

Helse- og omsorgsdepartementet
Einar Gerhardsens plass 3
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

(Saksbehandler: Gøran Ivarsson)

Skien, 21. juni 2006

Nasjonal helseplan 2007 – 2010 – høringsuttalelse fra Mental Helse Norge

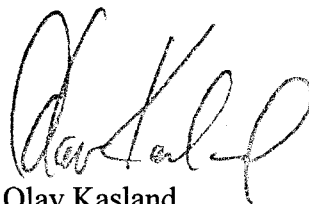
Vi viser til høringsmøte i departementet 29. mai i år, der vi ble bedt om å komme med innspill til Nasjonal helseplan innen 23. juni. Uttalelsen følger vedlagt.

Mental Helse Norge setter pris på anledningen til å komme med sine synspunkter, og står gjerne til rådighet for departementet i det videre arbeid med kapitler der vi har spisskompetanse: brukermedvirkning og rehabilitering.

Med vennlig hilsen



Erling Jahn
Landsleder



Olav Kasland
generalsekretær

Nasjonal helseplan 2007 – 2010

Uttalelse fra Mental Helse Norge

Overordnet

Mental Helse Norge tar utgangspunkt i at Nasjonal helseplan skal gi føringer for hvordan helseforetakene og kommunene skal dra nytte av brukernes erfaringer og forslag, for å oppnå bedre kvalitet på tjenestene.

Brukermedvirkning betyr **ikke** at tjenesteyterne skal se på brukere som kunder i et marked. Kunder forventes å kjøpe en tjeneste ut fra behov, ønsker og økonomi. En bruker av norske helsetjenester ønsker hjelp til selv å mestre sin hverdag. Derfor må brukere av helsetjenester og deres pårørende kunne møte fagpersoner på like fot.

Opptappingsplanen for psykisk helse løper ut 2008, midt i Helseplanperioden. Det er viktig at psykisk helsearbeid utvikles videre etter Opptappingsplanen, og ikke blir sett på som en særomsorg som har fått nok oppmerksomhet nå.

Mental Helse Norge ønsker at Nasjonal helseplan gjøres så konkret og målbar som mulig, eller at konkrete tiltak settes i verk med forankring i planen.

Helhet

På samme måte som den øvrige helsetjenesten, er psykisk helsevern avhengig av et tett og godt samarbeid mellom helseforetakene og kommunene. Derfor bør Nasjonal helseplan legge et rammeverk for en formalisert kontakt mellom kommunene og lokale og regionale helseforetak, både på administrativt nivå og i faglinjen. Dette kan organiseres som kontaktutvalg, der organiserte brukere er med. Også de regionale helseforetakenes "Nasjonal strategi for psykisk helsevern" anbefaler et tettere samarbeid:

"Det enkelte HF bør ta initiativ til at det inngås gjensidig forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommuner/bydeler i opptaksområdet.

Samarbeidsavtalene bør inneholde rutiner for henvisning, inntak, utskrivning, oppfølging og håndtering av akutt- og krisesituasjoner, samt sikre en årlig evaluering av samarbeidet og samarbeidsavtalen. Malen i rapporten fra gruppen "Desentralisering og samhandling" er en god veileder for den lokale utformingen av slike avtaler.

Det enkelte helseforetak bør, i samarbeid med kommunene, finne fram til egnede møteplasser for konkret oppfølging. Relasjons- og kulturbygging bør vektlegges i dette".

En måte å komme fram til gode lokale samarbeidsordninger er

brukerundersøkelser

Departementet bør dra nytte av erfaringene som er gjort i prosjektet "Bruker spør bruker". Metodikk og arbeidsform som ble utviklet i prosjektet, er stadig i bruk, nå sist i Stange og Hamar. Vi viser til <http://www.stange.kommune.no/article10038.html> og www.brukererfaring.no Slike systematiske undersøkelser er en konkret anbefaling i "Nasjonal strategi for psykisk helsevern":

"Brukere, samarbeidspartnere og pårørende bør omfattes av systematiske undersøkelser. Alle HF bør utarbeide rutiner for å gjennomføre en systematisk erfaringstilbakeføring en gang per år. Undersøkelsen bør omfatte erfaringer fra 1. og 2. linje, både med hensyn til henvisning, tiltak, og tilbakeføring. Det er dessuten viktig å lage gode rutiner for informasjon om resultatene når undersøkelsen er ferdig, slik at resultatene formidles til de ulike nivåene og enhetene innen HF-ene og kommunene."

Det må være et mål i Nasjonal helseplan at det er balanse i kapasiteten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale bo- og omsorgstiltak. Det betyr at kommunene må settes i stand til å yte gode nok tjenester til personer som ellers vil oppta plass i institusjon.

Brukermedvirkning

Mental Helse Norge finner at det er behov for sterkere sentrale føringer for hva brukermidvirkning faktisk innebærer, på individ- og systemnivå. Opptrappingsplanen for psykisk helse har relativt sterke føringer, men de har nådd kommunene i ulik grad. Nasjonal helseplan bør ha et eget kapittel om brukermidvirkning, uten å skille mellom somatisk og psykisk helsearbeid. Mental Helse kan bidra til utformingen av et slikt kapittel.

I Opptrappingsplanen for psykisk helse legges det stor vekt på brukermidvirkning på alle nivå som en forutsetning for kvaliteten i tjenestetilbudet. Denne forutsetningen opphører ikke ved utgangen av 2008. Høringsnotatet til Nasjonal helseplan ivaretar flere steder nødvendigheten av at brukerne har innflytelse på de tjenestene de selv mottar. Men den kompetansen brukere og pårørende har i kraft av egne og likemenns erfaringer, og som kan tilflytte helsevesenet som en positiv ressurs i en organisert samhandling, er ikke godt nok ivare tatt og synliggjort. Det er dette vi kaller systemnivå.

For å kanalisere den erfaringsbaserte kunnskapen fra brukergruppen til helseforetakene og kommunene, er det nødvendig at de frivillige organisasjonene blir satt i stand til å skolere sine representanter. En tilfeldig oppnevning av brukerrepresentanter i kommunene og helseforetakene innebærer en fare for at representantene snakker om sine private erfaringer og glemmer helheten.

Når fagfolkene venner seg til å lytte mer til de enkelte brukere, kan det være at de også tar brukernes pårørende og andre kontakter med i behandlingsopplegget. Nasjonal helseplan bør nevne den ressurs som pårørende og brukernes nettverk kan utgjøre for en vellykket behandling. Kunnskapsformidling om psykiske plager og lidelser kan også nevnes som et signal til utdanningsinstitusjonene om å dra nytte av erfaringer fra brukerne.

Kommunene

Det er i kommunene folk bor, også de som er psykiatriske langtidspasienter. Skal det psykiske helsearbeidet være faglig forsvarlig, må kommunene settes i stand til å drive boliger med de tjenester som trengs, og ha dyktige fagfolk tilgjengelig. Det betyr at kommunene må få mer av de samlede ressurser som settes inn på feltet psykisk helse.

Svært mange av de menneskene som blir tvangsinnlagt i det psykiske helsevern er bostedsløse og har omfattende rusproblemer. De er hjemmehørende i en kommune, men har ikke noe hjem der. Enten man kaller det en fattigdomsproblematikk, en utfordring for helse- og omsorgstjenestene eller sosialtjenestene, dreier det seg om mange mennesker som ikke får hjelp som hjelper. Uansett er de kommunenes ansvar.

Fastlegeordningen

De samme menneskene har ingen fastlege, eller vet hvem fastlegen er, eller har ikke råd til å oppsøke fastlegen, som er inngangen til resten av helsevesenet. Selv om fastlegeordningen er vellykket for de fleste, er legene ofte presset av fulle timebøker og administrative oppgaver, slik at de ikke kan spille den rollen de er tiltenkt i det psykiske helsearbeidet. Fastlegene har også en viktig forebyggende oppgave, ved å lindre psykiske plager uten å føre pasientene inn i avhengighet av medikamenter.

En dansk studie som viser hvor effektivt en allmennpraktiserende lege kan holde pasientenes medikamentbruk på et minimum, er levert departementet¹ av Mental Helse, sammen med en antydning av hvordan et tilsvarende prosjekt kan settes i gang i Norge. Dette bør forankres i Nasjonal helseplan, under avsnittet Fastlegeordningen, forsøk og utvikling.

Rehabilitering

Mennesker med psykiske sykdommer blir ofte uføretrygdet, selv om de ønsker seg tilbake til arbeidslivet etter en sykdoms- og behandlingsperiode. Uten en fornuftig rehabilitering etter endt behandling, blir mange mennesker fort pasienter igjen. Når Aetat og Trygdeetaten nå er slått sammen, og inngår avtaler med de kommunale sosialtjenestene, er det viktig at helse- og omsorgstjenestene får gode rutiner for samarbeid med og om brukerne. Rehabilitering i de frivillige organisasjonenes regi viser hvor verdifull deltakernes egne erfaringer og egeninnsats er. Nasjonal helseplan bør omtale rehabilitering som et eget kapittel.

2.linjetjenesten

En fersk studie av akuttfunksjonene i psykisk helsevern viser at Norge har 22 akutt plasser per 100.000 voksne. Det er litt over gjennomsnittet for de nordiske land. Løsningen på kapasitetsproblemen i psykisk helsevern er altså ikke flere sengeplasser. Men helseforetakene må heller ikke legge ned akutt plasser før det er bygget opp et tilstrekkelig apparat på behandlingsnivået under, enten i kommunene eller distriktspsykiatriske senter.

Barn og unge

Der kapasiteten må utvides, både i 1.- og 2.linjetjenesten, er i tilbudet til barn og unge. Nasjonal helseplan bør minne om at kommunale tjenester som Pedagogisk-psykologisk tjeneste og barnevernet har en viktig rolle, både forebyggende og henvisende.

Forskning og utvikling

Medisinsk forskning drives i stor grad av farmasøytisk industri. Nasjonal helseplan bør ha en åpning for statsstøttet forskning av kognitive metoder, i samspill med praktiserende fagfolk og brukere. Særdeles få prøver i dag å få en pasient ut av psykose uten å bruke nevroleptika, men det finnes eksempler på at det går. Dette bør underkastes forskning, for om mulig å bedre praksis.

¹ Levert avdelingsdirektør Inger Johanne Kvarme i HOD, KommuneHelseavdelingen, på høringsmøte 29.5.2006