

Åpenhet og helhet ti år etter

Det er ti år siden Stortingsmelding 25 *Åpenhet og helhet* kom og Opptappingsplanen for psykisk helsevern ble iverksatt. Prosjektlederen for arbeidet med meldingen i departementet, psykolog Arild Gjertsen, gjør opp status.

TEKST

Arild Gjertsen

PUBLISERT 1. juni 2007

Basert på et innlegg ved konferansen Psykisk Helse 2007 i Trondheim 22. januar 2007.

Bakgrunnen for Stortingsmelding 25 *Åpenhet og helhet* var årelang kritikk av psykisk helsevern i Norge. Internasjonalt hadde det i mange år feid en sterk fagpolitisk vind over Europa og USA, med institusjonskritikk og kritikk av en ensidig medisinsk modell i forståelsen av psykiske lidelser. Den nye holdningen var at psykiske lidelser skulle «alminneliggjøres», og behandles i familie og nærmiljø. Tittelen «åpenhet og helhet» uttrykte en programerklæring. *Åpenhet* skulle bety åpenhet i holdninger og omtale av psykiske lidelser – i motsetning til fortielse, ekskludering og stigmatisering. Det betydde også åpne behandlingstilbud i nærmiljøet i stedet for lukkede institusjoner. *Helhet* betydde at forebygging, behandling og rehabilitering skulle utgjøre sammenhengende og helhetlige tilbud, på tvers av skiller mellom forvaltningsnivåer og etater. Kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester; arbeid, trygd og inntekt – alt skulle utgjøre godt koordinerte og helhetlige tilbud, som utfyller hverandre og drar i samme retning, til beste for brukeren. Tjenestetilbudene skulle fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv, og gi økt livskvalitet og stimulere til aktiv deltakelse i samfunnslivet.

Opptappingsplanen for psykisk helse kom året etter Stortingsmeldingen. Den skulle legge det økonomiske grunnlaget for å innfri målene i meldingen, med løfter om ekstraordinære bevilgninger og økonomiske virkemidler.

Selv om målene i Stortingsmeldingen kan synes ambisiøse, ja kanskje utopiske, var de på ingen måte revolusjonære. De representerte en videreføring av faglig og fagpolitisk tenkning som hadde preget de fleste vestlige land i årene forut for meldingen. Det sosialdemokratiske Sverige var en viktigere inspirasjonskilde enn Italia. I ettertid har enkelte radikale brukergrupper fremført en antipsykiatrisk kritikk av Opptappingsplanen for ikke å innfri målene *de* er opptatt av, som avskaffelse av diagnoser, opphevelse av tvangsbestemmelser, slutt med medisiner «som ødelegger hjernen», radikal brukerstyring og alternativ behandling. Men det er selvsagt naivt å tro

at en statlig plan skulle være revolusjonær på en slik måte. Stortingsmeldingen legger tvert imot vekt på at det er nødvendig å diagnostisere, at tvang er nødvendig i en del tilfeller (selv om omfanget av tvang bør ned), at psykofarmaka har en viktig plass i behandlingstilbudet (selv om andre typer tilbud også er viktige), at styringen av behandlingstilbudene ikke kan overlates brukerne (selv om de må få medvirke mye mer), og at behandlingsmetoder skal ha faglig dokumentert effekt.

Tilgjengelighet, kvalitet og brukervedvirkning

Stortingsmeldingen har ca. 100 forslag til tiltak som handler om alt fra forebygging, brukervedvirkning og holdningsendringer, til utdanning og forskning, men først og fremst *utbygging av tjenestetilbudene*. Det aller viktigste var kanskje at tilgjengeligheten til tjenester skulle økes, samtidig som kvaliteten skulle bedres og brukerne få større innflytelse på behandlingstilbudene. Opptrappingsplanens til-tak kan oppsummeres under de tre stikkordene *tilgjengelighet, kvalitet og brukervedvirkning*. Tilgjengelighet og kvalitet skulle først og fremst oppnås ved å bygge ut desentraliserte eller lokalbaserte tilbud, i form av kommunale tjenester, DPS-er og BUP-er. Tjenestetilbudet skulle *omstruktureres*, slik at tyngden av tilbud gradvis skulle forskyves fra institusjonstilbud til lokale tilbud. Det samlede volumet av tjenester skulle også økes. Kapasiteten i de viktigste helsepersonellutdanningene skulle økes tilsvarende. I tjenestetilbudene skulle det altså skje *omstrukturering, volumøkning og kvalitetshevning*. Det er en nær sammenheng mellom disse tre, og denne sammenhengen er viktig. Omstruktureringen betydde som nevnt primært utbygging av lokale tjenester for å øke tilgjengeligheten, men også at den spesialiserte profilen på sykehusavdelingene skulle skjerpes. Ansvarsdelingen og samarbeidet mellom sentralt og lokalt nivå skulle bli tydeligere og mer forpliktende. Det ble antatt at dette både ville føre til volumøkning, altså at flere ville få behandling, og til bedre kvalitet og til tjenester som brukerne ville få mer innflytelse over. Lokale tjenester tilpasset brukernes behov, og så kortvarige opphold i institusjon som mulig, ble ansett for å være viktige forutsetninger for kvalitativ god behandling og god brukervedvirkning. I tillegg skulle selvsagt kvaliteten stimuleres med mange andre tiltak, som økte tilskudd til utdanning og forskning, og med statlig veiledningsmateriell.

Sterk statlig styring

Virkemidlene for å få bygget ut og omstrukturert tilbudene var statlige tilskudd til kommuner og fylkeskommuner, og krav om kommunale og fylkeskommunale planer som skulle godkjennes av staten ved departementet. Det var altså ikke snakk om bare å tildele midler som kommunene og fylkeskommunene kunne bruke som de ville – midlene skulle brukes til å bygge ut tilbudene i en helt bestemt retning, langs de fagpolitiske føringene som lå i Stortingsmeldingen. Det var mange ønsker lokalt om å gjøre noe annet, som å bygge ut sykehusavdelingene osv. Men i gjennomgangen av de fylkeskommunale planene ble det sagt nei til utbygginger som ikke stemte med de overordnede føringene, og det ble påpekt mangler som måtte rettes for å få den nye strukturen på plass. Helt fra starten var det altså en meget sterk statlig styring. Dette var

noe nytt i Norge, som har hatt en tradisjon med vekt på lokalt selvstyre. I årevis hadde vi som hadde arbeidet for utbygging og endring av tilbudene, fått høre at dette var kommunenes og fylkeskommunenes ansvar, og at staten ikke kunne dirigere hvordan kommuner og fylkeskommuner skulle ivareta sine oppgaver. Nå var dette plutselig endret, delvis på grunn av den sterke kritikken av de mangelfulle tilbudene til mennesker med psykiske lidelser. Den offentlige kritikken av mangelfulle tilbud, som ble forsterket av Stortingsmeldingens usminkede påpekning av svakhetene («svikt i alle ledd»), la press på politikerne om å få gjort noe virkningsfullt. Men behovet for statlig styring var én ting – formen på styringen noe annet. Det er viktig å fremheve at den statlige styringen i de første årene ikke bare skjedde som «ordrer» eller bestillinger til fylkeskommunene – det var en stor grad av dialog. Vi som holdt på med Opptappingsplanen sentralt, reiste rundt i alle fylker, vi besøkte mange institusjoner, og fylkeskommunene stilte med et bredt utvalg av ledere og fagfolk fra psykisk helse på møtene. Det var landsdekkende konferanser med fagfolk og brukerrepresentanter, og faste møter med fylkeshelsesjefene og de som arbeidet med Opptappingsplanen i det enkelte fylket.

Virkningene av Opptappingsplanen

Hvordan er det så gått i disse ti årene – er de ambisiøse målene i ferd med å bli innfridd?

Noen spørsmål er så store og overordnede at det er vanskelig å svare på dem. Et slikt spørsmål er om samfunnet er blitt mer åpent og aksepterende i forhold til psykiske lidelser. Dette er et spørsmål som det er mulig å undersøke, for eksempel ved spørreundersøkelser til utvalg av befolkningen. Det har også vært gjort, blant annet av NIBR. Så vidt jeg forstår undersøkelsen fra NIBR, mener en å kunne påvise at det er blitt mer åpenhet og aksept rundt det å ha en psykisk lidelse. Det er selvsagt vanskelig å vite om en slik utvikling er et resultat av Opptappingsplanen, men det er ikke usannsynlig at både selve lanseringen av planen og den medieoppmerksomhet som har fulgt den hele tiden etterpå, og også noen av de målrettede kampanjene, kan ha hatt en slik virkning. Dessverre er det antakelig slik at en enkelt drapssak som kjøres i media i noen uker, kan betyr mer for befolkningens holdninger enn år med møysommelig holdningsskapende arbeid. Hele «psykiatrien» blir et hjelpeløst offer når en såkalt «mentalt ustabil person» begår en voldshandling. Derfor er det behov for en mer bevisst og kraftfull mediestrategi. Mediestrategien bør i tillegg til mer langsiktig holdningsskapende arbeid også innebære beredskap for å møte slike hendelser. For å forstå mer av hva som former befolkningens holdninger, bør det gjennomføres holdningsundersøkelser med 1–2 års mellomrom, for å gi mer kunnskap både om virkningene av ulike kampanjer og tiltak, og om virkningene av uforutsette hendelser og medieoppslag.

Det området der det er lettest å vurdere virkningene av Opptappingsplanen, er det som gjelder ressurs- og aktivitetsøkning. Det er klart at de økonomiske innsprøytningene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten har medført at tjenestetilbudene er bygget ut

og er blitt vesentlig bedre. I kommunene var det tidligere knapt særskilte tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Allmennlegene ga sine korte konsultasjoner, og skolepsykologene gjorde en del, men for øvrig ble psykiske lidelser stort sett oppfattet som noe som psykisk helsevern, altså spesialisthelsetjenesten, skulle ta seg av. Selv om situasjonen nå er ujevn i kommunene, har de fleste bygget opp nokså differensierte tilbud til ulike grupper. Samlet etter 1995 og ut opptrappingsperioden vil kommunene ha fått tilført midler tilsvarende nærmere 6000 nye årsverk innenfor psykisk helse. I spesialisthelsetjenesten er DPS-er og BUP-er bygget kraftig ut. Det er et mye mer omfattende samarbeid mellom kommunale tjenester og psykisk helsevern enn før, og samarbeidet er formalisert på en helt annen måte enn tidligere. Innenfor psykisk helsevern har nesten alle parametere for tjenestemål vist vekst, med en karakteristisk knekk oppover i kurven etter at Opptrappingsplanen kom i 1999 (antall ansatte, antall innleggelses, antall polikliniske konsultasjoner, dekningsgrad i BUP, osv). På landsbasis har budsjettene økt, og ventetidene er gått ned.

Usikre tall

Resultatene av Opptrappingsplanen kan ikke bare vurderes ut fra publiserte kvantitative mål. Det kan reises berettigede spørsmål om en del av tallene gir et fortegnet og for positivt bilde av situasjonen. Størrelsen av de økonomiske midlene som reelt er til disposisjon for psykisk helsevern i helseforetakene, er særdeles lite transparent og nærmest umulig å få oversikt over. Et eksempel er fordelingen av sykehusenes felles administrative kostnader mellom somatisk helsevern og psykisk helsevern, som kan gjøres på utallige ulike måter, og som det derfor er svært vanskelig å få oversikt over nasjonalt eller på RHF-nivå. Videre er det spørsmål om forholdet mellom det ordinære rammebudsjettet og opptrappingsmidler. Hvis en enhet opplever at rammebudsjettet reduseres samtidig som det tildeles opptrappingsmidler, er det jo nettovirkningen som er interessant, ikke hva som er tildelt fra Opptrappingsplanen. Resultatene av rapporteringen på aktivitetsmålene er også blitt usikre, som følge av upresise og/eller skiftende definisjoner som gir vidt spillerom for ulik lokal koding. Et eksempel – det kan stilles spørsmål om økningen av antall polikliniske konsultasjoner er så voldsom som tallene gir inntrykk av, når det skjer en kontinuerlig omdefinering fra dagaktivitet til poliklinisk aktivitet. Som kjent gir dagaktivitet ikke refusjonsinntekter, mens poliklinisk aktivitet gjør det.

I kommunene er det svært vanskelig å ha oversikt over hvordan de nye årsverkene brukes, om de bare går til psykisk helsearbeid, eller om de også brukes til kommunale helse- og sosialtjenester mer generelt. Jeg mener *ikke* at dette er et spørsmål om kommunalt lureri, i hvert fall ikke hovedsakelig. Men det er et spørsmål om skjønnsmessige grenseoppganger og definisjoner av forskjellige typer tjenester. Et eksempel er arbeidet som helsesøstre gjør på helsestasjoner: Hvor stor del av det er forebyggende psykisk helsearbeid, og hvor mye er generelt helsesøsterarbeid som helsesøstrene alltid har gjort? Hvis en kommune har skåret ned antall helsesøstre generelt med en, men samtidig har fått en ny til psykisk helsearbeid, betyr det en økning på ett årsverk til psykisk helse? Dette er ikke enkle spørsmål, og det er ikke

enkelt å følge med på hva som skjer i landets mange kommuner. Men det er all grunn til å videreføre noen styringsmekanismer av kommunene i forhold til psykisk helse, også etter at Opptrappingsplanen avsluttes.

Problematismen som er gjort her, er mer et spørsmål om *størrelsen* på veksten, slik den gjenspeiles i tallene. Overordnet sett er det ikke tvil om at det har vært en vesentlig vekst, og at tilbudene er blitt bedre.

Vekst eller volumøkning er én ting – hva med målene om en *endret struktur*, forskyvning av ressursbruken i retning av et desentralisert, lokalbasert psykisk helsevern, og mer kompetente og spesialiserte sykehusavdelinger? Før jeg sier noe om det spørsmålet, vil jeg først si noe om den overordnede statlige styringen og iverksettelsen av Opptrappingsplanen.

Helsereformene

I en så lang reformperiode, først åtte år, senere utvidet til ti år, vil det alltid være fare for politiske og fagpolitiske omveltninger som kan kullkaste de opprinnelige målene. Og i denne perioden har det vært turbulente endringer i helsevesenet i Norge, med store konsekvenser for Opptrappingsplanen. Jeg vil trekke frem de to andre store reformene som kom midt oppi opptrappingsperioden, begge to iverksatt samtidig fra 1. januar 2002. Det var omorganiseringen av den sentrale statlige helseforvaltningen, og foretaksreformen.

Den første gjaldt delingen av Statens helsetilsyn og opprettelse av et nytt, stort direktorat, Sosial- og helsedirektoratet. Fra starten var det helt uklart hvilken rolle det nye direktoratet skulle ha i å bidra til å realisere Opptrappingsplanen, og denne uklarheten varte i et par år. At direktoratets rolle i arbeidet med Opptrappingsplanen var så dårlig forberedt, og at uklarheten fikk vare så lenge, er et tegn på at Opptrappingsplanen ikke lenger sto så sentralt i departementets bevissthet, og at den store omorganiseringen av spesialisthelsetjenesten som helhet som foretaksreformen innebar, fullstendig dominerte og overskygget Opptrappingsplanen. I tillegg kom det nye ledere i det nye direktoratet som ikke kjente planen særlig godt, kaotisk intern organisering, og saksbehandlere som ble fratatt sine oppgaver eller sluttet (det var særlig fagpersoner med bakgrunn fra psykisk helsevern som sluttet). Alt dette medførte en sterkt svekket pådriverrolle fra statlig myndighet i arbeidet med Opptrappingsplanen.

Foretaksreformen overførte ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene til nye statlige helseforetak. Umiddelbart skulle en tro at dette ville bety sterkere statlig styring. Men det er ikke så lett å svare på om det ble sterkere eller svakere styring – det ble først og fremst en ny ledelsesfilosofi, og omlegging av *formen* på styringen. Den nye ledelsesfilosofien i departementet la vekt på rammestyring og lederenes individuelle personlige ansvar, med styring etter såkalte resultatmål. Resultatmålene er i stor grad kvantitative, og styringen skal sikre at de blir oppfylt, mens det er mindre viktig hvordan dette gjøres, dvs. hvordan tjenestene er organisert. Når det gjaldt tjenestenes innhold og organisering, ble det paradoksalt nok en tilbakevending til noe som liknet

«det fylkeskommunale selvstyret», nå kalt «foretakenes selvstendighet». Kommunene ble fortsatt utsatt for streng statlig styring på dette området, mens altså foretakene nøt godt av en ideologi om selvstendighet og eget ansvar, som i hvert fall delvis skjermet dem fra statlige styringskrav. Eller riktignok – kravene ble begrenset til nokså ensidig å dreie seg om budsjettbalanse, produksjon som synes på kvantitative mål, og reduksjon av ventelister.

De spesielle målsettingene i Opptrappingsplanen om å bygge opp et desentralisert og lokalbasert tjenestetilbud har det vært mindre oppmerksomhet om etter foretaksreformen. I bestillerdokumentene er det riktignok innført krav om endret budsjettfordeling mellom sykehus og lokalt nivå (DPS/BUP) til fordel for det lokale nivået, men typisk nok er dette gjort som et rent kvantitativt eller regnskapsmessig krav, altså prosentfordeling mellom de to nivåene. I handlingsplan for HØ er for eksempel målet at fordelingen skal endres fra dagens fordeling, som er 73/27, til 50/50 i 2015. Men en slik kvantitativ fastsetting av målsettingen får jo lett karakter av «tenk på et tall». Hva er det som tilsier at akkurat 50/50 er riktig i akkurat 2015? Det er det selvsagt umulig å begrunne, og derfor fremstår en slik målsetting som en slags symbolsk «show-off», en nøyaktig tallangivelse som skal gi inntrykk av nøyaktighet og seriøsitet, en touch av vitenskapelighet, mens det i virkeligheten altså er høyst subjektivt. Og denne typen tallmagi er det mye av i mange av de kvantitative styringsparametrene.

I virkeligheten stoppet planleggingen av en ny struktur for psykisk helsevern nesten opp da foretaksreformen kom. Alle fylkeskommuner hadde utarbeidet planer for utbygging, opptrapping og omstrukturering, og disse planene (med ett unntak) var godkjent av departementet, med krav om endringer og tilføyelser der hvor planene ikke fulgte de nasjonale retningslinjene. Da reformen kom, arvet helseforetakene disse planene. Foretakene ble riktignok bedt om å vurdere planene på nytt, blant annet for å ivareta et regionalt perspektiv – tilbudene skulle nå kunne organiseres på tvers av fylkesgrensene, hvis det var hensiktsmessig. Men også andre forhold som struktur, kapasitet og hvilke utbyggingsprosjekter som burde realiseres, kunne foretakene vurdere på ny. Det var jo selvsagt rett og rimelig når de hadde fått ansvaret. Men det kom ingen omfattende omarbeiding av planene fra foretakene. Og det var det vel heller ikke rimelig å forvente midt oppi etableringen av foretakene, med oppbygging av helt nye administrasjoner, med ny organisasjonsstruktur og massevis av nye enheter og rutiner som skulle på plass, omplassering av ansatte, nye ledere, osv, osv. I det hele tatt er det vanligvis grovt undervurdert hva store omorganiseringer krever av tid, krefter og ressurser, og det er en generell erfaring at deler av virksomheten er lammet i den første tiden etterpå. Derfor burde det ikke komme som noen overraskelse at de nye foretakene i begynnelsen ikke maktet å følge opp de planene som fylkeskommunene hadde lagt, det var høyst forståelig.

Men dette er ikke tilstrekkelig forklaring på at det ikke ble tatt mer tak i det etter hvert. For å forstå det tror jeg det er nødvendig å se på grunnleggende trekk ved reformen som sådan, og særlig styringsformen. Planene ble oppfattet som noe som var gitt fra oven

som bare skulle realiseres. Møteplassene og dialogene ble med et slag borte, og i stedet ble det presisert fra departementet at all styring skulle skje via de formelle kanalene, dvs. i det årlige styringsdokumentet, i foretaksmøtet og i formelle brev fra departementet. Uformelle kontakter på tvers av den formelle linjen skulle ikke forekomme, fordi en var redd for at kontakt og dialog ville bety en form for uformell styring utenom formelt etablerte kanaler. Den faglige dialogen om hvordan tjenestestrukturen burde være ut fra behovene til befolkningen i opptaksområdene, stoppet i stor grad opp. I den grad det skjedde endringer i planene, var det oftest ut fra helt andre motiver enn den fagpolitiske tenkningen som lå i Stortingsmeldingen og Opptappingsplanen. Et eksempel er sammenslåing av DPS-er og BUP-er ut fra en tanke om at store enheter er mer effektive, forsøk på å spare penger og omstokking av opptaksområder ut fra somatikkens behov. Psykisk helsevern ble underlagt store, kompliserte helseforetak ledet av administratorer, økonomer og somatiske leger, med stram styring ovenfra langs kvantitative parametere, og en ledelsesfilosofi hentet fra det private næringsliv. Topplederne har ofte manglet kunnskap om problemene i psykisk helsevern og om de faglige og fagpolitiske føringene i Stortingsmeldingen og Opptappingsplanen. I stedet har de først og fremst vært vært opptatt av utfordringene i somatisk medisin, og løsninger preget av sentralisering, store enheter og høyteknologi. Hovedfokus både i departementet og i RHF-ene ble den enorme omleggingen som foretaksreformen selv innebar. Dernest ble det altså en styringsform basert på rammestyring med forholdsvis generelle styringssignaler og styring etter resultatmål, med stor grad av frihet for foretakene til å organisere virksomheten for å oppnå resultatene. «Detaljstyring» ble ansett for å være «gammeldags», og hvordan tjenestene var organisert innenfor psykisk helsevern, ble et mindre viktig tema.

At fokuset på tjenestenes organisering var svekket, kan spores i formuleringer i flere typer dokumenter fra sentralt hold. Flere steder er det f.eks. sagt at Opptappingsplanen i de første årene la stor vekt på struktur og utbygging, men at utfordringene nå mer er kvalitet og fagfolks holdninger.

Spørsmål om kvalitet

Bedre kvalitet i behandlingstilbudene har hele tiden vært et kjernepunkt i Stortingsmeldingen og Opptappingsplanen. Men det er mange måter en kan nærme seg spørsmålet om kvalitet på. Det som var nytt fra 2002–2003, var at en begynte å utarbeide kvantitative kvalitetsindikatorer. Dette gjaldt som kjent for hele spesialisthelsetjenesten, ikke bare for psykisk helsevern. Å finne frem til meningsfulle kvalitetsindikatorer er uhyre krev-ende. Det må både finnes god nok rapportering og statistikk slik at tallene er reliable, og indikatorene må være valide, dvs. at de utsier noe meningsfullt om kvalitet. Jeg er enig i at det å utarbeide slike indikatorer kan være meget nyttig. Å utarbeide dem tvinger oss til å tenke igjennom hva vi driver med, hva som er kriteriene for vellykkede eller mislykkede behandlingsforløp, hva som er god behandling og hva som er mindre bra. Selve øvelsen med å utarbeide dem kan derfor innebære en bevisstgjørende prosess, og det er fint at direktoratet har brukt en bred gruppe klinikere til dette. Det er også all grunn til å rette oppmerksomheten mot de

forhold som de enkelte indikatorene skal belyse. Men det er ytterst naivt å tro at resultatene på kvalitetsindikatorene gir noe i nærheten av et helhetlig bilde av kvaliteten. Selv om vi klarer å utvikle gode kvalitetsindikatorer, så kan det i beste fall bare bli et supplement til kvalitativ og helhetlig analyse og vurdering av kvalitet.

Og det er ikke noen motsetning mellom på den ene siden å bygge ut en lokalbasert tjenestestruktur med tilstrekkelig av ressurser og volum og på den andre siden fokus på kvalitet. Tvert imot, jeg mener at det er grunnleggende viktig å holde fast ved tanken om at et lokalbasert tjenestetilbud med tilstrekkelig kompetanse og ressurser er en *forutsetning* for god kvalitet. Hvordan tjenestene leveres, er nær forbundet med kvalitet. Det er ikke slik, og særlig ikke når det gjelder psykisk helse, at det er mulig å gi en nøytral dose «behandling» som virker uavhengig av konteksten. Psykiske lidelser og problemer er nær forbundet med menneskelige relasjoner, og derfor blir måten vi organiserer tilbudene på, avgjørende.

Derfor er den mangelfulle vektleggingen av utbygging og struktur et problem. Som nevnt er det huller og mangler i de fylkeskommunale planene som mange steder bare har fått ligge, glemt, uten at noen har tatt tak i dem. Investeringsmidler til gjenstående eller nye utbyggingsprosjekter er låst til den opprinnelige fordelingen som skjedde på grunnlag av de fylkeskommunale planene. Fordelingen er selvsagt ikke oppjustert etter den voldsomme veksten i byggekostnader som er skjedd særlig det siste året og har gjort enkelte byggeprosjekter mer enn dobbelt så dyre som opprinnelig beregnet. Foretakene kan ikke selv for egen regning og risiko ta opp lån til slike prosjekter – det er nedlagt forbud mot å gå utover lånerammene, som for lengst er sprengt. Hvis da driftsmidlene i tillegg reduseres, sier det seg selv at det er lagt alvorlige hindringer i veien for de lokale enhetenes muligheter til å realisere Opptrappingsplanens målsettinger.

I en slik situasjon, med mangelfull tilrettelegging av basale betingelser for å lykkes, blir det en grov avsporing å snakke om «fagfolks holdninger» som en hovedforklaring på at det går for smått med å innfri målsettingene i Opptrappingsplanen. Selvsagt finnes det fagfolk som er mer eller mindre motstandere av endringer, slik vil det alltid være i store endringsprosesser. Og en viss motstand og skepsis er sunt – det er ikke ethvert forslag til endring som er like fornuftig og godt gjennomtenkt, bare det kommer fra ledelsen eller fra overordnet myndighet; det er ikke slik at «embete» eller overordnet stilling automatisk gir forstand. Når det er motstand og ulike meninger om veien videre, er det bare åpen faglig og fagpolitisk dialog som kan bringe deltakerne fremover. Men når åpen debatt og dialog med fagfolk (og brukere) er en utfordring, så utgjør den nye hierarkiske strukturen etter foretaksreformen et problem. Det er innført en kommandolinje fra departement til RHF til HF til klinikk til avdeling som formidler målsettinger og måltall som de underordnede leddene bare må ta imot og innrette seg etter, uten å ha særlig anledning til å stille spørsmål eller diskutere. Som nevnt er det altså først og fremst kvantitative måltall for aktivitet som formidles, og i mindre grad hvordan tjenestene skal drives og organiseres.

Utfordringene fremover

Dette kan kanskje høres ut som en grusom salve. Jeg må derfor gjenta at mye bra er skjedd ved hjelp av Opptrappingsplanen. Men hva er utfordringene fremover? De er tallrike, og det er helt sikkert også tallrike meninger om hva som er det viktigste. Jeg vil gi en oppsummering fra mitt ståsted, som jo er subjektivt og preget av det jeg har vært med på i denne prosessen. Noe av det ligger i forlengelsen av den analysen og de erfaringene jeg har kommet med tidligere i dette innlegget; noe har jeg i mindre grad vært inne på. Jeg skal gi en oppsummering i fem punkter av hva jeg anser som viktig fremover for å ivareta Stortingsmeldingens opprinnelige intensjoner:

- 1) Det bør utvikles en mer bevisst og kraftfull *mediestrategi*. Et grunnlag for en slik strategi bør være bedre instrumenter for å måle befolkningens holdninger til psykiske lidelser. Det bør gjennomføres utvalgsundersøkelser med 1–2 års mellomrom for å følge med i hvordan befolkningens holdninger til psykiske lidelser utvikler seg over tid, og hva som påvirker holdningene, slik at resultatene kan brukes i mediestrategien.
- 2) *Brukerne* må gis innflytelse på mer varierte og betydningsfulle måter. Å ha med representanter fra etablerte brukerorganisasjoner i offentlige utvalg og formelle drøftinger og høringer er bare én form for brukermedvirkning, og etter min oppfatning ikke den viktigste formen. Det er viktig å nå vide grupper av brukere, ikke bare dem som er organisert. Den viktigste formen for brukermedvirkning er at tilbudene tilpasses hver enkelt brukers behov, og at pasienten selv og pårørende trekkes aktivt inn i behandlingen. Med andre ord – noe så enkelt som at vi hører på pasienten, og at det utvikles systemer for å sjekke og dokumentere at det faktisk skjer.
- 3) Det må sikres fortsatt utbygging og utvikling i *kommunene* etter at Opptrappingsplanen avsluttes, med videreføring av øremerkede tilskudd og/eller andre målrettede styringsmekanismer.
- 4) Bedre *kvalitet* på tjenestene er fortsatt en avgjørende viktig målsetting som det må arbeides mye med fremover. Men kvaliteten må vurderes helhetlig og nyansert, og ikke ensidig kvantitativt ut fra resultatene på nokså tilfeldige og isolerte kvalitetsindikatorer.
- 5) Kompetansen til *fagfolk* som arbeider med psykisk helse, må brukes på en helt annen måte i å planlegge og utvikle tjenestetilbudene. Fagfolk må ikke ses på som passive mottakere av statlige styringssignaler, men som aktive deltakere i styringsdialogen. I rapporteringen fra og evalueringen av tjenestetilbudene bør fokus flyttes fra ensidige kvantitative krav om økt produksjon til mer helhetlige og kvalitative analyser. Det må sikres tilstrekkelig faglig kompetanse på ledernivå i direktorat, RHF-ene og HF-ene. På alle disse nivåene bør det nokså ensidige økonomiske, administrative og somatisk-medisinske lederskapet suppleres med faglige ledere som har innsikt i de fagene som utgjør basisen for psykisk helse, og som kjenner de problemene som tjenestene strir med. Det er mange måter å gjøre dette på. En mulighet er å trekke fagfolk fra psykisk helsevern inn i staben til topplederen, eller etablere egne analyseenheter med fagfolk som mer systematisk kan følge utviklingen i tjenestene, og i dialog med disse planlegge og drive endringsarbeid. En annen og mer radikal mulighet er å etablere egne

helseforetak for psykisk helsevern, slik en har i Vestfold. I Oslo-området står vi antakelig overfor omfattende endringer i HF-strukturen, med enda større enheter enn i dag, og med enda større fare for at utfordringene i psykisk helsevern skal bli prioritert bak utfordringene for de store somatiske sykehusene. Hvorfor ikke da lage et felles HF for psykisk helsevern i hele Osloområdet? – i stedet for å ha tjenestetilbudene splittet opp på flere forskjellige HF-er med kunstige grenser tvers igjennom byen, når det allikevel er innført fritt valg av sykehus, DPS og BUP, og avstanden fra brukeren til de ulike tilbudene er omtrent like lang uansett hvilket tilbud som velges.

Hvis jeg skal si noe helt avslutningsvis om hvor vi står i dag i forhold til Stortingsmeldingen, må det kanskje være at det er *helhetsperspektivet* som jeg savner mest, og hvor utfordringene er størst. Målsettinger, rapportering, indikatorer er oppsplittede størrelser og analyseres sjelden i sammenheng. På mange måter opplever jeg at det overordnede faglige perspektivet står svakere i dag enn da vi skrev Stortingsmeldingen. Dette har som nevnt etter min mening sammenheng med de store omorganiseringene både i statlig helseforvaltning og i spesialisthelsetjenesten. Det er fremfor alt behov for å få på plass et lederskap på ulike nivåer som kjenner utfordringene i feltet psykisk helse, og som har engasjement og kraft nok til å sørge for at behovene i feltet ikke alltid underordnes andre områder av politikken. Tenkningen i Stortingsmeldingen med vekt på både spesialisering og lokalbaserte tjenester sam-tidig, har faktisk noe å tilføre andre tjenesteområder, ikke minst i forhold til en sentralistisk somatisk medisin, som delvis er kommet ut av styring. Feltet psykisk helse trenger ikke skamme seg og dilte bak somatikken, på viktige områder er det vi som går foran!

Arild Gjertsen

arild.gjertsen@akersykehus.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 6, 2007, side 755-760

TEKST

Arild Gjertsen