



Til
Helse- og omsorgsminister
Bent Høie
Postboks 8011 Dep.
0030 OSLO.

Vår ref.
Reg-nett/2-2014

Dato
04.01.2015

Psykisk helse og rusbehandling i Helse Nord RHF.

Mental Helse Nordland har gjort flere henvendelser til Helse og omsorgsdepartementet og til Helse- og omsorgsministeren vedrørende manglende tilbud for traumepasienter med alvorlige skader i Helse Nord RHF's ansvarsområde. Organisasjonen har også tidligere informert om feilaktig informasjon som Helse Nord gir til statsråden vedrørende dette tilbudet.

Situasjonen innen det psykiske helsevernet i landsdelen forverres nå fra måned til måned, og det som skjer er ikke i samsvar med noen av slagordene som preger den helsepolitiske retorikken.

Oppdrag.

I Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til Helse Nord er det formulert krav til at det skal være en høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn innenfor somatikk, og at dette skal «måles blant annet gjennom endring kostnader, ventetid og aktivitet.»

Av sak 103-2014 den 2. oktober til styret i Helse Nord RHF går det fram at mens kostnadsveksten innen somatikk er på 5,2%, er tallene for behandling innen psykisk helse 3,7% og innen rusbehandling på 2,5%.

Aktivitetsoversikten gir ingen klare bilder av utviklingen.

Når administrerende direktør i Helse Nord RHF uttaler at «Tilbudet til barn og unge har god kapasitet i nord» og at «For folk med rusavhengighet er kapasiteten økt kraftig de to siste årene», så er det vurderinger som blir stående i kontrast til den virkeligheten som går fram av tall fra Samdata og Helsedirektoratet.

Psykologspesialist Børge Matiassen ved UNN gir en klar analyse i Dagens medisin 08.12.2014:

<http://www.dagensmedisin.no/debatt/barn-og-unge-taper-ressurskampen/>

Denne analysen samsvarer i langt større grad med den virkeligheten som oppleves av pasientene og brukerorganisasjonene.

Kontinuitet, samhandling og forutsigbarhet.

Helse- og omsorgsministeren har ved flere anledninger gitt uttrykk for at det ikke skal legges ned behandlingstilbud uten at det som legges ned er erstattet av like gode eller bedre tilbud. Det er også uttrykt som en klar politisk målsetting at DPS skal opprustes for å gi gode tilbud når psykisk helsevern omorganiseres i samsvar med intensjonene i Samhandlingsreformen.

Ved styrevedtak i sak 47-2014 i Helse Nord RHF ble det besluttet å legge ned Enhet for traumebehandling ved Nordlandssykehuset.

Mental Helse Nordland har i brev av 26.06. då. bedt om å få oppgitt hvor mange pasienter som nå er under behandling etter det behandlingstilbudet som ble gitt ved enheten. Den skriftlige henvendelsen er fortsatt ubesvart.

Muntlig har klinikkjefen ved Nordlandssykehuset imidlertid uttrykt at det ikke er aktuelt å registrere hvilke pasienter som har traumbakgrunn, ettersom de har et spekter av psykiske lidelser som ikke skiller seg fra det som vi finner i andre pasientgrupper. Hun avviser vurderinger som er gjort av erfarne behandlere innen traumebehandling, og viser til at «derom strides de lærde».

Tilbudene som denne pasientgruppen nå får, er for en svært stor del av pasientene høyst utilfredsstillende.

I mars 2013 uttalte du som kritikk av daværende regjering til bladet Fontene: «Helseforetakene kutter ut behandling som tar lang tid for å få finere statistikk å vise til.»

Traumebehandling ved Nordlandssykehuset ble lagt ned etter at du ble statsråd, og det finnes ikke noe erstatningstilbud for den behandlingen som ble gitt der.

Du har også uttalt deg kritisk til den omfattende nedleggelsen av døgntilbud i psykisk helsevern og rusbehandling før du ble statsråd.

Den 14. november vedtok styret for Nordlandssykehuset HF å legge ned tilbudet ved Vesterålen DPS på Andenes.

Jansnes ved Alta er vedtatt nedlagt fra 1. januar 2015.

Døgntilbudet ved sykehuset på Gravdal i Lofoten er varslet nedlagt.

Rus og psykiatriposten ved UNN vurderes nedlagt.

Sterke signaler forteller at tilbudene ved Straume i Vesterålen, Storsteinnes i Balsfjord i Troms og i Lakselv i Finnmark er utsatte enheter.

Nedleggelsene er begrunnet i behov for å finansiere investeringer.

Hvorfor opptrer du ikke nå i samsvar med de standpunktene du ga uttrykk for i opposisjon?

PasOpp rapport nr. 4-2014 gir en klar vurdering fra fastlegene om at DPS-tilbudet ikke er i samsvar med behov.

Pasienter som blir henvist fra fastlegene, får ikke behandlingstilbud ved DPS med en rekke faglig irrelevante begrunnelser. Dette stemmer fullstendig med det som pasienter i fortvilelse gir uttrykk for til brukerorganisasjonene.

«Ikke syk nok», «mangelfull utfylling av henvisningsskjema», «ta ny kontakt med fastlegen» eller tilsvarende uttalelser viser en nedlatende og useriøs holdning både i forhold til pasient og i forhold til fastlegen som samarbeidspart om pasientens beste og pasientens behandlingsbehov.

Som Stortingspolitiker uttrykte du at «de (rødgrønne) kutter ut behandling som tar lang tid for å få finere statistikk å vise til».

Hvorfor bifaller du som statsråd at denne utviklingen ikke bare fortsetter, men er forsterket?

Brukermedvirkning og kvalitet.

Helse- og omsorgsministeren har erklært at han har som mål å skape «Pasientenes helsetjeneste». Det har skapt forventninger til en tjeneste som tar pasientenes erfaringer på alvor.

I veilederen «Sammen om mestring» blir det uttrykt: «kun brukeren kan bedømme om tjenesten eller behandlingen fungerer tilfredsstillende.»

Det har gitt forventning om at pasientens virkelighet skal telle i vurderingen av tjenestens kvalitet.

I veilederen «Psykisk helsevern for voksne» er det formulert slike mål for utvikling av samhandling

1. Virkningsfulle og trygge tjenester
2. Involvere brukere og gi dem innflytelse
3. God samordning og kontinuitet i tjenestene
4. God ressursutnyttelse
5. Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling

Det har gitt håp for mange pasienter som har hatt mangelfulle tjenestetilbud.

Det vi nå opplever, øker både utrygghet, håpløshet og oppgitthet hos stadig større pasientgrupper innen psykisk helsevern og rusbehandling.

Gapet mellom forventningene som er skapt ved mål og intensjoner slik de er beskrevet, og den virkeligheten som psykisk syke og rusavhengige erfarer, er enormt.

Likevel beskriver spesialisthelsetjenestens ledere vekselvis en rosenrød virkelighet som ikke eksisterer, eller de viser til kommunenes forpliktelser.

Det som var gode politiske intensjoner om samhandling mellom ulike nivåer og ulike tjenesteutøvere innen psykisk helsevern, er i ferd med å bli en vedvarende kamp om å minimere sitt eget budsjettområdes kostnader med pasientene som kasteball og svarteper.

Fastleger som Mental Helse Nordland har bedt om vurdering fra, oppgir at enkelte leger er kommet til et punkt der de ikke lenger skriver henvisning til DPS fordi de opplever det som nytteløst, selv om pasientens behov ut fra en faglig vurdering tilsier at det er nødvendig behandling.

De kan også fortelle at mange psykisk syke ikke lenger søker legehjelp, fordi de ikke orker belastningen ved å bli avvist eller mangler tillit til at de vil få hjelp.

Det er vel knapt mulig å komme lenger unna målsettingene om trygge, tilgjengelige og virkningsfulle tjenester.

Mental Helse Nordland har i brev av 13.07.2014 til Helse Nord bedt om at det blir benyttet relevante helsefaglige måleverktøy for å kunne evaluere kvaliteten på den behandlingen som nå blir gitt til traumepasienter ved DPS-ene.

Brevet er fortsatt ubesvart, på tross av purringer.

Helse- og omsorgsministeren har svart på skriftlige spørsmål fra Stortinget vedrørende traumebehandling i Helse Nord RHF. Det henvises til dokumentene 15:580, 15:739, 15:757, alle 2013-2014 og 15:56 (2014-2015).

Mental Helse Nordland har informert departementet og helseministeren om at det er gitt feilaktige opplysninger som svar på de skriftlige spørsmålene, og at det er gitt feilaktig informasjon ved saksbehandling til saker som gjelder nedlegging av behandlingstilbud.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helse Nord RHF om å besvare informasjonen fra Mental Helse Nordland i et brev av 28. mai 2014.

Brev vedrørende disse forhold av 14. september og 29. oktober til statsråden er ikke besvart.

I et brev av 31. oktober, signert statssekretær Anne Grethe Erlandsen, blir imidlertid Mental Helse Nordland bedt om å akseptere at departementet ikke vil kommentere saken ytterligere. Hun henviser da til MH Nordlands henvendelse av 14. september, som er rettet til statsråden.

I en sum viser erfaringene dermed at alle vakre formuleringer til tross, så er brukernes beskrivelser, vurderinger og bidrag for å påvirke til gode tjenester forgoes.

Saker som har store konsekvenser for behandlingstilbudene forberedes i stillhet og uten at brukerrepresentanter er invitert til å delta.

Brukerutvalg opplever at saksdokumenter til omfattende og betydningsfulle saker ettersendes i stedet for å distribueres sammen med innkallingen. Det blir ved det ikke mulig å kunne utføre et forsvarlig vurderingsarbeid som brukerrepresentant.

Spørsmål og kritiske vurderinger som blir uttrykt fra brukerorganisasjonene blir stående ubesvart – «forsøkes tiet i hjel». Det omfatter brudd på Forvaltningslovens bestemmelser, og gjelder alle nivåer i forvaltningen.

Kunnskapsbaserte tjenestetilbud.

Politiske dokumenter poengterer at behandlingstilbudene innen helsetjenestene skal være kunnskapsbaserte.

Det er en intensjon som brukerne og brukerorganisasjonene har sluttet seg til. For at det skal bli en virkelighet, forutsetter det at flere premisser er til stede.

Kvalitet og behandlingsresultater kan ikke måles gjennom budsjett- og regnskapstall, telling av liggedøgn, antall utskrivninger og ventelister.

«Kunnskap» er et begrep som ikke forteller noe som helst om kvalitet. Først når den relevante kunnskapen blir tatt i bruk, og når den blir tatt i bruk innen behandlingsetiske rammer, gir den indikasjon på kvalitet.

Begrep som «forsvarlig», «tilstrekkelig» og «nødvendig» som i dag benyttes om tjenester innen psykisk helsevern og rusbehandling er skjønnsmessige uttrykk basert på subjektive vurderinger. Når disse begrepene i utstrakt grad benyttes på administrativt ledernivå er de svært fjernt fra å være uttrykk for en kunnskapsbasert tjeneste.

Slike vurderinger benyttes også som grunnlag i vurderingene ved endring og nedlegging av behandlingstilbud og uten at fagutøvernes praksiserfaring og brukererfaring er lagt til grunn.

Da bygger beslutningene i beste fall på manglende innsikt og kompetanse.

Med dette som bakgrunn ber vi Helse- og omsorgsministeren forholde seg til pasientenes erfaringer og praksisfeltets mange stemmer som forteller om et psykisk helsevern uten behandlingsetisk styring.

Professor i sosialpsykologi Tor-Johan Ekeland ved Høgskolen i Volda har påpekt manglende mulighet for reell brukervedvirkning.

«Omstillingene preges av en til dels naiv optimisme om at hvis du bygger opp polikliniske tilbud og dagbehandling, så vil pasientene klare seg selv etterpå.» Dette uttaler overlege Jan Øystein Berle ved Psykiatrisk divisjon i Helse Bergen.

Professor og psykiater Vidje Hansen ved universitetssykehuset i Nord Norge har ved flere anledninger pekt på at det psykiske helsetilbudet er uforsvarlig.

Professor i medisinsk etikk og medlem av Prioriteringsutvalget, Reidun Førde, har uttrykt at hun ikke ser det mulig å utvikle en rettferdig og god prioritering innen psykisk helsevern uten at helsefaglig kvalifisert personale legger premissene for prioriteringer.

Det er en rekke faglige vurderinger av denne typen som samsvarer med erfaringene som pasientene og brukerorganisasjonene gjør nå.

Det er utelukkende ved å forholde seg til disse signalene at Helse- og omsorgsministeren kan ha en viss mulighet til å nå målet om å skape «pasientenes helsetjeneste»

Hva slags kunnskap er det helsetilbudene skal bygge på?

Når det gjelder vurderingen av hva som er god behandling er det ikke økonomisk-administrativ ledelse som sitter med kunnskapen, med de som erfarer tjenestetilbudet og de som møter pasientene, som har en helsefaglig utdanning og som erfarer forskjellen på god, mislykket og mangelfull behandling.

Det er bare ved å bygge på den relevante kunnskapen i en etisk handlingsramme at et godt behandlingstilbud kan utvikles. Utviklingen som vi ser nå, skjer med en avvisning av den relevante fagkunnskapen og med avvisning, arroganse til og fortielse av brukernes reaksjoner.

Mental Helse Finnmark

Marit Laursen (sign.)
leder

Mental Helse Nordland

Leif G. Strømdal (sign.)
leder

Mental Helse Troms

Alex Nordbakken (sign.)
leder