighet og etikk i større grad. Dette er positivt og danner et godt utgangspunkt for forbedringer. For det er påkrevd med en kulturendring i psykisk helsearbeid. De enkelte behandlingsstedene må utvikle seg som lærende organisasjoner med evne til å bruke tilbakemeldinger, erfaringer og data som grunnlag for egenevaluering, endring og fornyelse.

Vi håper *Verdig liv* kan være med og øke den allmenne erkjennelse av at vi fremdeles svikter de menneskene som er hardest rammet psykisk. Det er tid for å akseptere at virkeligheten i tjenestetilbudet ligger tilbake for hva en kunne ønske og håpe. Det er fremdeles brist i alle ledd, og vi mener det er gjennom å erkjenne foreliggende svakheter at vi kan komme videre. Svakheterne må erkjennes i størrelse, dybde og alvorlighet. På den måten kan vi iverksette varige forbedringer som myndigheter, brukerorganisasjoner og fagmiljøer kan stå sammen om.

NYTTIG OG LETTLEST INFORMASJON

fra Rådet for psykisk helse



Aldersdemens

Intervjuer med pårørende og faktaopplysninger om forskning og behandling av forskjellige former for aldersdemens.



Depresjon

Depresjon er noe hver tredje nordmann vil oppleve en eller flere ganger i løpet av livet. Les om årsaker, behandling, og enkeltpersoners erfaringer.



Angst

En av fire nordmenn har angst. Dette er den vanligste psykiske lidelsen. Les om andres erfaring med å komme ut av angstlidelsen, og om symptomer, årsaker og behandling.



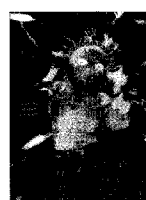
Schizofreni

Det er mange teorier, men ingen bevis som ene og alene forklarer hvorfor schizofreni oppstår. Tidlig behandling kan være avgjørende for dem som får symptomene.



Manisk depressiv lidelse

Dette er en sykdom som arter seg svært forskjellig fra person til person. Noen har sterke manier, mens andre først og fremst sliter med veldig tunge depresjoner.



Psykiske lidelser hos barn

Hvilke behandlingstilbud finnes for barn med psykiske lidelser? Hvilke former for behandling benyttes mest? Les mer om ulike psykiske lidelser hos barn i dette heftet.



Psykiske lidelser hos ungdom

Ungdommen er en vanskelig tid da "knoppar brister". Fagfolk og ungdommer forteller om sine erfaringer, blant annet med å mestre motgang i ungdomsårene.



Nye medisiner mot angst og depresjon

Dette heftet omhandler SSRI-medisinene, de såkalte lykkepillene. Heftet gir et nyansert bilde av hvordan de enkelte medikamenter virker, bivirkningene m.m.



Pårørende til psykisk syke

Belastningen er stor for de pårørende når et nært familiemedlem blir psykisk syk. Mange har opplevd å være pårørende, og de har nyttige erfaringer å dele med andre. Ny utgave!



Tvangslidelser og fobier

Kalles gjerne skjulte lidelser fordi de som har det lett tier om sine plager. Hva er egentlig tvangslidelse? Og hva skiller en tvangslidelse fra en fobi? Finnes det hjelp å få? Ny utgave!



Personlighetsforstyrrelser

Felles for alle som har en personlighetsforstyrrelse er at de har store problemer med å forholde seg til andre. Personligheten er i en slags ubalanse, og tankegang og væremåte avviker fra det som er vanlig. Ny utgave!



Sorg hos barn og unge

Barn og unge reagerer like sterkt som voksne når de mister en de er glad i. Men de viser det på en annen måte.



Spiseforstyrrelser

Lettlest informasjon om forskjellige former for spiseforstyrrelser. Symptomer, behandling, og ikke minst hvordan omgivelsene kan gå fram når en nærstående person får spiseforstyrrelse.



Psykosomatiske lidelser

Forbindelsen mellom kropp og sjel er som en åpen dør. Heftet inneholder stoff om forskjellige behandlingsmetoder for dem som lever med mye kroppslig smerte.



ADHD

ADHD innebærer en utviklingsforstyrrelse i hjernen. Personer med ADHD klarer ikke å sitte i ro, mister konsentrasjonen og handler før de tenker.



Psykose

Intervjuer med personer som har opplevd psykose, og med pårørende. Lettfattelig informasjon om hva psykose er og om behandling og årsaker.



Utbrenthet

Er utbrenthet en motediagnose for rike og berømte? Eller et nyttig fagbegrep for å forklare sammenhengen mellom arbeidsliv og psykisk helse? Heftet gir nyttige tips om forebygging.



Homofili og psykisk helse

Mange lesbiske og homofile synes det er vanskelig å fortelle åpent om sin legning til omverdenen. Heftet inneholder flere historier om "komme-ut-prosessen". Les om råd fra forskere og helsepersonell.



Arbeidsmiljø og psykisk helse

Her finner du en rekke eksempler på hvordan arbeidsmiljøet kan forbedres, slik at både ledere og arbeidstakere får en bedre hverdag.



Rus og psykisk helse

Omfattende hefte om rus, psykiske lidelser og behandling. Les om hvordan enkelte har kommet seg ut av avhengighet, og hvordan psykiatrien kan bedre tilbudet til rusavhengige.

BESTILLINGSSKJEMA - eller bestill på www.psykiskhelse.no

ADRESSE: Storgata 10 A, 0155 Oslo TELEFON: 23 10 38 80 FAX: 23 10 38 81 MAIL: post@psykiskhelse.no

Fra Rådet for psykisk helse

Antall	Nr.	Tittel	Pris
☐	401	Aldersdemens	90,-
☐	402	Depresjon	90,-
☐	403	Angst	90,-
☐	404	Schizofreni	90,-
☐	405	Manisk depressiv lidelse	90,-
☐	406	Psykiske lidelser hos barn	90,-
☐	407	Psykiske lidelser hos ungdom	90,-
☐	410	Nye medisiner mot angst og depresjon	110,-
☐	411	Pårørende til psyisk syke	90,-
☐	412	Tvangslidelser og fobier	90,-
☐	413	Personlighetsforstyrrelser	90,-
☐	414	Sorg hos barn og unge	90,-
☐	415	Spiseforstyrrelser	90,-
☐	416	Psykosomatiske lidelser	90,-
☐	417	ADHD	90,-
☐	418	Psykososer	90,-
☐	419	Utbrenthet	90,-
☐	420	Homofili og psykisk helse	90,-
☐	421	Arbeidsmiljø og psykisk helse	145,-
☐	422	Rus og psykisk helse	90,-
☐	601	Bruker-/pårørendemappe	9,50

☐ Komplett sett med 20 temahefter: 50% rabatt
Rabatt ved bestilling av 100 hefter: 25%

Bladet Psykisk helse

Antall	Nr.	Artikkel	Pris
☐	400	Årsabonnement	350,-
☐	390	2 års abonnement	650,-
☐	391	Gruppeabonnement 5 eks	990,-
☐	392	Gruppeabonnement 10 eks	1850,-
☐	395	Gruppeabonnement 30 eks	2150,-
☐	396	Gruppeabonnement 50 eks	2450,-
☐	600	Psykisk helse samleperm	124,-

Gratis sett med "Fakta om" foldere

Antall	Nr.	Tittel
☐	226	Fakta om depresjon
☐	227	Fakta om angst
☐	234	Fakta om psykose
☐	235	Fakta om Utbrenthet
☐	236	Fakta om tvangslidelser og fobier
☐	246	Fakta om ADHD
☐	247	Fakta om Schizofreni
☐	248	Fakta om spiseforstyrrelser
☐	249	Fakta om personlighetsforstyrrelser
☐	250	Fakta om bipolar depresjon
☐	237	Gratis veggholder med plass til 5 foldere

Fra Psykiatrifonden (dansk tekst)

Antall	Nr.	Tittel	Pris
☐	300	Schizofreni	120,-
☐	301	Angst	145,-
☐	302	Selvtillitstrening	145,-
☐	303	Psykofarmaka	245,-
☐	305	For andre er livet en selvfølge	100,-
☐	306	Depresjonssykdommen og dens behandling	160,-
☐	307	Psykotterapi	140,-
☐	308	Distriktpsikiatri	85,-
☐	309	Personlighet og personlighetsforstyrrelser	140,-
☐	312	De psykiatriske diagnoser	155,-
☐	313	Stress og livskvalitet	155,-
☐	314	Demens	140,-
☐	315	Psykiske sykdommer og problemer hos barn og unge	290,-
☐	316	Mening, innsikt og medfølelse	155,-
☐	317	Sex og psyke	155,-
☐	318	Ung og sårbar	185,-
☐	319	Psykiatrisk portrettgalleri	155,-
☐	320	Alkohol på godt og vondt	185,-
☐	321	Om og med psykose	225,-
☐	322	Jacobs demoner	225,-
☐	323	Schizotypi og borderline	185,-

Rapporter fra Rådet for psykisk helse

Antall	Nr.	Navn	Pris
☐	214	Verdig liv (2004)	150,-
☐	215	Stykkevis og delt (2004)	125,-
☐	216	Velferdsstatens forsømte gruppe 1	125,-
☐	221	Velferdsstatens forsømte gruppe 2+3	125,-
☐	222	Kan psykiske lidelser forebygges?	125,-

FIRMA: _____

KUNDENUMMER: _____

KONTAKTPERSON: _____

ADRESSE: _____

POSTNUMMER: _____ STED: _____

TELEFON: _____

E-POST: _____

Støtteannonser



**Lærdal
kommune**



**Hjelmeland
kommune**



Sykehuset Telemark
avd. Kragerø



NORSK PSYKOLOGFORENING



**Os
kommune**



**Levanger
kommune**

Senter for Psykisk Helse Midt-Troms

Hallveien 4, 9303 Silsand
Tlf: 77 85 24 00



SINTEF

SINTEF Helse



**Sandnes
kommune**



**Stavanger
kommune**



**Landsforeningen for
Pårørende innen Psykiatri (LPP)**

Hvorfor LPP?

LPP er en landsomfattende interesseorganisasjon for pårørende til personer med alvorlige psykiske lidelser. Mange pårørende har behov for støtte og kunnskap for bedre å kunne mestre en ofte krevende hverdag. Mange steder rundt om i landet har pårørende gått sammen for å hente støtte og kunnskap, og for å bli sterke nok til å påvirke behandlingsapparat og politikere til å skape et bedre omsorgs- og behandlingstilbud. LPP ble etablert i 1995 av noen lokale pårørendegrupper, og har i dag over 2200 medlemmer over hele landet. Fellesskapet gir muligheter til å utveksle erfaringer og kunnskap, og gjør at en lettere kan få innflytelse på hvordan det psykiske helsevern skal se ut. Ønsker du kontakt med LPP og nærmere informasjon om kontaktpersoner i de ulike lokallagene - ta kontakt med LPP sentralt på tlf. 23 29 19 68, faks 23 29 19 42, eller e-post lpp@lpp.no. Du finner oss også på www.lpp.no. Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP)



**Marnardal
kommune**



**Vestby
kommune**



**Steinkjær
kommune**



Diakonhjemmet Sykehus

HELSE MIDT-NORGE

Postboks 464, 7501 Stjørdal
Tlf.: 74 83 99 00
www.helse-midt.no



**Sykehuset
Asker og Bærum**

Velkommen til lærings- og mestrings-
senteret for psykisk helse på Blakstad!



HELSE BERGEN

Bjergvin
distriktpsikiatriske senter



**BERGFLØTT
BEHANDLINGSENTER**

Bergfløttveien 69
3400 Lier
Tlf. 32 22 68 00



**NKS OLAVIKEN
BEHANDLINGSENTER**

HELSE ØST

Besøksadresse: Grønnegt. 52, 2317 Hamar
Tlf 62 58 55 00
www.helse-ost.no

**Solli
Nervesanatorium**

Osveien 15, 5222 NESTTUN
Tlf.: 55 11 82 00
Fax: 55 11 82 01



**Avd. for barne- og
ungdomspsykiatri**

Breivika, 9037 Tromsø
Telefon 77 64 58 50
Telefaks 77 75 58 60
www.fm.uit.no/info/ikm/abup/



psykologbistand



**Trelast- og Byggevarehandelens
Fellesorganisasjon • TBF**



HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Psykiatrisk klinikk
www.hnt.no

Sykehuset Levanger
Kirkegt. 2, 7600 Levanger
Tlf.: 74 09 80 00 • Fax: 74 09 85 00

Sykehuset Namsos
Havikv. 8, 7800 Namsos
Tlf.: 74 21 54 00



Boliger med miljøterapeutisk bistand

Torvveien 5, 1383 Asker
Tlf. 66 76 18 60, Fax 66 76 18 61
E-post: post@boi.no
www.boi.no



Sykehuset Telemark

Sykehuset i vekst og utvikling

- allsidig akuttpsykiatri (psykiatrisk og somatisk)
- behandlingssteder i Kragerø, Bamble, Porsgrunn, Skien og Nome
- ca. 3000 ansatte

- ca. 600 senger
- mer enn 100 000 polikliniske konsultasjoner
- over 150 000 døgnopphold

Våre satsingsområder er:

- pasientservice
- pasientflyt
- kompetanse

ST - en del av det regionale helseforetaket HELSE SØR

Vil du vite mer? 

Gratis ukentlig e-post nyhetsbrev på

www.psykiskhelse.no

holder deg oppdatert!

Velg blandt over 30 temaer bl.a. "Kvalitet i psykisk helsearbeid"
og "Brukermedvirkning"



RADET FOR PSYKISK HELSE

Adresse: Storgata 10 A, 0155 Oslo
Tlf: 23 10 38 80 Fax: 23 10 38 81
E-post: post@psykiskhelse.no
Webside: www.psykiskhelse.no



POLITIKK I OPPLYSNING I ERVERVSLIV