

Og imens, i Kina ...

Hva skal vi prioritere? De dårligste, de med litt lidelser, individet, eller hele befolkningen. Eller er det mest fremtidsrettet å gjøre alt på en gang?

TEKST

Tor Levin Hofgaard

PUBLISERT 5. januar 2016

DEBATTEN OM RESSURSPRIORITERINGER i psykisk helse minner meg om dagene jeg tilbragte sammen med den kinesiske legen Shulin Chen rett før jul. Han er forsker ved Zhejiang University, et av Kinas eldste og mest prestisjetunge universiteter. Vi satt i et panel på en konferanse i Washington DC, der vi begge skulle snakke om fremtidens helsevesen. Vi fant virkelig tonen. For det vi sa – fra Norge og fra Kina – var slående likt: Vi har ikke råd til å bare reparere – vi må bli flinkere til å forebygge sykdom og psykiske plager.

Og vi er ikke alene om å mene dette. Verdens Helseorganisasjons (WHO) «Mental Health Action Plan», som alle land i FN har forpliktet seg til å følge opp, slår fast at fremtidens tjenester må drive med helsefremming, forebygging og tidlig intervensjon. Vi må flytte helsekompetansen ut der folk er, der de bor, og der de får lett tilgang til den. Dr. Chen kunne fortelle at Kina nå har lagt en ny femårsplan der etablering av slike tjenester til alle er definert som mål. Det er ambisiøst i et land med over en milliard mennesker.

Milliarder å spare

Å bare lappe folk sammen når de blir skikkelig dårlige, har verken Kina, Norge eller noe annet land i verden råd til å fortsette med. Dette ble også bekreftet av matematikeren Stephen Melek, som jeg også traff i Washington DC. Han har spesialisert seg i analyser av helsekostnader og utvikling av lønnsomme helsesystemer. Hans budskap var det samme som vi har hørt tidligere fra tunge miljøer som London School of Economics, fra Folkehelseinstituttet i Norge og fra økonom og nobelprisvinner James Heckman. De fremlegger forskning som viser at det er milliarder å spare for samfunnet om vi griper inn tidlig og satser på helsefremming og forebygging. For å få det til må vi imidlertid ha på plass kompetanse der det skal skje; i kommunene og der folk bor. Vi kan ikke fortsette å gjemme kompetansen bort i 2.- og 3.-linjen.

«Det blir vår jobb å hjelpe mennesker til å få styrke til å

endre sin livssituasjon og endre betingelsene for plagene»

Målet med denne endringen er at helsetjenesten ikke bare skal prioritere de sykeste, eller de med de alvorlige lidelsene, men like mye bidra til å utvikle et samfunn og tjenester som fremmer høyere livskvalitet for alle. Denne dreiningen betyr at helsetjenestene må tenke nytt og se seg selv som en del av et helhetlig samfunnsbyggende prosjekt, mer enn som et kurativt system på utsiden av samfunnet – det samfunnet som også bidrar til at vi blir syke og får lidelser.

Det fine er at når vi kommer dit, vil vi ha mer både av tid og ressurser til å hjelpe alle dem som uansett blir alvorlig syke eller får lidelser. Det er altså en vinn-vinn-situasjon for alle.

Å påvirke sitt eget liv

I et slikt helhetlig samfunnsbyggende prosjekt blir det ikke helsepersonellens oppgave å bringe folk raskest mulig tilbake til den livssituasjonen og den konteksten der plagene oppsto. Snarere blir vår jobb å hjelpe mennesker til å få styrke til å endre sin livssituasjon og endre betingelsene for plagene. «Raskere tilbake» betyr da ikke lenger «raskere tilbake til den jobben der du møtte veggen», men «raskere tilbake til bedre livskvalitet, og ny evne til å påvirke livsbetingelsene dine».

For å komme dit må kjernen i tjenestene for psykisk helse, ikke bare i Norge, men i hele verden, endres. Først og fremst må vi ta alvorlig at psykiske plager og lidelser ikke er sykdommer i medisinsk forstand. Vi må forlate den biologiske modellen for forståelse og behandling av psykiske helseplager, og utvikle oss videre med utgangspunkt i en bio-psyko-sosial modell. Professor i psykologi ved Universitetet i Liverpool og kommende president i den britiske psykologforeningen, Peter Kinderman, kaller det en nødvendig revolusjon i måten å jobbe på i boken *A Prescription for Psychiatry: Why We Need a Whole New Approach to Mental Health and Wellbeing*.

Ser vi på hvordan psykiske helsetjenester er organisert i verden, er det lett å si seg enig. Over hele verden ligger folk fortsatt på asylers lik dem vi hadde i Norge før Opptappingsplanen for psykisk helse. Det de tilbys, er medisiner, og innleggelse livet ut. Det finnes ingen begreper som helsefremming, forebygging eller tidlig hjelp. Det er en ren biologisk modell som styrer alle tiltak. Det som er den mest virksomme faktoren i livskvalitet: håp – er totalt fraværende.

Møtt med jubel

Vi er heldigvis kommet et godt stykke lenger i Norge. Det er likevel verdt å minne om at det er mindre enn 20 år siden Rådet for psykisk helse utga rapporten *Velferdsstatens forsømte gruppe*. Rapporten dokumenterte mangel på tilbud til, og prioriteringer av, folk som sliter psykisk. Rapporten førte til politisk debatt og stortingsmeldingen *Åpenhet og helhet*, som konkluderte med «svikt i alle ledd» i det psykiske helsetilbudet i Norge. Slik kom Opptappingsplanen for psykisk helse på plass fra 1998–2008. Den var

på mange måter en suksess. Spesielt de med de alvorligste lidelsene fikk tilbud som innebar at de i mye større grad kunne fortsette å bo i hjemkommunen, samtidig som de fikk bedre spesialisert behandling. Men planen førte *ikke* til mer helsefremming, forebygging eller hjelp til dem med mildere eller moderate lidelser, selv om det også var ønskede utfall av opptrappingen.

I mitt innlegg på seminaret i Washington DC snakket jeg om regjeringens forslag om å lovfeste psykologkompetanse i kommunen. Jeg snakket om forslaget om primærhelseteam og oppfølgingsteam. Og jeg ble møtt med jubel fra en fullsatt sal.

Kompetansen bak døren

Det som likevel er den viktigste forutsetningen for jubel og gode tilbud, er at vi etablerer integrerte flerfaglige team der det helhetlige behovet til den som søker hjelp, blir ivaretatt – og der det virkelig er én dør inn til teamet for alle. I debatten om primærhelsemeldingen har helseministeren snakket mye om flerfaglighet, inkludert psykologer. Samtidig sa han under stortingsbehandlingen av primærhelsemeldingen at kjernen i flerfagligheten er leger og sykepleiere. Her hadde jeg ønsket en noe dristigere statsråd. Hvorfor er ikke sosionomer, fysio- og manuellterapeuter, psykologer og andre helt selvfølgelige deler av denne kjernen?

Bak døren til fremtidens kommunehelsetjeneste forventer jeg å bli møtt med en vifte av kompetanser. Erfaringene fra kommuner som allerede tilbyr dette, er at det *ikke* fører til overforbruk av tjenester eller vekst i antall diagnoser. Derimot fører det til en god opplevelse for den som søker hjelp, og det øker kapasiteten i sykehusene til å jobbe med de som har de alvorligste problemene.

Legen dr. Shulin Chen mener dette er mulig å få til i Kina. Da bør det også være mulig i Norge.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 1, 2016, side 54-55

TEKST

Tor Levin Hofgaard, president i Norsk psykologforening