

Kommunalt nettverk for psykiske helsetjenester i Trieste, Italia

Kapittel i teknisk pakke i WHO-veilederen 2021 - «Omfattende nettverk av psykiske helsetjenester: Utvikling av personsentrerte og rettighetsbaserte tilbud».

Oversatt av WSO – We Shall Overcome wso.no

OBS: Denne oversettelsen er ikke laget av Verdens helseorganisasjon (WHO). WHO er ikke ansvarlig for innholdet eller nøyaktigheten av denne oversettelsen. Den engelske originalutgaven er den bindende og autentiske utgaven.

Lenke til WHO – veilederen inkludert de syv tekniske pakkene:

<https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services>

Innholdsfortegnelse

Kommunalt nettverk for psykiske helsetjenester i Trieste, Italia	1
<i>Innholdsfortegnelse</i>	<i>2</i>
<i>Referanser</i>	<i>2</i>
Kontekst	3
Beskrivelse av tjenestenettverket for psykisk helse.....	3
Elementer i nettverket for psykiske helsetjenester	4
<i>Kommunale sentre for psykisk helse (CMHC)</i>	<i>4</i>
<i>Allmennpsykiatriske tjenester og enheter på sykehus (GHPU).....</i>	<i>5</i>
<i>Støttetjenester og initiativer for inkludering i samfunnet</i>	<i>5</i>
Personlig tilpasset helsebudsjett	6
Botilbud med støtte	6
Sosiale virksomheter (kooperativer).....	7
Andre aktiviteter som gjennomføres gjennom Rehabiliterings- og bostøttetjenestene	8
Kjerneprinsipper og verdier som ligger til grunn for tjenesten	8
<i>Respekt for rettslig handleevne</i>	<i>8</i>
<i>Alternativer til tvang.....</i>	<i>9</i>
<i>Inkludering i lokalsamfunnet</i>	<i>10</i>
<i>Deltakelse.....</i>	<i>11</i>
<i>Recovery-tilnærming.....</i>	<i>11</i>
Evaluerings av tjenesten.....	12
<i>Kostnader og kostnadssammenligninger</i>	<i>12</i>
Utfordringer og løsninger.....	13
<i>Overvinne arven fra institusjonaliseringen</i>	<i>13</i>
<i>Endring av institusjonskultur og maktforhold</i>	<i>14</i>
<i>Å utfordre den sykdomsorienterte ideologien</i>	<i>14</i>
<i>Opprettholdelse av fremskrittene.....</i>	<i>14</i>
<i>Støtte de ansatte i perioder med endringer</i>	<i>14</i>
Viktige hensyn i ulike sammenhenger	15
Ytterligere informasjon og ressurser.....	15

Referanser

Tallene i parentes refererer til referansene som finnes helt til slutt i den tekniske pakken om krisetjenester innen psykisk helse.

Den kan lastes ned her: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025844>

Kontekst

Trieste er en by med ca. 236 000 innbyggere (16) og hovedstaden i den autonome regionen Friuli Venezia Giulia nordøst i Italia. En dyptgripende omlegging av det psykiske helsevernet i Trieste startet på 1970-tallet (17) med nedleggelsen av det gamle San Giovanni-asylet, der 1200 mennesker var innlagt. Historisk sett var de italienske reformene en del av en sosial bevegelse for å oppnå menneskerettigheter i hele det italienske samfunnet. I Trieste ble frihet og menneskerettigheter en sentral del av det psykiske helsearbeidet, blant annet ved at folk ble flyttet fra institusjonene og ut i samfunnet. Den psykiatriske institusjonen ble erstattet av et nettverk av kommunale tjenester, noe som medførte store endringer i tildeling og bruken av budsjetter (17-21).

I dag er det å fremme medborgerskap for mennesker med psykiske lidelser og psykososiale funksjonsnedsettelse fortsatt et viktig og sentralt element i det psykiske helsearbeidet. For å unngå fragmentering koordineres alle tjenester av Department of Mental Health (DMH), som er ansvarlig for budsjettering, planlegging og levering av tjenester (22). I 2020 ble et nyopprettet helseforetak, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, den juridiske enheten med ansvar for Trieste og nabolaget Gorizia. Selv om det er en felles tilnærming mellom de to geografiske områdene, fokuserer tjenestebeskrivelsen nedenfor på Trieste slik den utviklet seg frem til etableringen av den bredere organisasjonen i 2020.

Beskrivelse av tjenestenettverket for psykisk helse

Innenfor det kommunale psykiske helsesystemet i Trieste er det utviklet en "hele personen, hele systemet, hele lokalsamfunnet"-tilnærming til psykisk helsearbeid, som legger stor vekt på å samarbeide med lokalsamfunnet for å utvikle et fullt integrert støttesystem med åpne dører og uten tvang. Det legges vekt på menneskerettigheter (inkludert tiltak for å fremme sosial inkludering) og deltakelse i lokalsamfunnet for å unngå institusjonalisering og sikre at folk kan leve sine liv i lokalsamfunnet. Dette er oppnådd gjennom aktivt engasjement og samarbeid med helse- og velferdstjenestene, rettsvesenet, kulturinstitusjonene, regionale og kommunale myndigheter og andre samfunnsorganisasjoner for å styrke byens sosiale kapital. Utviklingen av et bredt partnerskap med likepersoner, ansatte, studenter, frivillige, familiemedlemmer og sosiale nettverk har også fremmet en "hele livet"-tilnærming. Avdeling for psykisk helse koordinerer disse partnerskapene, som styres av viktige operasjonelle prinsipper:

- ta ansvar for den psykiske helsen i lokalsamfunnet
- aktivt engasjement og lydhørhet (det finnes ingen ventelister)
- høy tilgjengelighet til tjenesten
- kontinuitet i omsorgen
- rask respons på kriser i lokalsamfunnet
- helhetlig omsorg
- fokus på teamarbeid og deltakelse fra interessenter (23).

Elementer i nettverket for psykiske helsetjenester

Kommunale sentre for psykisk helse (CMHC)

Community Mental Health Centres (CMHC) er den primære inngangen til det psykiske helsevesenet. Det er fire CMHC-er i Trieste, og hver av dem betjener et nedslagsfelt på mellom 50 000 og 70 000 mennesker. Hvert CMHC har et team på ca. 20-22 sykepleiere og hjelpepleiere, pluss sosialarbeidere, psykologer, rehabiliteringsspesialister og psykiatere. To ansatte er til stede om natten.

Teamene ved sentrene er tverrfaglige og arbeider fleksibelt og svært mobilt. De ansatte er involvert i å yte omsorg, gi støtte til koordinering av tjenester og fremme tilfriskning ved å sette folk i kontakt med ulike tiltak, tjenester og muligheter i samfunnet. Det overordnede målet er ikke bare å gi behandling og omsorg innenfor en menneskerettighetsramme, men også å fremme sosial integrering og inkludering (24).

Hvert CMHC har seks sengeplasser (unntaket er Monfalcone, som har åtte sengeplasser). De er åpne 24 timer i døgnet og tar imot alle henvisninger. De som overnatter, kalles "gjester" og ikke "pasienter" (24), og de oppfordres til å fortsette å delta i pågående aktiviteter i lokalsamfunnet. De kan ta imot besøkende etter eget ønske på uformell basis. CMHC-ene tilbyr også oppsøkende virksomhet for personer som har behov for kontinuitet i omsorgen og langsiktig støtte. Omtrent 50 % av teamets arbeid foregår på sentrene og 50 % ute i lokalsamfunnet.

Mellom kl. 08.00 og 20.00 har CMHC-sentrene en "walk-in"-tjeneste. Alle som kommer inn eller ringer til et CMHC, får rask respons, vanligvis innen én til to timer. De ansatte har et turnussystem som sikrer at det alltid er et teammedlem tilgjengelig. Det finnes ingen venteliste.

En typisk dag innebærer et møte kl. 08.00 der teamet organiserer dagens struktur med planlagte aktiviteter og eventuelle nye prioriteringer. Det settes av tid til gjestene som oppholder seg i tjenesten. De daglige aktivitetene omfatter polikliniske besøk, medisinerings, uformell kontakt/samtaler, gruppemøter og felles lunsj og middag. Det er morgenmøte med gjestene (for informasjon, orientering og samtale). Ansatte som ikke er involvert i CMHCs interne aktiviteter, utfører planlagte hjemmebesøk for å gi støtte eller for å følge personer til CMHC for dagbehandling. Noen ledsages til legebesøk, og andre ledsages for eksempel til dagliglivets gjøremål, som å hente ut pensjon, gå i banken, gå til politistasjonen, møte opp på arbeidsplassen osv. På ettermiddagen er det vaktskifte, og de nye medarbeiderne kan omorganisere aktivitetene hvis det dukker opp nye prioriteringer i løpet av dagen.

Det primære målet er å skape og opprettholde et terapeutisk, men samtidig uformelt og vennlig miljø. Konseptene "å gjøre med" og "å være med" er retningsgivende for samspillet mellom ansatte og gjester. Inntaksvurderingen er problembasert snarere enn diagnosebasert, og førstehåndsfortellinger brukes for å forstå folks livshistorie og omstendigheter. Hvis en person som bruker tjenesten, eller deres omsorgspersoner, anser et problem som presserende, blir det behandlet som en prioritet. Formaliteter holdes til et

minimum. Den første kontakten med en person skjer ofte ute i samfunnet, som oftest i personens eget hjem. I slike tilfeller utnevnes det raskt en nøkkelmedarbeider, og det tas kontakt med familien og personens sosiale nettverk. Teamet arbeider også med å megle og løse eventuelle konflikter som oppstår i nettverket, der det er mulig, men personens autonomi respekteres til enhver tid.

Den raske responsen på kriser i lokalsamfunnet fører til svært få sykehusinnleggelser i Trieste. Hvis en person i krise ikke kan få støtte hjemme, kan vedkommende tilbringe en kort periode på CMHC som korttidsgjest. Tilbudet om kontinuerlig støtte og omsorg, og vektleggingen av diskusjon og felles beslutningstaking, gjør at man som regel unngår tvangsinnleggelser. Langsiktig oppfølging og støtte er alltid tilgjengelig.

CMHC-sentrene og -teamene tilbyr følgende tjenester (25):

- overnattings- og omsorgstilbud
- dagtilbud
- poliklinisk tjeneste
- hjemmebehandling via hjemmebesøk
- kriseintervensjon i hjemmet, i nærmiljøet eller på CMHC
- individuell terapi og gruppeterapi
- medisinerings
- psykososial støtte og arbeid med sosialt nettverk
- psykososial rehabilitering
- støtte til bofellesskap
- støtte til utdanning, kulturaktiviteter, yrkesopplæring og arbeidspraksis
- sosiale aktiviteter, selvhjelp og fritidsaktiviteter.

Allmennpsykiatriske tjenester og enheter på sykehus (GHPU)

I Trieste finnes det en allmennpsykiatrisk sykehusenhet (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) med seks sengeplasser, som er den andre inngangen til den psykiske helsetjenesten. Denne enheten dekker både Trieste og Gorizia, et område med ca. 375 000 innbyggere. Den brukes hovedsakelig til akuttbehandling om natten. Personene er vanligvis innlagt i mindre enn 24 timer og blir henvist til CMHC i sitt eget område så raskt som mulig, slik at de kan overføres til behandling i lokalsamfunnet. Teamet på sykehuset består av to psykiatere, hvorav den ene er enhetens leder, og ca. 16 sykepleiere. Teamet ved GHPU har også en kontakttjeneste til sykehuset, og det meste av arbeidet foregår i akuttmottaket.

Støttetjenester og initiativer for inkludering i samfunnet

Nettverket for psykisk helsearbeid i Trieste har et omfattende sett med rehabiliterings- og botilbud som samarbeider med et bredt spekter av ideelle organisasjoner, som sosiale kooperativer, frivillige og sosiale foreninger, inkludert foreninger for likepersoner og omsorgspersoner, for å tilby et omfattende sett med tiltak som skal sikre at folk kan leve livet sitt i frihet og med en følelse av verdighet. Rehabiliterings- og bostøttetjenestene samarbeider med sosiale kooperativer for å sikre tilgang til støttet bolig, inkludert Trieste Recovery House og andre typer boliger, som implementeres gjennom det personlige

helsebudsjettet. Målet med disse programmene er å sikre full inkludering og deltakelse i samfunnet for personer med psykiske lidelser og psykososiale funksjonsnedsettelse.

Personlig tilpasset helsebudsjett

Det personlige helsebudsjettet er hovedsakelig beregnet på personer med sammensatte behov og yngre personer som antas å ha størst nytte av et svært individuelt tilpasset program. Det tar for seg sosiale faktorer og andre utfordringer som kan ha stor innvirkning på personen. Det utarbeides en plan som inkluderer personens identifiserte mål, og som diskuteres og avtales i samarbeid med personen og noen ganger med familien. Sistnevnte involveres bare med personens tillatelse.

Finansieringen av det personlige helsebudsjettet kommer fra budsjettet for psykisk helse og noen ganger fra velferdsbudsjettene. Flere kooperativer bidrar til planleggingen og gjennomføringen av behandlingen. Typiske områder som dekkes, er bolig, utdanning, opplæring, sysselsetting og sosiale relasjoner (26). Programmet omfatter ca. 160 personer i Trieste hvert år. Disse "personlige helsebudsjettene" (budget individuali di salute) støtter noen av følgende programmer.

Botilbud med støtte

Botilbud med støtte tilbys i flere små leiligheter som hver har plass til opptil fem personer, eller i folks egne hjem. Disse ordningene gir plass til 42 personer til enhver tid, og ca. 100 personer hvert år. Personalet i de sosiale kooperativene gir fleksibel støtte etter behov, også på heltid. De samarbeider med CMHC-ene for å sikre kontinuitet i pleie og behandling og et selvstendig liv.

Trieste Recovery House åpnet i 2015 og er et boligprosjekt som drives gjennom helsebudsjettprogrammet som et samarbeid mellom Trieste Mental Health Department og et sosialt kooperativ, og har plass til fire til seks personer, vanligvis for en periode på seks måneder. Det er åpent for personer i alderen 18-35 år som har hatt betydelig kontakt med den psykiske helsetjenesten og som er interessert i en recovery-prosess¹. De viktigste driftsprinsippene er

1. demokrati, selvbestemmelse og frigjøring ("ingenting om meg uten meg"),
2. ressurs- og styrkebaserte tilnærminger,
3. en tilnærming som tar utgangspunkt i hele personen og hele livet,
4. anerkjennelse av ekspertene med levd erfaring,
5. dialogiske møter og
6. et felles læringsmiljø (27).

Sosiale virksomheter (kooperativer)

Den psykiske helsetjenesten samarbeider med et nettverk av ca. 15 sosiale kooperativer (28-32) i Trieste. Noen av kooperativene står for driften av sosiale helse- og utdanningstjenester. De samarbeider tett med de ansatte fra CMHC-teamene og tilbyr for eksempel de tidligere nevnte botilbudene. Andre kooperativer driver med ulike aktiviteter (landbruk, industri, handel og service) og har som hovedmål å opprettholde sysselsettingsmulighetene for folk. I disse sosiale kooperativene må minst 30 % av de ansatte være "vanskeligstilte", som behandles på lik linje med de andre ansatte (33, 34).

Disse kooperativene tilbyr jobbmuligheter og utdanning/yrkesopplæring og sysselsetter ca. 800 personer i Trieste. I 2018 var det 292 praktikanter som mottok arbeidsstipend (35). I årenes løp har arbeidet omfattet et bredt spekter av aktiviteter som renhold, bygningsvedlikehold, transport, kafeteriaarbeid, catering, hotell- og restauranttjenester, drift av et badeanlegg, hagearbeid, håndverk, foto-, video- og radioproduksjon, datatjenester, serigrafi, administrative tjenester og personlige tjenester (23).

Et eksempel på dette er Tritone Hotel i Trieste, en bolig med utsikt over havet som i sin helhet drives av et sosialt kooperativ, hovedsakelig bestående av brukere av tjenester fra Triestes avdeling for psykisk helse, og Strawberry Fields Café (Il Posto delle Fragole), en travel restaurant som drives av brukere av tjenester innen psykisk helse. Kafeene i operahuset i Trieste, den offentlige radiostasjonen, et historisk badehus og alle museer og offentlige hager har minst en tredjedel av de ansatte ansatt gjennom kontrakter med sosiale kooperativer bestående av brukere av psykiske helsetjenester (30, 32, 36, 37).

I tillegg til kjernetjenestene som er beskrevet ovenfor, har Trieste også flere målrettede programmer som leveres i samarbeid med de andre helsedistriktsteamene i det største helseforetaket, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina.

Disse omfatter blant annet:

- en tjeneste for barn og unge som omfatter kriseomsorg gjennom et dagsenter med terapeutiske grupper, psykoedukasjon, sosiale aktiviteter og hjemmebesøk;
- en tjeneste for tidlig intervensjon ved psykose hos ungdom og unge voksne;
- en tjeneste for unge med spiseforstyrrelser;
- koordinert omsorg for personer med både fysiske og psykososiale funksjonshemminger;
- koordinering av omsorg for eldre med behov for hjemmehjelp og på sykehjem (personer med kognitiv svikt og demens);
- tett støtte til fastleger i arbeidet med å gi omsorg til personer med psykiske lidelser eller som har fått en psykisk diagnose;
- forbedring av omsorgen for personer med psykiske lidelser og rusproblemer (koordinert gjennom felles individuelle planer);
- arbeid i fengsler og med domstolen for personer som står for retten eller er dømt; og

- arbeid med familier (et psykoedukativt program med 10 møter/moduler, selvhjelpsgrupper og opplæringskurs for en lokal pårørendeforening).

Andre aktiviteter som gjennomføres gjennom Rehabiliterings- og bostøttetjenestene

Rehabiliterings- og bostøttetjenestene organiserer andre aktiviteter på en rekke steder for å fremme sosial deltakelse. Aktivitetene drives av frivillige foreninger, inkludert organisasjoner av likepersoner og omsorgspersoner, og fokuserer på definerte områder som velvære, fysisk helse og idrett, sosial deltakelse, selvhjelp og likepersonsstøtte, kunstuttrykk og tiltak mot stigmatisering, kjønnsprogrammer, inkludert kultur, og arbeidstrening og utplassering. Aktivitetene er organisert i sosiale rom i byen og har form av klubber. Fire av de organiserte aktivitetene/klubbene, deriblant et treningsstudio, tilbys av Department of Mental Health, og aktivitetene samorganiseres av foreningene. Fire andre organiserte aktiviteter/klubber drives direkte av foreningene selv. Personlige helsebudsjetter kan brukes til å organisere et svært individuelt tilpasset aktivitetsprogram som er tilpasset den enkeltes spesifikke behov.

Kjerneprinsipper og verdier som ligger til grunn for tjenesten

Respekt for rettslig handleevne

Helt fra starten av reformene på 1970-tallet har fokuset i Trieste vært på å fremme autonomi, uavhengighet og respekt for den enkeltes evne til å ta egne beslutninger. Dette gjenspeiles i vektleggingen av "medborgerskapets rettigheter" (23). Det er en eksplisitt forpliktelse til informert samtykke og andre forpliktelser i en rettighetserklæring som tjenesten innførte i 1995. De som jobber i Department of Mental Health, går ikke i uniform og arbeider for å minimere barrierer og hierarkier mellom seg selv og de menneskene de gir omsorg og støtte til. Alle tjenester har en åpen dør-politikk, og folk kan gå inn og ut uten fysiske barrierer som låser, nøkler eller koder.

Tjenestene i Trieste og Gorizia bruker begrepet "gjestfrihet". Det betyr at brukerne av tjenesten oppfordres til å opprettholde kontakten med sitt vanlige liv så mye som mulig mens de oppholder seg på senteret, og at de også kan delta i senterets daglige aktiviteter hvis de ønsker det. Ansatte på senteret, folk som jobber i kooperativene, frivillige, omsorgspersoner og likepersoner er alle til stede på senteret på dagtid, og alle som oppholder seg der, kan sosialisere og samhandle så mye de ønsker. "Gjester" som er i krise på et av sentrene, blir gjort oppmerksomme på at de har rett til å forlate senteret hvis de ønsker det, for å gå ut på kafé eller gå en tur. Selv om det ikke finnes noen spesifikke regler for dette, blir gjestene bedt om å gi beskjed til personalet om hvor de skal og når de kommer tilbake. Personalet forhandler med gjestene om hvorvidt de kan dra på tur uten følge eller om de trenger aktiv støtte fra personalet, en pårørende, en frivillig eller en likeperson.

Det legges vekt på å diskutere beslutninger om alt, og den daglige omsorgsplanen justeres i henhold til personlige behov, vilje og preferanser. Hvis en gjest som befinner seg i en alvorlig krise, ønsker å forlate stedet og gi opp alle former for omsorg, forhandler personalet om en plan for sikkerhet. Dette kan til slutt føre til en juridisk beslutning om å søke om tvangsbehandling som siste utvei, etter flere forsøk og tilbud om alternativer.

Personer som bruker tjenesten rutinemessig, administrerer sine egne medisiner når det er mulig. Flere henter medisinene sine på senteret og tar dem med seg hjem. De, sammen med omsorgspersoner eller støttespillere, kan delta i diskusjonsgrupper og informasjonsmøter knyttet til behandlingene som brukes. Virkninger og bivirkninger av de ulike medisinene blir nøye forklart. Det gis også skriftlig informasjon i form av brosjyrer. På denne måten får folk hjelp til å ta informerte beslutninger om medisiner og andre tiltak (38).

Personlige omsorgsplaner utarbeides med aktiv deltakelse fra personen og nettverket, og i tillegg til kliniske tiltak tar de utgangspunkt i personens individuelle livssituasjon og kan dekke alle relevante behov, fra personens bosituasjon, inkludert reparasjoner i hjemmet, vedlikehold, rengjøring eller leting etter en mer egnet bolig, til personlig økonomi - for eksempel behov for kontantstøtte, bruk av senterets safe, midlertidig daglig økonomistyring eller støtte til å opprettholde leieforhold. Den personlige omsorgsplanen omfatter også aspekter knyttet til personlig hygiene, som klesvask, personlig renhold og hårstell, samt meningsfulle aktiviteter, utdanning, yrkesopplæring, arbeidsmuligheter (for eksempel enkle oppgaver på senteret eller utplassering i et arbeidskooperativ eller på det åpne markedet) og fritid, inkludert workshops i drama, kunst, musikk og håndarbeid, besøk på treningssentre, dagsturer, ferier, fester, kino- og teaterturer (24).

Disse planene omfatter også de beste måtene å unngå tilbakefall på, og personens ønsker i krisesituasjoner, inkludert hvor vedkommende ønsker å motta behandling. Det anbefales vanligvis at personen skal holde kontakt med tjenesten og ringe umiddelbart ved behov (f.eks. under en stressende hendelse). Planene inneholder også en forhandlet oversikt over hvilke medisiner personen skal ta.

Formaliserte forhåndserklæringer (39) brukes ikke rutinemessig. Hvis en person anses å ha nedsatt beslutningskompetanse, gjelder bestemmelsene i lov 6/2004 om juridisk representasjon, og en støtteadministrator (eller juridisk fullmektig: vanligvis en betrodd person, en slektning eller en venn) kan oppnevnes av en verge. Dette er ikke ensbetydende med støttet beslutningstaking, ettersom denne personen kan påta seg en mer vergeaktig rolle og ta beslutninger for personen i stedet.

Alternativer til tvang

Tjenesten har som mål å unngå alle former for institusjonalisering (som psykiatrisk sykehusinnleggelse, fengselsinnleggelse, rettsmedisinske avdelinger og aldershjem) og alle typer tvangsinngrep. Noen ganger brukes imidlertid ufrivillig behandling (trattamento sanitario obbligatorio) i henhold til italiensk lov.

Det aller meste av behandlingen, omsorgen og støtten er frivillig, og den gjennomsnittlige oppholdstiden i enten CMHC eller GHPU er kort (gjennomsnittlig 13,8 dager for førstnevnte og 1,7 dager for sistnevnte (40)). "Gjestfriheten" i CMHC er imidlertid uformell og fleksibel, og kan ved behov vare i uker eller måneder inntil en annen løsning eller innkvartering er mulig. Det er en eksplisitt policy om "åpen dør - ingen tvang" i både CMHC og GHPU (16, 23, 41), og personalet er opplært i bruk av dialog, deeskaleringsstrategier og personlig støtte til stressede gjester for å unngå konfrontasjon og bruk av tvang. De ulike stedene i CMHC:

kjøkken, hage, personlige rom brukes til deeskalering, og skjerming har ikke vært brukt siden det psykiatriske sykehuset ble nedlagt.

I 2019 var frekvensen av ufrivillig behandling 8,11 per 100 000 innbyggere i Trieste (42), sammenlignet med 15 per 100 000 i 2017 for hele Italia (43). Det er verdt å merke seg at Italia har den laveste frekvensen av tvangsinnleggelses av alle de undersøkte landene i Europa (44). I situasjoner der tvangsbehandling brukes i henhold til loven, når alle forsøk på å gi behandling med samtykke har mislyktes, må det begjæres av to psykiatere og godkjennes av borgermesteren, som er byens øverste myndighet med ansvar for folkehelsen. Disse tvangsinnleggelsene varer i utgangspunktet i syv dager. Det er et særtrekk ved Trieste (og regionen) at tvangsinnleggelses hovedsakelig skjer på psykiatriske sykehus, der prinsippet om "åpen dør" fortsatt gjelder. Tvangsbehandling kan forlenges med perioder på sju dager i flere omganger, men kan også trekkes tilbake etter noen få dager (33) hvis det oppnås samtykke til behandling.

Når en person mottar tvangsbehandling, er det flere ansatte i CMHC, slik at det alltid er to eller tre personer tilgjengelig (hovedsakelig ansatte, men også sosialarbeidere, likepersoner, omsorgspersoner eller frivillige) for å møte behovene til en person i krise. Det praktiseres derfor tett, personlig (en-til-en) omsorg. Pårørende kan også involveres slik at personen beholder mest mulig kontakt med dagliglivet. Personen kan til og med fortsette å ta turer til byen hvis dette er avtalt, men i forbindelse med tvangsbehandling er det alltid noen som følger personen. Tjenesten tar sikte på å imøtekomme personens behov i stedet for å opptre som en "vokter".

I et begrenset antall tilfeller involveres politiet for å hjelpe til og håndtere situasjonen, noe som er et lovpålagt krav når det er snakk om umiddelbar risiko og behov for beskyttelse av sikkerhet og helse. Rettsmedisinske sykehus ble stengt i Italia i 2015 (41), men Trieste hadde ikke sendt noen til disse institusjonene på 40 år. Etter at de ble stengt, ble de erstattet av "boliger for sikkerhetstiltak" (45). I regionen Friuli Venezia Giulia ble det besluttet å opprette to sikkerhetssenger på tre steder (provinsene Trieste, Udine og Pordenone) i stedet for én enhet. Fra og med 2015 har imidlertid bare én person fra Trieste vært innkvartert i en slik enhet.

Inkludering i lokalsamfunnet

Tjenesten i Trieste har oppnådd en betydelig grad av integrering av psykisk helse med andre samfunnsbaserte tjenester, inkludert bolig, arbeid og utdanning. Departementet for psykisk helse samarbeider tett med alle helse- og velferdstjenestene og finansierer direkte en lang rekke uavhengige partnere i den ideelle sektoren, som for eksempel sosiale foretak, kooperativer og frivillige foreninger. Selv når de er i krise, oppfordres de som bor på CMHC, aktivt til å opprettholde sine vanlige daglige aktiviteter i lokalsamfunnet. For personer med sammensatte behov kan de personlige planene som følger med et personlig helsebudsjett, brukes kreativt for å bidra til selvstendighet og inkludering i samfunnet.

Gjennom en rekke programmer som er utviklet i lokalsamfunnet, får brukerne av tjenesten tilbud om å delta i et bredt spekter av aktiviteter, inkludert sport, fritid, velvære, skriving, film, museer og andre kulturelle aktiviteter. Foreninger og kulturorganisasjoner arrangerer

ulike utdannings- og opplæringskurs i språk, egenomsorg, sosial identitet og ulike aspekter ved samfunnslivet. Gjennom disse ulike aktivitetene kan folk oppleve gjensidige relasjoner og nye sosiale roller. Dette oppnås også gjennom arbeidstrening og arbeidspraksis, og arbeid i sosiale kooperativer.

Deltakelse

Reformene i Trieste har alltid vært opptatt av å styrke tjenestemottakernes medbestemmelse, og brukerne av tjenestene er involvert i planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenestene (23). Gruppelederne får betalt for arbeidet sitt.

Et eget kontor i helseforetaket tar imot tilbakemeldinger og klager fra brukerne av tjenestene, og brukerne kan også be om å få møte direktøren for den psykiske helsetjenesten. Det finnes også en deltakende komité som representerer synspunktene til brukere og omsorgspersoner og deres organisasjoner, samt en representant for sosiale kooperativer.

Recovery-tilnærming

Tjenestenettverket i Trieste har forsøkt å ta hensyn til personens behov for "hele livet" i stedet for bare å fokusere på diagnosen, og har forsøkt å fremme frihet, særlig fra institusjonsopphold eller forvaring, som et terapeutisk prinsipp. Fokus på personlig autonomi, medborgerskap og menneskerettigheter er grunnleggende elementer i tilnærmingen "hele personen, hele systemet, hele samfunnet" som brukes i Trieste (46).

De personlige omsorgsplanene som utarbeides sammen med brukerne, inneholder eksplisitte recovery-mål (26) og gir brukerne mulighet til å utforske sine ønsker som grunnlag for et individuelt program eller et helt "livsprosjekt". De kan få hjelp med penger, arbeid, opplæring, utdanning, bosted, aktiviteter og relasjoner når det er nødvendig.

Recovery-tilnærmingen i Trieste Mental Health Service Network er basert på følgende idealer.

- Holistisk: Tjenestene fokuserer på verdier og prinsipper snarere enn på diagnostiske klassifikasjoner og behandlingsmetoder. Tjenestene forsøker å ta hensyn til "hele personen" og vedkommendes ulike behov, ikke bare den diagnostiske merkelappen.
- Helhetlig/systemorientert: Oppmerksomheten rettes mot kontekstuelle spørsmål, og tjenestene forsøker å samarbeide med personens familie og sosiale nettverk når det er hensiktsmessig.
- Rettighetsbasert: Oppmerksomheten rettes mot medborgerskap, deltagelse og sivile rettigheter (både juridiske og sosiale), for eksempel retten til sosialt meningsfylt arbeid (33).

I løpet av det siste tiåret har det vært en vedvarende innsats for å innlemme en åpenbar recovery-filosofi i alle aspekter av tjenesten. En Recovery Research Group utarbeidet et Recovery Charter i 2014 (47), som ble utarbeidet på grunnlag av fokusgrupper med personer

i alle de fire CMHC-ene i Trieste og involverte ca. 100 personer, hvorav de fleste var personer med egenerfaring (48).

Evaluering av tjenesten

Endringene i Trieste har vært betydelige siden reformene ble iverksatt på 1970-tallet. Fra 1971 til 2018 (49) ble antall sengeplasser redusert fra 1160 til 219 (40), mens antall personer som ble behandlet i tjenesten, har økt fra 1160 til 4800 i samme periode (35).

Selvmondsraten har også falt fra 25 per 100 000 innbyggere i perioden 1971-1994 til 13 per 100 000 i 2015 (46). Antall personer som hvert år blir tvangsbehandlet, har sunket fra 150 i 1971 til 18 i 2019 - en rate på 8,11 per 100 000 innbyggere (40). Antall personer innlagt på rettsmedisinske sykehus i Trieste har falt fra 15 i 1977 (49) til null i 2006 (46) og fremover.

Flere studier har evaluert nettverket av psykiske helsetjenester i Trieste og overgangen fra asyl til samfunnsbasert omsorg i byen. Den første oppfølgingsstudien etter reformloven (1983-1987) viste bedre resultater for 20 pasienter med schizofrenidiagnose i Trieste og Arezzo sammenlignet med 18 andre italienske sentre (50). Videre viste en studie av 27 "høyprioriterte brukere" at det var en høy grad av sosial bedring ved fem års oppfølging. Det ble også funnet en betydelig symptomreduksjon på ca. 20 % og en markant forbedring av sosial fungering (skåren økte med 50 %). Ni personer fikk konkurransedyktige jobber, 12 ble selvstendige, og et mål på udekkede behov ble redusert fra 75 % til 25 %. Antall innleggelsesdager ble også redusert med 70 %, og bare én person droppet ut (51).

En nasjonal undersøkelse som ble gjennomført i 13 sentre, viste at kriseomsorgen som ble gitt av CMHC-sentrene som var åpne 24 timer i døgnet, syv dager i uken, resulterte i raskere kriseløsning, forebygging av fremtidige tilbakefall og bedre kliniske og sosiale resultater ved toårsoppfølging (52-54). Dette understreket også viktigheten av tillitsfulle terapeutiske relasjoner, kontinuitet og fleksibilitet i behandlingen og et helhetlig tilbud. Fra 1984 til 2005 ble det også rapportert en reduksjon på 50 % i antall akuttinnleggelse på sykehusets akuttmottak (24). Etterlevelsen av antipsykotisk medisinerings var 75 % (55), noe som ble tilskrevet den helhetlige behandlingstilnærmingen med utvikling av gode terapeutiske relasjoner, involvering av det sosiale nettverket og oppmerksomhet på kontekstuelle faktorer knyttet til filosofien "hele personen, hele systemet, hele lokalsamfunnet" (38, 55).

Kvalitativ forskning har også blitt brukt til å studere tjenestenettverket i Trieste, basert på analyse av recovery-historier fra et narrativt perspektiv (56). En internasjonal forskergruppe pekte på de viktige sammenhengene mellom recovery, sosial inkludering og levd medborgerskap (57-61). Det ble rapportert om høy brukertilfredshet de første årene etter reformen (62), og en undersøkelse utført i forbindelse med en universitetsavhandling viste at 83 % av brukerne var fornøyde med CMHC-enes arbeid ([ZanelloLE], [Università degli Studi di Trieste], upubliserte observasjoner, [2006]).

Kostnader og kostnadssammenligninger

Budsjettet for den psykiske helsetjenesten er i stor grad rettet mot tiltak i lokalsamfunnet (94 %), og bare en liten andel går til GHPU (6 %). Det er anslått at de årlige kostnadene for

tjenesten i Trieste i 2018 var ca. 80 euro per innbygger (23) (94 USD), noe som utgjorde 16,7 millioner euro (ca. 19,6 millioner USD). Det er beregnet at kostnadene for avdelingen for psykisk helse i 2019 utgjorde 37 % av kostnadene for det gamle psykiatriske sykehuset (35). Dette utgjør ca. 4 % av det totale helsebudsjettet i Trieste.

Tjenesten betales av det nasjonale helsevesenet, som er offentlig finansiert. Et regionalt budsjett som gis til helsevesenet, overføres deretter til Mental Health Department, basert på historiske utgifter. Dette forhandles i henhold til tildelte og avtalte mål.

Som i hele Italia er privat behandling tilgjengelig for personer som har forsikring eller som kan betale selv. Omsorg tilbys også gratis av private godkjente leverandører og refunderes av det nasjonale helsevesenet. All privat behandling i Trieste er imidlertid "kontorbasert" (konsultasjon, psykoterapi, medisiner), og det finnes ingen private sykehus.

Utfordringer og løsninger

Overvinne arven fra institusjonaliseringen

Siden begynnelsen av 1970-tallet har utviklingen i det psykiske helsevesenet i Trieste vært drevet av et ønske om å overvinne arven fra institusjonaliseringen (19). Et av hindrene for avinstitusjonalisering var det rådende synet på "ute av syne, ute av sinn", som førte til det psykiatriske sykehusets dominans og tilhørende maktubalanse, menneskerettighetsbrudd og sosial ekskludering.

Helt fra begynnelsen av var den politiske støtten fra lokale og regionale myndigheter og deres politikk svært viktig i Trieste. Andre innflytelsesrike faktorer (63) i Trieste-tilnærmingen var: samarbeid mellom fagfolk, administratorer, brukere av tjenesten og deres støttespillere og omsorgspersoner, samt flere aktører utenfor institusjonen (frivillige, kunstnere, aktive borgere, familier, intellektuelle, ideelle organisasjoner); myndiggjøring av brukerne av tjenesten og involvering av familiene (64). Utviklingen av en tverrprofesjonell teamtilnærming med oppgavedeling og vektlegging av viktigheten av fleksibilitet når det gjelder yrkesroller og innsats var også viktige faktorer som påvirket den profesjonelle arbeidsstyrken, sammen med investering i en helhetlig tilnærming som bidrar til å overvinne motstand mot endring, og store investeringer i opplæring, motivasjon og faglig utvikling av personalet (23).

Trieste har også valgt en tverrsektoriell tilnærming til sosial omsorg, der man tar for seg personlige og daglige behov (f.eks. bolig, inntekt, utdanning, sosial inkludering osv.) og sosiale determinanter for psykisk helse. Noen av de viktigste faktorene er imidlertid å arbeide aktivt for å forebygge innleggelse på sykehus, å ha en personsentrert tilnærming som integrerer helse- og sosialomsorg (36), og å ta i bruk en definert organisasjonsmodell basert på et nettverk av tjenester, der det viktigste referansepunktet er tjenestene ved de døgnåpne sentrene for psykisk helse, som har svært få sengeplasser og ledes av ett omfattende team.

Siden Trieste ble utpekt som WHO's pilotsenter for avinstitusjonalisering i 1973 (18), har byen fortsatt å innovere og utvikle seg og har hatt stor innflytelse over hele verden (16, 65-68). I dag er det etablert forbindelser med land og tjenester i alle verdensdeler, og hvert år kommer det ca. 1000 personer på studiebesøk til byen (23). Den parlamentariske kommisjonen om tilstanden i det italienske helsesystemet (69) og den italienske sammenslutningen av foreninger for psykisk helse har siden pekt på dette som en modell for hele Italia (41).

Endring av institusjonskultur og maktforhold

Det psykiske helsesystemet var bygget på et hierarkisk system. For å få bukt med institusjonskulturen var det nødvendig å utfordre disse hierarkiene og maktforholdene som opprettholdt dem. Det ble gjort fremskritt gjennom en iherdig innsats for å demokratisere psykisk helse ved å utvide diskusjonene og beslutningsprosessene til å omfatte alle interessenter. Til å begynne med ble det holdt daglige møter på det psykiatriske sykehuset for å oppnå dette. Ved å involvere familiene til personer med psykiske lidelser og lokalsamfunnet for øvrig, bidro man også til å motvirke de sosiale ekskluderingskreftene som hadde opprettholdt det psykiatriske sykehusets sentrale posisjon. Til slutt skapte utviklingen av metoder for at brukerne av tjenesten skulle bli hørt og tatt hensyn til, muligheter for dem til å ta tilbake myndighet og uavhengighet i forhold til sin egen behandling.

Å utfordre den sykdomsorienterte ideologien

Ideologien knyttet til en sykdomssentrert tilnærming bidro til å bringe brukernes stemme til taushet og førte til at det ble tatt lite hensyn til deres personlige, sosiale og kulturelle behov. Det var svært viktig å etablere nye former for kollektivt lederskap og et helt nytt sett med praksiser i det psykiske helsesystemet med sikte på å støtte mennesker til å leve et fullverdig liv i samfunnet. Det ble også gjort fremskritt gjennom utviklingen av foreninger og sosiale kooperativer for å fremme et nytt fokus på "hele mennesket", i stedet for bare den biomedisinske modellen og en smal sykdomsideologi.

Opprettholdelse av fremskrittene

Det psykiske helsenettverket i Trieste står stadig i fare for å gli over i nye former for institusjonalisering eller rett og slett "treghet". I tillegg er det en konstant fare for at paternalisme, og til og med ulike former for overgrep, kan dukke opp. Ved å være klar over problemene og forholde seg aktivt til dem kan man unngå disse farene.

Støtte de ansatte i perioder med endringer

De ansatte i Trieste måtte bruke sine egne personlige ressurser for å forholde seg til brukerne av tjenesten, uten å kunne støtte seg til kliniske modeller. Dette førte noen ganger til utbrenthet og konflikter fordi det var en ny tilnærming som var mindre strukturert og mer usikker. En av løsningene som ble funnet, var å skape en kultur for å "dele byrden", slik at ingen ansatte blir sittende alene med all bekymring for en bestemt person eller familie. En

annen organisatorisk løsning gikk ut på å skape et reelt demokrati i organisasjonen, slik at både brukerne og de ansatte føler at de blir hørt og får gehør for sine bekymringer.

Viktige hensyn i ulike sammenhenger

Det er viktig å ta hensyn til følgende ved etablering eller utvidelse av denne tjenesten i andre sammenhenger:

- å fremme kritisk tenkning og refleksjon i tjenesten som en viktig faktor for å skape og opprettholde tjenestens positive effekt;
- å gå fra en klinisk forståelse av psykiske lidelser til en filosofi om "hele mennesket - hele livet";
- å investere mye i opplæring og utvikling av personalet;
- å skape muligheter for ansatte, brukere av tjenesten, deres familier og folk fra samfunnet rundt til å møtes og diskutere tjenestens visjon;
- å erkjenne at kliniske resultater (målt ved hjelp av vurderingsskalaer) ikke er like viktige som resultater knyttet til brukernes medborgerskap, for eksempel graden av tvang som brukes i tjenestene, og
- å evaluere nettverk av tjenester ved hjelp av en tilnærming og mål som fanger opp nettverkets samlede arbeid og resultater, og ikke bare de enkelte tjenestene og tiltakene som tilbys.

Ytterligere informasjon og ressurser

Website: www.triestementalhealth.org

Videos:

BBC News, Trieste's mental health revolution: 'it's the best place to get sick'

<https://www.bbc.com/news/av/stories-49008178>

Report from The la-Trieste delegation: December 11, 2017:

<https://www.youtube.com/watch?v=gnYydKZzJGM&t=1520s>

episode 8 - lived experience in Trieste, a mental health system without psychiatric hospitals, with Marilena and Arturo:

<https://www.spreaker.com/user/apospodcast/episode-8-lived-experience-in-trieste-a->

Roberto Mezzina, 2013, <https://www.youtube.com/watch?v=UnMSHQDrByI>

Contact:

Elisabetta Pascolo Fabrici, director, Mental Health Department of Trieste and Gorizia,

WHO CC for Research and Training – Azienda Sanitaria

Universitaria Giuliano Isontina (asugi), Italy.

email: elisabetta.pascolofabrici@asugi.sanita.fvg.it

Roberto Mezzina, psychiatrist,

Former director, Mental Health Department of Trieste and Gorizia,

WHO CC for Research and Training – Azienda Sanitaria

Universitaria Giuliano Isontina (asugi), Italy.

email: romezzin@gmail.com; who.cc@asuits.sanita.fvg.it