

Hørings svar Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016-2025

Folkehelsepolitisk:

Det er en svakhet at Helse Nord ikke har invitert den største brukerorganisasjonen innen psykisk helse i vår landsdel, Mental Helse (MH) til å være høringsinstans i denne utviklingsplanen. Vi er klar over at invitasjoner til denne viktige formen for brukermedvirkning på system nivå, ofte blir formidlet via paraply organisasjonen FFO, men dette bidrar ikke nødvendigvis til bredere brukermedvirkning.

Erfaringer har også tidligere vist at brukermedvirkning på systemnivå og politisknivå, når det gjelder psykisk helse (herunder rus) kanskje utilsiktet, kan bli fragmentert og marginalisert. Som eksempel kan vi nevne sammensetting – og styrkefordeling av brukerutvalg, hvor oppnevning ofte skjer via FFO – SAFO og hvor brukerrepresentanter fra psykisk helse eller rusmisbrukernes organisasjoner er alene eller er fraværende. Sammensetningen av brukerutvalgene i både Helse Nord og UNN understreker dette. I tillegg opplever vi at ensomme brukerrepresentanter er i fare for å bli overbelastet.

Gjennom hele høringsutkastet blir viktigheten av brukermedvirkning omtalt og understreket, noe som er viktig og riktig. Vår bekymring er allikevel at dette kun blir «fine skrevne ord» uten at brukerne har reell påvirkning. Slik som dagens system er lagt opp så opplever vi stor avstand mellom intensjon og praksis. Helse Nord må legge handling bak ordene.

Brukermedvirkning på samme nivå i de lokale Råd for funksjonshemmede, lider ofte samme skjebne, men da sterkere politisk vinklet. Det vil si at man ofte tror slik verv er en politisk posisjon. Alt for få deltakere eller veldig skjev fordeling av deltakere i forhold til de med kunnskap om pensjonister, somatiske helse og eller psykisk helse / rus.

Det er viktig å koble dette på her, i og med at utvikling av psykisk helsevern (forresten; hva er det som skal vernes?) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør være en samhandlings-symbiose mellom alle involverte. Helse Nord bør være et eksempel og tillate større frihet for råd og utvalg, deres brukerrepresentanter og sammensetningen. Dessuten kan det med stor fordel, spesielt i forhold til større planer og reformer, bli pleiet direkte kontakt med brukerorganisasjoner og råd og utvalg lokalt i regionen. Det regionale brukerutvalget bør kunne medvirke her og dermed selv bli en sterkere aktør i felles sak; bedre folkehelse.

Spesielt i forhold til traumebehandling, er vi meget kritisk til at dette skal være et **standard tilbud** fra alle DPS'ene. I en ideell verden ville dette ha vært en god løsning hvis kompetansen hadde vært til stede, men slik er dessverre ikke virkeligheten. Det bør satses på å bygge opp et eget traumesenter der fagkompetansen er samlet og det bør gis tilbud om døgnplasser.

I dag har traumepasienter mulighet til å få et 12 ukers behandlingsopplegg ved f. eks. Viken senteret i Bardu; et tilbud som er gull verd for pasientene men dessverre er det opptil 2 års venteliste. Tilbudet som gis er en start på traumebehandling fase 1, men det finnes ikke noe oppfølgingstilbud etter endt behandling.

Etter dette skal det være opp til hver enkelt DPS å fortsette behandlingen og dette fungerer som regel meget dårlig. Kunnskapen og forståelse av traumebehandling i DPS-sene er, etter flere av våre medlemmers erfaringer, meget mangelfull og til og med farlig. DPS-ene mangler fagpersoner og stillinger og det medfører at **eventuell** videreføring av behandling blir foretatt av ukvalifisert personale. Dette må opphøre umiddelbart. Dette er ikke bare et regionalt problem som faktisk Helse Nord har hovedansvaret for, men også et nasjonalt problem.

Det er et stort arbeid å gjøre for å gi gode og kvalitative behandlingstilbud til de i brukergrupper psykisk helse / rus som trenger dette. Man må ikke lenger stikke hodet i sanden, men faktisk måle prevalens og fjerne hindringer for god etterbehandling/oppfølging.

Konkret:

Vi tillater oss følgende tilleggskommentarer / forslag til utviklingsplanen. De er i rekkefølge i forhold til tekst i høringsdokumentet, men uten kap. eller side nr. henvisning:

- Det er til enorm ulempe og mangel at betydningen av å ha en IP er totalt fraværende i høringsdokumentet. All utviklingsarbeid er avhengig av at de av brukerne / pasienter som har sammensatte problemer og trenger det, har kartlagt 5 primærbehov alle mennesker må ha til grunn for verdig liv: Hjem og daglig liv, Arbeid og aktivitet, Sosialt fellesskap, Helse og Økonomi.
http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Individuell_plan_for_psykisk_helse_voksne.pdf

Man finner mer om dette: <http://helsekompetanse.no/plan/22087>

Individuell plan (IP) er en rett man har. NAV eller andre sosialhjelpere har plikt til å bidra til å få en slik plan. Man har rett til å velge hvilket planverktøy man vil bruke. MH anbefaler IP planverktøyet som Sintef og Helsedirektoratet har utviklet. Helse Nord bør være pådriver at slike planer blir utarbeidet og brukt. Dette er med på å sikre pasientens deltagelse i utvikling av egen helse og dessuten en kvalitetssikring av tjenestene

- *”Belastende livshendelser”* betyr ofte for pasienten regelrett ”traume”. Styrken og innhold i begrepene bør holdes adskilt.
- *”I pasientens helsetjeneste må derfor helsetilbudet til personer med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet integreres med somatisk behandling.”* Vi er helt enig i at menneskene, deres helse og folkehelse som sådan, må sees i en helhet.
- Forkortelser bør være tydelig forklart. TSB.
- *”Helse Nord skal etablere et pasientskaderegister for psykisk helsevern og TSB.”*
”Det skal arbeides for å utvikle kvalitetsregister i psykisk helsevern og TSB.”
Siden disse registre kan bli/være av stor betydning, bør utviklingen sees i sammenheng og gjennomføres samtidig. Forskning bør involveres på tidlig tidspunkt.

- *”Helse Nord skal i samarbeid med NAV bidra til at pasienter i psykisk helsevern og TSB kan fortsette skolegang og delta i arbeidslivet. Helseforetakene skal legge til rette for å integrere tiltak i skole og arbeid for pasienter i behandling.”*
Vi viser til avsnitt 2 og 3 under ”Konkret”. I tillegg er det ønskelig at NAV fokuserer på å ta vekk ”trusler” om inntektstap, dersom pasienten av årsaker ikke fungerer som A4 eller kommunikasjonsproblemer har oppstått. Til dette er IP og beskrivelser av hvem som deltar i en gitt plan, til uvurderlig hjelp.
- *”Helse Nord skal arbeide for å etablere en regional kompetansetjeneste for sikkerhetspsyk-iatri. Helse Nord bør etablere tilbud som fyller kriteriene for regional sikkerhetspost.”* Det aksepteres at dette må være en del av helheten i utvikling, men hovedfokus må være på tidlig intervensjon, god behandling, god traume behandling og oppfølging.
- *”Fordeling av bevilget ramme er ikke styrevedtatt, og tabell 1 må sees som et forslag til fordeling. Rammer for 2017-2025 blir fastsatt i årlige budsjetttrunder i Helse Nord RHF.”* Dersom den endelige planen skal ha verdi, må økonomi fastlegges så snart som mulig. Dette er nyvinning og bør ikke allerede i begynnelsen blir utsatt for politiske prioriteringer i en budsjett debatt. Intensjonene vil da ikke bli fulgt og planen havne i skuffen. Dette er en svakhet.
- *”Mange sosiale og helsemessige lidelser hos voksne har sin rot i barndommen og halvparten av alle psykiske lidelser debuterer før fjortenårsalder og hele tre av fire før tjuefemårsalder.”*
- *”Pasientens helsetjeneste bygger på prinsippet om at ingen beslutninger om meg, tas uten meg. Pasienten skal medvirke i beslutninger om behandlingssted og behandlingsmetode.”*
- *”Det meste av utredning og behandling skal utføres lokalt nær der pasienten bor.”*
- *”Diagnostiske vurderinger bør være evidensbaserte for sikre best mulig behandlingsutfall, da feilvurderinger kan føre til forsinket behandling og/eller forverret prognose.”*
- *”Målet med samhandlingsreformen er bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester. I pasientens helsetjeneste skal livskvalitet stå i sentrum for utforming av samhandlingen.”*
Vår uttalelser går på forskjellen mellom teori og praksis og blir understreket med disse utklipp.
- *”Helse Nord har et nasjonalt ansvar for å tilby likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen i Norge.”*
Det er en styrke at helsetjenester til samisk befolkning er tatt med i forslag til planen. Tidligere skrev vi i MH, det ser ut til at dette fremdeles er aktuelt, omtrent følgende: Tjenester til den blanda norsk-samiske befolkninga bør få sin rettmessige plass i psykisk helse arbeid spesielt, men også sin rettmessige plass generelt i samfunnsdebatten.

Kun på denne måten kan vi synliggjøre områder innafor psykiatri, rus, forskning, behandling og oppfølging, interessepolitikk, som berører denne gruppe mennesker, som er forsømt og ellers lite kjent. Dette gjelder også mange tilflyttere til vårt land.

Med et samisk kulturelt utgangspunkt, vil det også være vanskelig å peke på vesentlige skiller mellom kulturen i den samiske befolkninga og befolkninga for øvrig. Kystsamisk kultur og kystkulturen for øvrig har - i nær historisk tid - neppe variert i vesentlig grad. Heller ikke den markasamiske (lokal betegnelse på samer som ikke bor ved kysten) kulturen skiller seg vesentlig fra kulturen til bondebefolkninga for øvrig.

Likevel vil mange mennesker oppleve sin samiske bakgrunn som vanskelig. I innledninga til **kapittel 6 i St.meld. nr. 25, 96/97**, andre spalte, andre avsnitt sies det: "Både voksne og barn kan være i en livssituasjon preget av vedvarende krysskulturelt press med identitets- og lojalitetskonflikter og en følelse av å være marginalisert i forhold til majoritetsbefolkningen."

En av konsekvensene av dette er at folk i generasjoner har slitt med en skamfølelse over sin samiske bakgrunn, noe som har fått de aller fleste til å gjøre alt som var mulig for å skjule denne. Det er lett å forstå at en slik forløyenhet gjennom generasjoner ikke har vært særlig fremmede for ei god psykisk helse.

Mange mennesker vil måtte slite med det vi kunne kalle for et "mestis-syndrom": De har røtter i to befolkningsgrupper, men føler seg ikke helt anerkjent av noen av dem. Fordi fornorskingsprosessen er kommet lenger i dette området enn i det som nå er etablert som "det samiske forvaltningsområdet", vil så godt som alle "mestisene" her høre med til den "hjemlause" gruppa.

Psykiatrisk utviklingsarbeid i en kulturramme ble også berørt i **St.meld 25**, der det står på side 115, andre spalte, siste avsnitt: "Å utvikle psykiatriske tilbud innen en samisk kulturramme krever et kontinuerlig faglig utviklingsarbeid og forskning. (...) Deltids forskerstillinger for klinikere som knyttes opp mot universitetet mangler foreløpig."

Sannsynligvis vil utfordringen når det gjelder å utarbeide et psykisk helse tilbud til denne (og andre) grupper være minst like utfordrende som psykiatri i ei ren samisk (annen) kulturramme. Her gjelder det å lære opp folk i at det er lov å ta et valg: være enten samisk (annen) eller norsk, eller aller helst å stå fram som bærere av to kulturer, med de kvaliteter og kvalifikasjoner dette måtte innebære. Å tallfeste disse grupper på en noenlunde konsis måte, må bli med i utviklingen av planen.

- *"Psykisk helsevern og TSB må iverksette tiltak for å forebygge inaktivitet og usunne levevaner, samt sikre tilstrekkelig utredning og oppfølging av somatisk helsetilstand."*
"Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser har i for liten grad blitt fulgt opp med behandling i somatisk spesialisthelsetjeneste."
Her vil også betydningen av å ha en IP og oppfølgingen av IP være stor.

- *”Barn og unge lever i en familiekontekst, der barnet og omgivelsene gjensidig påvirker hverandre. Barn som opplever omsorgssvikt, vold, overgrep, rus og psykiske lidelser i nære omgivelser, har økt risiko for selv å utvikle psykososiale vansker og psykiske lidelser.”*

Her bør det vært nyansert at mangelfull etterbehandling / oppfølging av syke foreldre, vil kunne ha samme virkning. Igjen understrekes viktigheten av traume behandling og etterbehandling. Familieenheter bør styrkes og uten sammenligning med dagens debatter om barnevernet for øvrig, må barnevern styrkes. Vi må bort fra ”hvem skal betale” kulturen. Kommunene må betale for tiltak mens andre betaler for omsorgsovertakelse. Kommunene må prioritere tiltak i familien, sørge for god kompetanse, samarbeide med familiekontorer og ikke innlate seg med ”velferdsprofitorer”.

- *”Nasjonale brukerundersøkelser for døgnopphold viser at pasienter i Helse Nord gir gjennomgående god tilbakemelding på behandling fra både private og offentlige institusjoner. Tilbake-meldingene er likevel at det bør arbeides mer med å forberede pasientene på utskrivelse og oppfølging etter utskrivelse. Samarbeidet med pårørende kan også forbedres.”*

”Behandling og oppfølging av pasienter med avhengighetslidelser bør ha et familieperspektiv som sikrer at hele familien blir ivaretatt og at pårørende blir involvert.”

Vi mangler en setning om at etterbehandling også etterlyses, ikke minst av pårørende. Gjennom våre uttalelser prøver vi å formidle at det er mange hindringer i veien for god etterbehandling og at vi gjerne ser at dette blir utdypet i plandokumentet.

4.4.1 Basiskompetanse TSB

Alle DPS i Helse Nord skal ha kompetanse på utredning og kunnskapsbasert behandling av de vanligste rus- og avhengighetslidelsene, samt behandling av mer lavfrekvente lidelser i samarbeid med spesialiserte enheter. DPS skal ha:

- *Behandlingsansvar for pasienter med nyoppdaget, uavklart og/eller milde til moderate rusproblem med mild til moderat samtidig psykisk lidelse.*
- *Kunnskap om virkning og effekt av ulike rusmidlers innvirkning på kognisjon, psykisk, fysisk og sosial helse.*
- *Utredningskompetanse om milde til moderate ruslidelser og psykiske lidelser.*
- *Kompetanse om milde til moderate affektive lidelser og angstlidelser, personlighetsforstyrrelser, symptomer på psykose, OCD, traume og ADHD.*
- *Kunnskap om recovery-baserte tilnærminger.*
- *Kompetanse på tilbakefallsforebygging.*
- *Kompetanse på motiverende intervju.*

Vi har imot at ”traume” per definisjon skal kunne være ”mild”, slik det kan oppfattes i høringsnotatet. Traumer forventes behandlet av psykolog / psykiater; vi anser ikke psykiatriske sykepleiere som behandlere.

Det er greitt at Polikliniske tjenester skal ha samme ansvar for samhandling og veiledning av kommunalt hjelpeapparat som poliklinikker i psykisk helsevern, men det må være supervision av kvalifiserte behandlere. For øvrig er dette en velkommen oversikt over ønsket kompetanse.

4.4.2 Spisskompetanse TSB

I Helse Nord tilbys spisskompetanse i TSB ved poliklinikker og døgneheter. Egne døgntilbud for TSB er nødvendig for å kartlegge uavklarte tilstander og gi behandling som ikke kan gjennomføres poliklinisk eller ved lokale DPS.

Områder som krever spisskompetanse er:

- *Nevropsykologisk funksjonskartlegging.*
- *Avrusning, nedtrapping og stabilisering.*
- *Forebyggende familiebehandling.*
- *Kortvarig stabilisering og behandling (4-6 uker).*
- *Behandling av pasienter med ruslidelser som har behov for innleggelser utover 4-6 uker.*
- *Pasienter innlagt etter helse- og omsorgsloven § 10-2.*
- *Pasienter innlagt etter helse- og omsorgsloven § 10-3.*
- *Behandling av gravide med ruslidelser.*
- *Inntaksvurdering/oppstart av legemiddelassistert rehabilitering og bytte av substitusjonsmedikament (switch).*
- *Pasienter med ruslidelser og samtidig nedsatt kognitiv funksjonsnivå.*

Oversikten (ne) klargjør noen uskrevne forskjeller mellom rus og psykiatri. Dette er nyttig, men synes også å være en utfordring med tanke på samhandling på kryss og tvers av fag, etat, avd. etc. Det er en styrke at kartlegging, forebyggende familiebehandling, stabilisering etc. skal være spisskompetanse i TSB.

Et eksempel på ensomme brukerrepresentanter og i forbindelse med Regional sikkerhetsavdeling og Regionalt kompetansesenter, må vel være den ene representanten fra det Regionale brukertilvalget. 1 av 10 personer.

MH har respekt for arbeidet som er nedlagt og håper på mange høringsvar, slik at bredden i det hele blir ivaretatt og slik at mange vil få et "eierforhold" til denne planen. Vi håper vårt svar kommer bra med.

Mvh Martin Skog
For Mental Helse Lyngen