

Psykisk helse på egne premisser

TEKST

Tor Levin Hofgaard

PUBLISERT 7. februar 2009

Ved årsskiftet ble Opptrappingsplanen for psykisk helse avsluttet. Fra 1. januar i år skal helseforetak og kommuner selv disponere sine rammetilskudd slik at befolkningens psykiske helse blir ivaretatt. Mange er urolige for hva dette vil innebære for feltet man har brukt 10 år på å løfte frem. Det er forståelig.

Riktignok er vi kommet et stykke på vei: 75 Distriktpsikiatriske sentre er realisert, og 12 000 personer driver psykisk helsearbeid i norske kommuner. Psykisk helsevern har fått over tusen flere psykologstillinger, og det er i dag bred politisk enighet om å styrke psykologkompetansen i kommunene. I årets statsbudsjett ble det bevilget 20 millioner til dette formålet. En av flere pådrivere er Psykologforeningen, som har lavterskel psykologtilbud som politisk hovedsatsingsområde, slik at vi i fellesskap med andre yrkesgrupper kan styrke det psykiske helsearbeidet i førstelinjen.

Det gjenstår likevel sentrale utfordringer: Å forstå psykisk helse på tjenestens egne premisser er en av de viktigste. Opptrappingsplanen for psykisk helse inneholdt viktige brudd med den gamle psykiatrien. Men fortsatt er det slik at det først og fremst er helseforetaksreformen og sykdomsmodellen som styrer våre forestillinger om hvordan psykisk helsevern skal organiseres, og ikke tjenestens egenart. Det er imidlertid stor forskjell på hvordan man forholder seg til en pasient med benbrudd og en pasient med depresjon. Behandleren som skal lege den vonde foten, har en helt annen autonomi og uavhengighet i forhold til pasienten enn behandleren som gjennom nitid relasjonsbygging skal hjelpe den depressive opp å stå.

Forskjellene stopper ikke der: Effektivitets- og produksjonskrav tilpasset somatisk medisin er ikke nødvendigvis like anvendelig for psykisk helsevern. Tellekanter egner seg bedre som mål på blindtarmsoperasjoner og kikkhullskirurgi enn på angstlidelser. Dette er det viktig at vi tar inn over oss. Skal vi komme videre etter avslutningen av Opptrappingsplanen, må vi erkjenne det psykiske helsevernets kompleksitet og nødvendigheten av høy, flerfaglig kompetanse innenfor hele det psykiske helsefeltet.

På et møte med alle fag- og brukerorganisasjonene innenfor psykisk helse før jul, lanserte helseministeren ideen om et tverrfaglig helsehus der det også skulle være lavterskel psykologtilbud. Her skal det være én dør inn, og lett tilgjengelighet til et tverrfaglig miljø, som raskt gir deg den hjelpen du trenger. Også fastlegene skal være del av helsehuset. Ideen ble varmt mottatt av alle. Et slikt helsehus ville ivareta psykisk

helse på en god måte, og sikre koblingen til somatisk helse. Om ideen realiseres, gjenstår å se.

Helseministeren har bebudet en stor samhandlingsreform i helsetjenestene. Tjenester til personer med psykiske lidelser og ruslidelser har vært løftet frem som viktige i denne sammenheng. Når vi leser dokumenter og lytter til statsrådets budskap, er imidlertid fokuset fortsatt rettet mot utfordringer innenfor somatikken. Det er grunn til å stille spørsmål ved om statsråden og hans rådgivere fremdeles lar somatiske helsetjenester og behov få styre utviklingen av tilbudet til personer med psykiske lidelser.

I så fall er det ikke godt nok. Psykiske helsetjenester må utvikles på egne premisser.

Presidentblogg: www.psykologforeningen.no/pf/Foreningen/Nyheter-og-aktuelt/Presidentbloggen

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 2, 2009, side 202

TEKST

Tor Levin Hofgaard, president i Norsk psykologforening