

20.08.2024

Pasientperspektiv i sak om nedleggelse av BET-seksjonens døgnplasser for alvorlig psykisk syke

Som tidligere BET-pasient ønsker jeg å få belyse saken som vedrører nedleggelse av døgnplassene i BET fra pasientperspektivet. Jeg er i dialog med 13 tidligere BET pasienter og vil her forsøke å videreformidle de innspill og synspunkter som har kommet frem gjennom denne dialogen samt mitt eget perspektiv.

Hvem er BET-pasienten

Vi er dem som bor i bemannede boliger, med 2:1F oppfølging. Vi er dem som opplevde traumer i barndommen og som bare prøver å glemme. Vi er dem som har mange diagnoser og komplekse lidelser. Vi er dem som stadig kommer til akuttmottaket etter en overdose eller alvorlig selvskadningsepisode. Vi er dem som er alvorlig spiseforstyrret og utsettes for tvang. Vi er dem som bringes inn av politiet og legges i belter. Vi er dem som sløves ned på medisiner til vi knapt kan prate. Vi er dem som lider i stillhet. Vi er svingdørspasienten, og langtidspasienten som får beskjed om at vi må finne måter å leve med lidelsen og symptomene våre på for de vil alltid være der. Det er vi som mister håpet hver gang vi blir skrevet ut og ingen ting er bedre. Det er vi som er behandlingsresistente og kronisk suicidale. Vi er dem som hjelpeapparatet ikke kan hjelpe. Vi er dem som er uten håp.

Basal eksponeringsterapi (BET) er en behandlingsmetode som er utviklet for mennesker med omfattende psykiske helseutfordringer. Behandlingen tilbys i dag til dem som har mange år med oppbevaring, krisehåndtering og behandling i psykisk helsevern bak seg.

Med hjelp fra BET er vi mange som i stedet har blitt studenter, arbeidsføre og selvstendige, mange har fullført utdanning, mange har stiftet familie og lever helt vanlige liv. Faktisk er det på tross av at BET-døgnbehandling kun tilbys til dem som har vært mange år i psykisk helsevern, 80% som opplever varig bedring i sine symptomer og sin lidelse. 50% kommer helt eller minst 50% i arbeid/aktivitet.

Bakgrunn

Det vært gjennomført tre workshoper i løpet av mai 2024 og en drøftingsrunde der organiseringen av BET-seksjonen har vært tema. Klinikkdirektøren ved klinikk psykisk helse og rus har etter dette anbefalt at dagens organisering av BET-seksjonen, ikke skal bestå. Det var tre forslag til hvordan BET skulle forvaltes i fremtiden, der ingen av alternativene innebar noen form for døgntilbud, og de ansatte ved BET-seksjonen fikk beskjed om at døgntilbudet skulle avvikles. I etterkant av publiseringer i sosiale media og i tidsskriftet sykepleien har det blitt kommunisert

fra klinikkdirektøren at det er åpent for å se på om det skal være en form for BET døgntilbud som ledd i den videre prosessen.

Av drøftingsnotat – PHR bærekraftsplan datert 4.juni 2024 kommer det frem at en omorganisering av BET-seksjonen vil kunne spare helseforetaket for 5 millioner. Kapasiteten i sykehuspsykiatrien er under stadig press, mens det ofte er ledige døgnplasser i DPS parallelt med overbelegg på Blakstad. Det er allikevel slik at pasienter ikke kan overflyttes på grunn av lavt funksjonsnivå og fordi de har behov for de rammene som er på Blakstad (bruk av tvunget vern etter psykisk helsevernloven). «Klinikken har behov for å sikre nødvendig kapasitet innen akuttpsykiatri, sikkerhetspsykiatri, alderspsykiatri og psykosebehandling ved innflytting i NSD. Antall døgnplasser for alderspsykiatri, akuttpsykiatri og sikkerhetspsykiatri vil da øke.»

Begrunnelser for nedleggelse av BET-døgnbehandling

Begrunnelsene som har vært kommunisert ut fra Vestre Viken har vært

- Lange ventelister, 1,5 års ventetid
- Pasienter henvises og aksepteres for behandling fra hele landet
- Pasienter fanges ikke opp av BET på et tidlig tidspunkt
- Ikke nevner verdig samspill mellom psykiatriske sykehusseksjoner og BET-seksjonen.
- Mye å gå på når det gjelder samhandling mellom tjenestene som målgruppen er storforbrukere av.

Pasientperspektivet på begrunnelsene for nedleggelse av BET-døgnbehandling

Argumentet om lange ventelister på 1,5 år, som er en av hovedbegrunnelsene for nedleggelse, kan vanskelig sees som en god grunn til å fjerne tilbudet. Lange ventelister er et symptom på etterspørselen etter behandlingen, ikke en indikator på dens mangler. Og det er vel liten tvil om at nettopp klinikkleidelsens valg om å akseptere pasienter fra hele landet bidrar sterkt til denne lange ventetiden. Det virker meget urimelig at klinikkleidelsen først pålegger BET-seksjonen å prioritere gjestepasienter for å bidra til å redde sitt eget budsjett og deretter anklager BET-seksjonen for å være utilgjengelig i egen klinikk når det er de selv som har lagt opp til det. Hvor mange pasienter i Vestre Vikens opptaksfelt står egentlig på venteliste til BET-seksjonen? Vi er i alle fall mange pasienter som har vokst opp Viken og tilbragt svært mange liggedøgn i Vestre Vikens akutte døgnenheter. Hvis jeg bare bruker meg selv som eksempel er det snakk om opp mot 2000 liggedøgn i Vestre Vikens akutte døgnenheter og langtidsplasser.

Når det er sagt mener vi ikke at det er riktig å ekskludere pasienter som ikke tilhører Vestre Viken, da alle pasienter skal ha lik tilgang til behandling uavhengig av hvor de bor. Men at det riktige vil være å utvide tilbudet slik at flere kan få behandling som nytter.

Didrik Heggdal og hans medarbeidere har utviklet BET-metoden nettopp for å hjelpe dem som ikke fikk riktig hjelp tidlig nok. Når pasienter ankommer BET-seksjonen har de fått «all» annen behandling, uten å oppleve varig bedring. Det er derfor misvisende å kritisere BET for ikke å fange opp pasienter tidlig i forløpet – Det er rett og slett ikke denne metodens formål. BET er i stedet en siste mulighet for dem som har mistet håpet og som trenger en helhetlig og langsiktig behandling for å oppnå varig bedring. Å fjerne dette tilbudet på grunn av manglende tidlig intervensjon er som å slutte å tilby en spesialisert kreftbehandling fordi den ikke kan forebygge kreft – Det er å kreve noe av behandlingen som den ikke er ment å levere.

Når det kommer til samhandling med andre sykehusseksjoner og tjenester vil jeg kort få trekke frem min egen erfaring. Da jeg var 18 år og ble overført fra Blakstads akuttavdeling 2B til det som

den gang var intermedieæravdeling 3 ble psykologen min som hadde fulgt meg i tre år kalt inn til et møte. Beskjeden var at skulle jeg få behandling på Blakstad måtte jeg avslutte behandlingen hos psykologen min. Da jeg nektet, og heller ba om å bli skrevet ut valgte psykologen å avslutte behandlingen med meg. Noen måneder senere da jeg ble skrevet ut til egen bolig (min første leilighet) med oppfølging av hjemmetjenesten sto jeg altså helt uten behandling. Så godt fungerte altså samarbeidet med de kommunale tjenestene for meg.

Da jeg ble overflyttet fra den samme akuttavdelingen mange år senere, denne gangen fra skjermet enhet til BET-seksjonen, dukket faktisk den samme problemstillingen opp. BET-seksjonen ønsket ikke eksterne behandlere mens jeg fikk BET-behandling. Den nye psykologen min ble kalt inn til møte sammen med meg, der psykologene fikk snakke sammen rundt behandlingen og ble enige om at behandlingen hos psykologen som nå har fulgt meg i over 20 år fikk fortsette. Da jeg ble skrevet ut fra BET fikk jeg ettervern i seks mnd, og de deltok i tverrfaglige møter med psykisk helse, fastlege og psykolog ved utskrivelse. De har også hjulpet meg ved senere anledninger når jeg har trengt hjelp i møte med hjelpeapparatet.

Bærekraft og tvang

Nedleggelsen av BET-seksjonens seks døgnplasser er lagt frem som en del av PHRs handlingsplan knyttet til foretakets bærekraftsplan. Diskusjoner om bærekraft er ofte inspirert av FNs bærekraftsmål i følge snl.no. «Et av hovedprinsippene for bærekraftsmålene er at ingen skal utelates («Leave no one behind-prinsippet»). Derfor gjelder målene for alle, og har spesielt fokus på å inkludere sårbare og tidligere ekskluderte grupper...» FNs hovedmål 3. Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder.

Fra drøftingsnotatet kommer det frem at nedleggelse av BETs 6 døgnplasser kan spare helseforetaket for 5 millioner, før man trekker fra inntektene VVHF vil miste på gjestepasienter, og at antall døgnplasser på akutt-, sikkerhet- og alderspsykiatri skal økes. Dette er nødvendig fordi de i motsetning til de kommunale tilbudene har mulighet til å utøve tvang, som er begrunnelsen som gis for at pasienter ikke kan overflyttes til kommunale tjenester.

BET-seksjonen tar imot pasienter som i det ordinære psykiske helsevernet utsettes for utstrakt bruk av tvang. Allikevel har de så godt som eliminert behovet for å bruke tvang ved sin seksjon. I Likestillings og diskrimineringsombudets brev til Vestre Viken av 29.07.2024 kan vi lese følgende:

«Vi har merket oss at BET-seksjonen ved Blakstad sykehus i Vestre Viken HF har greid å tilby behandling tilnærmet uten bruk av tvang, overfor mennesker som ellers er utsatt for mye tvang, og svært hyppig bruk av tvangsmidler i behandlingen.

De som tas inn til behandling kan ha diagnoser innen kategorier som psykoselidelser og bipolare lidelser og være plaget av symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner og store stemningssvingninger, eller mer sammensatte tilstandsbilder preget av dissosiasjon, personlighetsproblematikk, selvskaading og selvmordsforsøk.

Evalueringsstudier viser etter det vi er kjent med at behandling ved BET-klinikken utmerker seg med positive effekter for pasientene, ved blant annet å bidra til mindre bruk av tvang i behandling og redusert bruk av psykiatiske legemidler. Denne tilnærmingen hjelper mange til å

skape seg et mer selvstendig og bedre liv. BET har gitt personer som har hatt omfattende psykososiale utfordringer og plager en mulighet til å til å leve selvstendig og være deltakere i samfunnet på en helt annen måte enn de kunne uten tilsvarende behandling»

De skriver også at det er enighet om at tvang kun skal benyttes når det er nødvendig som en siste utvei. For at tvang skal regnes som en siste utvei, må pasienter ha en reell tilgang på valgalternativer som innebærer frivillig behandling.

I følge lov om spesialisthelsetjenesten §2-1a annet ledd bokstav a-c skal tiltak med stor effekt i forhold til ressursbruk og tjenester som behandler pasienter med tilstander av høy alvorlighetsgrad prioriteres av de regionale helseforetakene.

I følge pasient- og brukerrettighetslovens § 2-2 har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen.

Vi frykter at en nedleggelse av BET-døgntilbudet skal føre til at alvorlig syke pasienter blir stående uten noe reelt alternativ til tvang og medisiner. Og at nedleggelsen vil ramme de pasientene som lider mest og som har lavest funksjonsnivå.

Det er på flere måter at å legge ned BET-seksjonens døgnplasser til fordel for flere plasser på akuttavdelinger og sikkerhetsseksjoner, ikke er bærekraftig. Spesielt når vi ser det i lys av FNs bærekraftsmål 3 om å sikre god helse og livskvalitet for alle. På den ene siden vil nedleggelsen kunne ekskludere sårbare grupper fra behandlingen, og med sårbare grupper mener vi dem som er for dårlige til å nyttiggjøre seg av polikliniske behandlingstilbud. Dette går direkte imot FNs prinsipp om «Leave no one behind». På den andre siden går man fra å forebygge tilbakefall og kriser hos de pasientene som er mest utsatt for gjentatte akutte innleggelsesforløp. Ved å styrke kapasiteten i akutt- og sikkerhetspsykiatri på bekostning av forebyggende og langsiktig behandling, som BET, vil man tvinge flere pasienter inn i akuttforløpene.

BET trekkes frem i FNs QualityRights som et av tre døgntilbud på sykehusnivå. Og behandlingen anbefales av Europarådet, WHO og FN.

BET og Økonomi

Kostnader ved behandlingen trekkes ikke frem som årsak til nedleggelse av døgnplassene. Er dette fordi BET er den mest kostnadseffektive avdelingen i VVHF PHR? Det skal spares 5 millioner på omorganiseringen, men det er før inntektene fra gjestepasienter trekkes fra innsparingen. Er det i det heletatt noen økonomisk besparelse ved å legge ned dette tilbudet? Jeg vil igjen trekke frem min egen historie for å illustrere.

En døgnplass på en akuttavdeling koster i dag antakelig omkring 14000kr pr døgn. Basert på en slik døgnpris ville bare min egen innleggelse i en akutt døgnpost i et år koster 5.1 millioner. Og jeg har vært innlagt i akutenheter i mye mer enn et år. La oss si at halvparten av mine liggedøgn i Vestre Viken har vært på en akutt plass, det vil si 1000 døgn x 14.000, altså 14 millioner kroner. De 5 millionene man her skal spare er fordelt på 6 døgnplasser altså er VVHFs utgifter på under 1 million pr døgnplass pr år. Dette er fordi enheten driver omfattende undervisningsvirksomhet og poliklinisk virksomhet ved siden av som i stor grad dekker inn utgiftene ved driften.

BET som poliklinisk tilbud

Bekymringene fra oss tidligere BET pasienter er mange når det kommer til å «omorganisere» BET til et poliklinisk tilbud. Det som trekkes frem i dialog mellom de tidligere pasientene er frykt for at en omorganisering vil føre til at fagmiljøet vil utvannes slik at den ikke forvaltes på en god måte med fare for at behandlingen gjør «vondt verre». Behandlingen er meget intensiv med terapi flere ganger om dagen, vi er bekymret for hvordan dette skal kunne praktiseres i en avdeling der bare en eller to senger er forbeholdt BET behandling. Flere uttrykker at det er viktig at pasientene får mulighet til å aktivt velge BET behandling, og at måten hele seksjonen er organisert på, rundt pasienten er viktig for behandlingen. Hvis dette forsvinner, forsvinner også et viktig element av behandlingen.

«Poliklinisk eller oppsøkende team ville ikke ha vært aktuelt for meg. Jeg var ikke i stand til å fungere utenfor sykehus da jeg begynte med BET behandling. Hvordan skal de sykeste pasientene kunne nyttiggjøre seg behandlingen hvis den er poliklinisk?» - Sitat tidligere BET pasient.

Jeg vil avslutte med en uttalelse som kommer felles fra oss tidligere BET-pasienter:

Vi er mange pasienter som nå kjemper for at døgnbehandlingen ved BET seksjonen må bestå. Vi er tidligere BET-pasienter som alle mener vi ikke ville fått en sjanse til å bli bedre om vi ikke hadde fått tilbud om BET-behandling i en døgnavdeling. Vi har alle fått mange ulike typer terapi og medikamentell behandling uten at noe nyttet eller gjorde oss bedre. Vi levde liv med invalidiserende symptomer og sterk psykisk smerte før vi fikk BET-behandling. Bedringen vi har opplevd ville ikke vært mulig uten BET-døgnbehandling. Vi ber om at Kirsten Hørthe, ledelsen ved Blakstad og styret i Vestre Viken lytter til oss som har slitt med psykiske helseutfordringer i mange år. Oss kronikerne som det ikke var håp for, men som nå har fått liv det går an å leve.

Vi vil være klare i vår tale:

«Nedleggelse av BET-seksjonens døgntilbud vil være en katastrofe for alle som trenger dette tilbudet - og vi er mange! Verken polikliniske eller ambulerende tjenester, og heller ikke øremerkede senger ved andre enheter er egnet til å dekke det behandlingstilbudet BET-seksjonen tilbyr.»

Hilsen

Vibeke Normann

Kreftsykepleier og tidligere BET-pasient