

Nettverket for psykisk helsearbeid i Øst-Lille, Frankrike

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>

Referanser

Tallene i parentes refererer til referansene som finnes helt til slutt i den tekniske pakken om Omfattende nettverk av psykiske helsetjenester.

Den kan lastes ned her: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025721>

Innholdsfortegnelse

Nettverket for psykisk helsearbeid i Øst-Lille, Frankrike	1
<i>Referanser</i>	<i>1</i>
<i>Innholdsfortegnelse</i>	<i>2</i>
Kontekst	3
Beskrivelse av tjenesten	4
Elementer i det psykiske helsenettverket	5
<i>Lokale lege- og psykologtjenester (Services Médico-Psychologiques de Proximité(SMPP))</i>	<i>5</i>
<i>Mobilt team (Soins intensifs intégrés dans la cité (SIIC)).....</i>	<i>5</i>
<i>Jérôme Bosch Clinic.....</i>	<i>5</i>
<i>Terapeutiske vertsfamilier</i>	<i>7</i>
<i>Tverrsektorielt familie- og nettverksterapisenter.....</i>	<i>7</i>
<i>Habicité.....</i>	<i>8</i>
<i>FrontièreŞ.....</i>	<i>8</i>
<i>Nettverkskoordinering og forbindelser mellom tjenester.....</i>	<i>8</i>
Kjerneprinsipper og verdier som ligger til grunn for det lokalbaserte psykiske helsenettverket.....	9
<i>Respekt for rettslig handleevne</i>	<i>9</i>
<i>Alternativer til tvangsbruk</i>	<i>10</i>
<i>Inkludering i lokalsamfunnet</i>	<i>11</i>
<i>Deltakelse.....</i>	<i>11</i>
<i>Recovery-tilnærming.....</i>	<i>12</i>
Evaluering av tjenestene.....	13
<i>Kostnader og kostnadssammenligninger</i>	<i>14</i>
Utfordringer og løsninger.....	14
<i>Utfordre fastlåste holdninger til stigmatisering og diskriminering</i>	<i>14</i>
<i>Arbeid innenfor rammene av et utdatert nasjonalt lovverk.....</i>	<i>15</i>
<i>Opprettholde en åpen kommunikasjon mellom tjenestene</i>	<i>15</i>
Viktige hensyn å ta i andre sammenhenger	15
Ytterligere informasjon og ressurser.....	16

Kontekst

Frankrike har et sektorisert psykisk helsesystem med ca. 850 sektorer som tilbyr helsetjenester for voksne innenfor et opptaksområde på ca. 70 000 innbyggere. Øst-Lille ligger i regionen Hauts-de-France og betjener kun voksne i et område med 88 000 innbyggere og seks forstadsbyer. Området har relativt høy arbeidsledighet (15,6 %) sammenlignet med landsgjennomsnittet (11,1 %) (1), og har den korteste forventede levealderen i Frankrike. Området er også kjent for å ha et "underfinansiert" helsesystem (1). Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille-Métropole i Armentières, 25 km vest for Lille, står for den daglige administrative ledelsen av tjenesten og har i tillegg ansvar for ni andre sektorer og en barne- og ungdomstjeneste som betjener alle disse sektorene.

Siden 1970-tallet har den psykiske helsetjenesten i Øst-Lille gjennomgått en rekke store reformer og har fremmet konseptet "borgerpsykiatri" (psychiatrie citoyenne), der respekten for menneskerettighetene til mennesker som bruker psykiske helsetjenester og deres myndiggjøring er sentrale elementer.

1970-1995 var den første viktige fasen i disse reformene, som innebar en omfattende overføring av ressurser fra institusjoner til lokalsamfunnet. På 1970-tallet besto tjenesten hovedsakelig av seks døgnenheter med base i asylet i Armentières. Disse hadde plass til over 300 langtidsboere, og 98 % av budsjettet gikk til heltidsinnleggelse. I 1977 ble det opprettet et overordnet organ, Association Médico-Psycho-Sociale (AMPS), for å lette institusjonaliseringen. Foreningen samlet ledelsen i det psykiske helsevesenet, fagfolk, folkevalgte fra de seks byene i Øst-Lille og andre grupper som var interessert i å utvikle tjenestene i sektoren.

Helt fra begynnelsen av innså man at reformen ikke bare kunne dreie seg om å redusere bruken av asylet, men at den også ville kreve inkludering av samfunnet som helhet gjennom opplysningsarbeid og en integreringspolitikk. Den neste fasen av reformene (1980-2010) innebar utvikling av samfunnsbaserte psykiske helsetjenester og integrering av psykisk helse i helse-, sosial- og kulturtjenestene i byene i East Lille-sektoren. Det var også en bevegelse i retning av større involvering av mennesker med egenerfaring, familiemedlemmer, faggrupper og folkevalgte i beslutningene som ble tatt i den psykiske helsetjenesten.

I den neste fasen, fra 2005 til 2014, ble det utviklet et stort intensivt mobilt omsorgsteam. Fra 2011 ble det lagt vekt på å legge forholdene til rette for helsedemokrati, der alle interessenter innen psykisk helse (spesielt mennesker med egenerfaring) skulle komme sammen for å utvikle og implementere politikk i en ånd av dialog og konsultasjon.

Siden 2006 har det skjedd en viktig utvikling for å opprettholde disse resultatene, blant annet ble AMPS i 2010 erstattet av et lokalt råd for psykisk helse (1), i tråd med endringene i resten av Frankrike (2). I East Lille heter dette lokale rådet Interkommunal sammenslutning for helse, psykisk helse og medborgerskap (AISSMC), som er et forum der alle interessenter fra de seks kommunene kan møtes, diskutere og planlegge. AISSMC ledes av ordførerne i kommunene og har psykisk helsetjeneste i Øst-Lille som medleder. I tillegg til folkevalgte, ledere og fagpersoner deltar personer med egenerfaring, pårørende og omsorgspersoner,

beboere, helse- og sosialtjenester, fastleger, sosiale utleiery, personer fra nærmiljøsentre og personer fra justisdepartementet. Det avholdes en generalforsamling hvert år.

AISSMCs aktiviteter er organisert i henhold til fire hovedtemaer:

- forebygging - møter om psykisk helse, fremme av fysisk aktivitet, kreftscreening og koordinering av komplekse situasjoner;
- kulturtiltak - fremme av kulturelle tiltak og tiltak mot stigmatisering ved hjelp av et fond for samtidskunst, der kunstverk fra personer med og uten psykiske lidelser blandes;
- boligspørsmål - tildeling, vedlikehold og planlegging av boliger for personer med psykiske lidelser i kommunene; og
- den lokale helsekontrakten - et nasjonalt system som tar sikte på å definere og koordinere tiltak for psykisk helse i territoriene langs de viktigste regionalt definerte temaene, og som drar nytte av sterk deltakelse fra folkevalgte i forhandlingene.

Beskrivelse av tjenesten

Nettverket for psykisk helsevern som tilbys av East Lille-sektoren, er bygget opp gjennom 40 år med organisering og reformer. Engasjementet fra sektorsjefen og teamet har vist at det er mulig å gå fra døgnbehandling til varierte, samfunnsbaserte tiltak for mennesker med psykiske helseproblemer og/eller psykososiale, intellektuelle og kognitive funksjonsnedsettelse, med et budsjett og en epidemiologisk profil som ligner på andre sektorer for psykisk helse i Frankrike. Reformen har vært mulig takket være involvering av kommunene, andre interessenter, personer med egenerfaring og deres omsorgspersoner. Det lokale rådet for psykisk helse (AISSMC) er grunnlaget for tiltak for å fremme rettigheter og informasjon om psykisk helse i Øst-Lille. Det finnes i dag 230 slike råd i Frankrike.

Konseptet "borgerpsykiatri" ligger til grunn for hele det psykiske helsenettverket i Øst-Lille, og er basert på fem pilarer (3):

1. Menneskerettighetene er umistelige, og tilstedeværelsen av psykiske lidelser kan aldri hindre noen i å få tilgang til disse rettighetene og sikre at de blir respektert; justis og psykiatri, fengsel og sykehus, isolasjon og omsorg må aldri blandes sammen;
2. samfunnet, og dermed de psykiske helsetjenestene, må tilpasse seg folks behov, og ikke omvendt;
3. det er behov for å stenge medisinske og sosiale institusjoner som i praksis ekskluderer beboere fra samfunnet; og
4. det er behov for å bekjempe stigmatisering og diskriminering på grunn av psykiske lidelser. Dette inkluderer å utfordre stereotyper om farlighet og manglende kapasitet.

Med utgangspunkt i disse verdiene samarbeider tjenesten i East Lille med andre interessenter, inkludert brukere og pårørende, frivillige organisasjoner, folkevalgte i kommunene og andre som er involvert i psykisk helse. I samarbeid med disse aktørene

utgjør de ulike elementene i det psykiske helsesystemet i East Lille et sammenhengende nettverk.

Elementer i det psykiske helsenettverket

Lokale lege- og psykologtjenester (Services Médico-Psychologiques de Proximité(SMPP))

SMPP representerer det første kontaktpunktet for mennesker i kontakt med det psykiske helsesystemet, og tilbyr omfattende omsorg og støtte. De er basert i to dedikerte ambulante tjenester i EPSM som er integrert i 12 andre helserelaterte institusjoner. En person blir henvist til SMPP av sin fastlege og kan konsultere en rekke fagpersoner der: sykepleiere, psykiatere, psykologer, psykomotoriske terapeuter, sosialarbeidere, likemannsarbeidere og en tilpasset idrettstrener.

Ved ankomst til SMPP gjør en sykepleier en første vurdering av personens psykologiske og fysiske behov innen 48 timer etter henvisningen. Denne vurderingen diskuteres deretter av et tverrfaglig team som møtes to ganger i uken, og teamet kommer med forslag til behandling og planlegger videre tiltak. Forslagene til behandling sendes alltid til fastlegen for å sikre kontinuitet i behandlingen og et godt samarbeid. Det er ingen ventelister, og alle fagpersonene som jobber på senteret, har også avsatt tid til hjemmekonsultasjoner. SMPP-teamets konsultasjoner kan finne sted på en rekke steder i lokalsamfunnet, noe som gjør det svært tilgjengelig, blant annet i en svømmehall og på et sosial- og støttesenter for ungdom i alderen 16-25 år (som kan få direkte tilgang til tjenestene uten å bli henvist av en fastlege).

Mobilt team (Soins intensifs intégrés dans la cité (SIIC))

Det mobile krise- og hjemmebehandlingsteamet er det største i Frankrike når det gjelder antall personer det tar hånd om. Det tilbyr kriserespons og intensivbehandling i hjemmet for opptil 15 personer om gangen. Det er et tverrfaglig team som består av en helseleder, sykepleiere på dag- og nattestid, psykologer, spesialpedagoger, en psykiater, en psykomotorisk terapeut og en likemann som er tilgjengelig 24 timer i døgnet, syv dager i uken. Gjennomsnittlig behandlingstid er 12 dager, og de fleste tiltakene varer i noen få dager, men noen varer i flere uker. I 2018 ble 253 personer pleiet hjemme, og 640 kriseintervensjoner fant sted hjemme, slik at sykehusinnleggelse kunne unngås. Forholdet mellom antall årsverk og antall personer som får hjelp, er 0,96 (nesten én fagperson per person) (4). Alle ansatte i tjenesten er bevisstgjort på recovery-tilnærmingen, håndtering av krisesituasjoner uten tvang og brukernes menneskerettigheter.

Jérôme Bosch Clinic

Selv om hele nettverket er strukturert for å forebygge sykehusinnleggelse, kan fulltidsinnleggelse ved behov finne sted på Jérôme Bosch Clinic, som har 10 senger og ligger ved siden av universitetssykehuset i Lille. Det tverrfaglige teamet består av en helseleder, dag- og nattsykepleiere, en sosiokulturell animatør, en psykolog og kvalifisert

sykehuspersonell med ansvar for vedlikehold og hygiene. Prosesser er på plass for å unngå sykehusinnleggelser, og spesielt tvangsinnleggelser. I 2018 var det 341 sykehusinnleggelser for til sammen 222 personer (noen hadde mer enn én sykehusinnleggelse). Til enhver tid er det i gjennomsnitt syv personer innlagt på klinikken, og gjennomsnittlig liggetid er syv dager ([Medisinsk informasjonstjeneste], [EPSM Lille Métropole], personlig kommunikasjon, [2020]).

Når en person kommer inn på klinikken, får vedkommende informasjon om sine rettigheter og plikter både muntlig og skriftlig, og han eller hun kan oppnevne en tillitsperson som støttespiller. Organiseringen og arkitekturen på klinikken er lagt opp slik at personene kan ivareta sin rett til privatliv. Alle rommene er enerom, og alle som er innlagt har nøkkel til rommet sitt og en safe der de kan oppbevare sine personlige eiendeler. De som oppholder seg på sykehuset, kan gå inn og ut av rommene sine som de ønsker.

Klinikken er avhengig av det nære støttenettverket til personen som bruker tjenesten, for å hjelpe til med forhandlinger, trygghet og unngå konflikter. Det er åpent for besøk (5), og to av rommene har en ekstrasing for støttepersoner som kan overnatte på klinikken.

Det legges stor vekt på tilgjengeligheten av helsepersonell på klinikken: Forholdet mellom heltidsansatte og sykehussenger er 3,1:1, med minimum tre sykepleiere på dagtid og to om natten, en hjelpepleier og en ansatt i aktivitetsrommet som sørger for animasjoner og kunstneriske aktiviteter. På søndager inviteres eksterne gjester, for eksempel en kunstner eller en idrettstrener. Spesialpedagoger (*éducateurs spécialisés*) er tilgjengelige hver dag for å håndtere sosiale eller administrative problemer som brukerne av tjenesten kan støte på. Likemannsarbeidere som er ansatt av EPSM, kommer hver uke for å støtte personer som er innlagt på sykehus. Disse kollegastøttene har gjennomgått spesifikk opplæring for å oppnå en anerkjent nasjonal kvalifikasjon.

Under hele sykehusoppholdet defineres målene for pleie og omsorg sammen med brukeren av tjenesten. Innen 24 timer etter ankomst til sykehuset er det en konsultasjon med en allmennlege for å vurdere eventuelle fysiske helsebehov. Viktigst av alt er at sosialarbeidere og spesialpedagoger involveres helt fra starten av for å hjelpe til med å ivareta den enkeltes behov når det gjelder bolig, beskyttelse av andre menneskers rettigheter og praktiske spørsmål, som for eksempel stell av kjæledyr. Et viktig aspekt ved tjenestens filosofi er at sykehusinnleggelse aldri skal isolere en person fra resten av det polikliniske systemet; alle de ambulante teamene besøker personer som er innlagt på sykehus. Det tverrfaglige teamet møtes daglig for å diskutere behandlingen.

Alt helsepersonell i sektoren får spesifikk opplæring i konflikt- og voldsforebygging. Tjenesten benytter seg også av et eksternt sikkerhetsfirma i situasjoner der det er risiko for vold. Disse sikkerhetsagentene kan tilkalles av sykehuspersonalet, men griper ellers ikke inn i pasientbehandlingen. Deres rolle er å bidra til å skape et klima uten vold ved å forsikre fagfolk og brukere om at de er trygge.

I tillegg til generelle polikliniske kriseplaner avtales det også spesifikke planer for å unngå inngrep uten samtykke. Tjenesten har ikke et eget skjermingsområde, og skjerming praktiseres aldri. Selv om det sjelden brukes noen form for tvangsmidler, er tvangsinngrep

ikke helt forbudt, og fysiske tvangsmidler brukes unntaksvis i en begrenset periode. Klinikken overvåker bruken av tvangsmidler og registrerer alle slike tilfeller og varigheten av dem. Mellom 2011 og 2019 ble det i gjennomsnitt brukt tvangsmidler overfor 1,77 personer per år, men siden 2017 har det bare vært brukt tvangsmidler overfor én person per år ([Medisinsk informasjonstjeneste], [EPSM Lille Métropole], personlig kommunikasjon, [2020]). Tjenesten har et internt mål om å redusere slike tilfeller til null.

Kjemisk tvangsmiddelbruk er også sjeldent brukt og har nylig fått spesiell oppmerksomhet. I 2019 ble det rapportert ni tilfeller av tvangsinjeksjon av nevroleptika. Enhver bruk av tvangsmidler anses som en alvorlig negativ hendelse i pleie og omsorg, og undersøkes i etterkant for å sikre en kontinuerlig prosess for å forbedre praksis og redusere bruken. Brukere og pårørende inviteres til å delta i dette arbeidet.

Tjenesten legger stor vekt på kontinuitet i omsorgen etter hvert som pasientene flyttes ut av sykehuset. Pårørende og tillitspersoner blir informert. Et utskrivningsskjema fylles ut av brukeren, eventuelt med støtte ved behov (se avsnittet om evaluering nedenfor). Et oppsummerende utskrivningsbrev gis også til personen som har benyttet tjenesten, med kopi til fastlegen.

Terapeutiske vertsfamilier

Opphold hos vertsfamilier er et annet alternativ til sykehusinnleggelse. Målet med denne tjenesten er å ta imot brukeren som et familiemedlem i stedet for å være underlagt et tradisjonelt pasient/omsorgsforhold. Opplæringen av vertsfamiliene fokuserer derfor ikke på å gi dem kliniske omsorgskompetanse, men på å lære dem hvordan de kan støtte en person med en psykisk lidelse eller psykososial funksjonsnedsettelse innenfor en recovery- og menneskerettighetsbasert ramme. De får også opplæring i hvordan de kan forebygge enhver form for mishandling i private hjem, hvordan de kan hjelpe til med å unngå uro og kriser, og hvordan de kan ta imot en person som et familiemedlem.

Denne vertsfamilietjenesten ble brukt av 42 personer i 2018, med en gjennomsnittlig oppholdstid på 32 dager(4). De involverte familiene kunne tilby syv plasser om gangen. I 2019 ble antallet plasser redusert til to familier som kunne tilby fire plasser. Vertsfamiliene får opplæring og økonomisk støtte fra EPSM for tjenesten. Det er veiledning gjennom hele vertskapsperioden, og separate tilbakemeldingsmøter med alle involverte aktører. Det arrangeres likemannsmøter mellom vertsfamiliene en til to ganger i året for å diskutere utfordringene de står overfor.

Tverrsektorielt familie- og nettverksterapisenter

Det tverrsektorielle familie- og nettverksterapisenteret (Don Jackson) er et spesialisert eksternt konsultasjonssenter som tilbyr psykoterapeutiske intervensjoner for familier og par. I løpet av 30 år har totalt 667 par og 506 familier benyttet seg av disse tjenestene. Selv om terapeuter med ulik bakgrunn har arbeidet ved senteret, har alle fått videreutdanning i systemisk tilnærming til familie- og parterapi over en fireårsperiode. Dette har skapt et felles, tverrfaglig og helhetlig perspektiv på terapi og støtte.

Habicité

Habicité er et ACT-team (Assertive Community Treatment) (6) som yter intensiv langtidsbehandling til 80 personer med psykiske lidelser. Teamet består av sykepleiere, sosialarbeidere, peersupportere, psykologer og en leder med et forholdstall på 1:8 mellom fagpersoner og brukere (7). Tjenesten støtter brukerne i deres personlige recovery-prosjekter, slik at de kan bo hjemme og i lokalsamfunnet. I tillegg tilbyr tjenesten en rekke kommunale boliger; for tiden er det 13 leiligheter med plass til 26 personer. Tilgangen til dette systemet har nylig blitt demokratisert ved å inkludere representanter for lokalsamfunnet i prosedyren, inkludert folkevalgte representanter, eksperter med egenerfaring og sosiale partnere. Dessuten er tjenesten nå basert på en "housing first"-filosofi, som innebærer ubetinget tilgang til bolig og ubetinget støtte for å få det til å fungere (8).

Frontière\$

Frontière\$ er en annen del av det psykiske helsenettverket, som fokuserer på å øke den sosiale inkluderingen og den generelle trivselen til brukerne av tjenesten gjennom fysiske, kunstneriske, kulturelle, kreative og profesjonelle aktiviteter. Teamet i Frontière\$ består av en sykepleier, en fastlege, en ergoterapeut og en terapeut, spesialpedagoger, en kunstner, en tilpasset idrettstrener, en psykolog, psykomotoriske pedagoger, samt fem eksterne personer som organiserer de terapeutiske aktivitetene og støtter folk utenfor tjenesten gjennom sine forbindelser med foreninger og andre kommunale instanser. Kollegastøtter som er under opplæring, er også ansatt i teamet og vil fortsette å jobbe med Frontière\$ når de er ferdig med opplæringen.

En av tjenestene er å organisere inkluderingsaktiviteter i vanlige fritidsmiljøer, med individuell, vedvarende støtte til personer som opplever en psykisk krise, gjennom Service d'activités d'insertion et de soins intégrés à la cité (SAISIC).

Videre tilbyr "Sagacités"-systemet støtte til personer som ønsker å delta i aktiviteter sammen med andre utenfor det psykiske helsevesenet, også i et ordinært fritids- og kulturmiljø. Denne støtten kan enten være svært fokusert på spesifikke aktiviteter eller ta form av intensiv veiledning. Likemannsgrupper kan også tilbys hvis man har et felles prosjekt eller en felles interesse.

Til slutt tilbyr denne tjenesten støtte for å gjøre det lettere å få og beholde arbeid gjennom partnerskap med lokale aktører og interessenter. En ergoterapeut hjelper til med å definere karriere- og yrkesplaner sammen med brukerne, og en psykolog hjelper til med motivasjon og evaluering av yrkeskompetanse.

Nettverkskoordinering og forbindelser mellom tjenester

Alle psykiske helsetjenester i East Lille-nettverket er koblet sammen og samarbeider, noe som gjør det mulig for folk å delta i en eller flere tjenester: For eksempel kan folk i Habicité også være en del av Frontière\$. I 2018 var det totalt 3513 personer som mottok behandling fra tjenestenettverket ([Medisinsk informasjonstjeneste], [EPSM Lille Métropole],

upubliserte data, [2018]), og 75 % av fagfolkene som var ansatt i den psykiske helsetjenesten i East Lille, jobbet i mobile team og andre samfunnsbaserte roller. Denne intensive samfunnsbaserte støtten var tilstrekkelig til å holde antallet døgnplasser nede på 10, med et nåværende gjennomsnittlig daglig belegg på sju ([Medisinsk informasjonstjeneste], [EPSM Lille Métropole], personlig kommunikasjon, [2020]).

Alle de psykiske helsetjenestene i Øst-Lille arbeider og opererer som et nettverk for å skape et sammenhengende behandlingsforløp for den enkelte, og de er knyttet sammen via et intranett. Alt helsepersonell i nettverket har tilgang til informasjonen på intranettet om brukerne av tjenesten, noe som sikrer kontinuitet og muliggjør koordinering mellom ulike deler av tjenesten (9). SIIC gjør intranettet det for eksempel mulig for helsepersonell å raskt identifisere personens medisinske og psykososiale bakgrunn og henvise vedkommende til den legen, sykepleieren eller psykologen de kjenner best. Den samme journalen brukes både ved poliklinisk og inneliggende behandling for å unngå at informasjon går tapt.

Kjerneprinsipper og verdier som ligger til grunn for det lokalbaserte psykiske helsenettverket

Respekt for rettslig handleevne

Tjenesten har forpliktet seg til å fremme respekt for rettslig handleevne ved å støtte tiltak og prosedyrer som maksimerer selvstendig og støttet beslutningstaking. Tjenesten tillater imidlertid tvangsinnleggelse og tvangsbehandling.

Av de 222 personene som ble innlagt på sykehus i East Lille i perioden 2013-2019, var det i gjennomsnitt 86,4 tvangsinnleggelser per år (39 %), noe som tilsvarer et gjennomsnitt på 101,6 personer per 100 000 innbyggere per år. Denne høye raten tilsvarer den omfattende bruken av disse tiltakene i Frankrike generelt - i 2018 var det 82 000 tvangsinnleggelser i landet - en rate på 122,6 per 100 000 (10). Gjennomsnittlig liggetid i East Lille var 57 dager, noe som ligger ganske nær gjennomsnittet for Hauts-de-Franceregionen. De fleste av disse tvangsinnleggelsene organiseres ikke av personalet ved East Lillesector, men av psykiatere som arbeider ved de vanlige sykehusene i Lille og som tar imot personer i krise ved akuttmottakene på disse sykehusene. De ordner innleggelsene direkte med Jérôme Bosch-klinikken og omgår dermed i praksis det mobile kriseteamet i Øst-Lille (SIIC). East Lille har ikke myndighet til å forhindre denne praksisen. Når en person først er innlagt på klinikken, legges det imidlertid raskt planer for utskrivning, og personens status konverteres til frivillig så snart det er juridisk mulig. Gjennomsnittlig liggetid er bare syv dager. Et av de største hindrene er at fransk lov i noen tilfeller krever at personen ikke lenger har en psykisk helsetilstand før tiltaket kan oppheves. Et av de nye målene for 2020 er å oppnå null innleggelser uten samtykke som varer i mer enn 72 timer.

For å styrke respekten for den rettslige handleevnen organiserer brukerkommisjonen (La Commission des Usagers (CDU)) - en avdeling av EPSM Lille-Métropole med ansvar for forholdet mellom brukere og fagfolk - tre juridiske rådgivningsmøter i måneden, der folk har tilgang til eksterne og uavhengige advokater, samt råd fra representanter for brukere og familier. Enhver ufrivillig sykehusinnleggelse er gjenstand for rettslig prøving, i henhold til

loven, på den 12. dagen. Alle som benytter seg av tjenesten, får hjelp av en advokat uten at det koster dem noe.

East Lille-nettverket bruker også forhåndsplanlegging som en del av de overordnede recovery-planene, for å avdekke og respektere brukernes vilje og preferanser. Disse generiske kriseplanene er inspirert av WRAP (11) og skiller seg fra de mer spesifikke planene som brukes i Jérôme Bosch-klinikken, som identifiserer utløsende faktorer som kan gjøre brukerne opprørte, og lister opp hvilke tiltak fra fagpersoner som de synes er nyttige. Disse brukes til å forutse og forebygge konfliktsituasjoner og dermed unngå tvangsinngrep. Forhåndsplanene integreres ved hjelp av det nettbaserte verktøyet Cariatides for å sikre at de tilbys brukeren på en brukervennlig måte og enkelt kan endres og følges opp gjennom hele behandlingen. Målet for 2018 var å sikre at alle personer som går gjennom SIIC-tjenestene, får tilbud om å utarbeide en forhåndsplan. I 2018 fullførte rundt 300 personer en forhåndsplan, med en prioritering av personer med høy selvmordsrisiko.

Alternativer til tvangsbruk

Alle som jobber i tjenesten får opplæring i deeskaleringsteknikker, recovery-tilnærming og respekt for pasientenes rettigheter, noe som bidrar til å unngå og håndtere konfliktsituasjoner. Selv om det gjøres en stor innsats for å ta vare på folk utenfor sykehuset, og en rekke konkrete alternativer til sykehusinnleggelse er tvangsinnleggelse og tvangsbehandling forekommer av og til. På Jérôme Bosch-klinikken minimeres antallet tvangsinnleggelse gjennom bruk av kriseforebyggende planer. Selv om disse ikke har juridisk status i henhold til fransk lov, er tjenesten forpliktet til å respektere personens plan. I alle tilfeller etter en krise inviteres personen til å gjennomgå planen sammen med personalet, slik at den kan forbedres og fungere bedre i fremtiden.

Hvis en person nekter å ta medisiner som er foreskrevet på sykehuset, respekteres vedkommendes ønske. Det er alltid en psykiater tilgjengelig for å justere resepten ved behov, og det er kun psykiateren som har myndighet til å ta beslutninger om medisiner. Hvis behandlerne mener at en bestemt behandling vil være nyttig, forhandler de (om nødvendig gjentatte ganger) med personen som ikke ønsker behandling, for å oppnå informert samtykke. Tvangsbehandling forekommer likevel på klinikken, selv om man gjør alt man kan for å unngå det.

Manglende respekt for samtykke, og særlig bruk av fysisk eller kjemisk tvang (gjennom tvangsinjeksjon av medisiner), anses som omsorgssvikt, og alle slike episoder analyseres av tjenesten i etterkant. All bruk av tvangsmedisinering spores nøye av tjenesten, og brukerne og deres familier deltar i analysen og evalueringen av disse hendelsene. I 2019 var det 11 tilfeller av medisiner uten samtykke (to av disse gjaldt langtidsvirkende medisiner, ni tilfeller gjaldt punktuell bruk) ([Medisinsk informasjonstjeneste], [EPSM Lille Métropole], personlig kommunikasjon, [2020]). Skjerming brukes aldri på sykehuset eller andre tjenester i Øst Lille.

Inkludering i lokalsamfunnet

Inkludering i lokalsamfunnet er hjørnesteinen og den underliggende filosofien i nettverket. Initiativer som Habicité, Frontière\$, de terapeutiske vertsfamiliene og SMPP er eksempler på spesialisert støtte for å fremme inkludering i samfunnet.

Det tilbys også flere støttegrupper for å fremme inkludering i samfunnet og medborgerskap. Temaene for disse gruppene er basert på behov som brukerne har identifisert, for eksempel hvordan man bruker offentlig transport, hvordan man får tilgang til aktiviteter, hvordan man beskytter rettigheter, og hvordan man kan styre kostholdet og "spise bedre, føle seg bedre" (spesielt i forhold til effekten av medisiner). Disse strukturerte gruppene har et definert antall økter og mål og ledes av ulike fagpersoner. Selv om de er underlagt nasjonale forskrifter som krever at det er fagpersoner til stede, arbeides det for å gjøre disse gruppene mindre "fagdominerte" og legge større vekt på likemannsstøtte og empowerment.

Terapeutiske og sosiale inkluderingsaktiviteter er også integrert i offentlige og ordinære aktiviteter i lokalsamfunnet, gjennom Frontière\$-tjenesten gjennom et initiativ kalt "hors-les-murs", som betyr utenfor tjenestens lokaler. East Lille-sektoren har mange partnerskap med idretts-, kultur- og sosialtjenester for å sikre at personer med psykiske lidelser og psykososiale funksjonsnedsettelse deltar i det ordinære samfunns livet. Målet er å ta utgangspunkt i personens ønsker og motivasjon, støtte deltakelsen administrativt slik at han eller hun kan delta i samfunnsaktiviteter, og om nødvendig bistå med å delta i aktiviteten, men trekke seg ut av denne rollen så snart det er mulig.

Øst-Lille-tjenesten har i årenes løp etablert et aktivt samarbeid med mange samfunnsbaserte tjenester og organisasjoner, blant annet med folkevalgte, sosiale institusjoner, kulturinstitusjoner, bruker- og pårørende grupper og ulike helsepartnere i byene (fastleger, farmasøyter, private sykepleiere osv.). Disse forbindelsene brukes til å hjelpe brukerne av tjenesten med å reetablere sin plass i samfunnet (1).

Deltakelse

I 2008 ble det etablert to selvhjelpsgrupper (Groupes d'entraide Mutuelle), noe som markerte starten på reell deltakelse fra personer med levd erfaring i organiseringen av tjenesten. Disse gruppene ble finansiert av helsedepartementet og var uavhengige av East Lille-sektoren. Målet var å fremme likemannsstøtte i dagliglivet, på fritiden og i sosiale aktiviteter. Gruppene ble deretter partnere i sektoren, som lokale og nasjonale bruker- og pårørendeforeninger.

Opprettelsen av det lokale rådet for psykisk helse i 2010 (som omtalt ovenfor) la ytterligere vekt på å involvere personer med egenerfaring, deres familier og omsorgspersoner. I 2012 ble to likemannsarbeidere (Médiateurs de Santé-par) ansatt som fagpersoner i de psykiske helseteamene, som nå er utvidet til å omfatte fem likemannsarbeidere. I 2012 ble det også opprettet en arbeidsgruppe for medvirkning fra personer med levd erfaring - med deltakelse fra fagpersoner, brukerorganisasjoner og likemannsarbeidere - som førte til flere nyvinninger: et forum for brukere av tjenesten i form av en workshop for å diskutere psykisk

helse og organiseringen av tjenesten, kommunikasjonsverktøy, et forslagskjema og et recovery-charter som ble utarbeidet og signert av alle interessenter.

I 2015 valgte brukerne av tjenesten fire representanter som deltar direkte i tjenestens ledermøter, arbeider med forslag og klager og organiserer brukerforumet. Det er nå seks representanter som fungerer som talspersoner for brukerne av tjenestene i Øst-Lille, og som samler inn meninger og kommentarer om de ulike nettverkstjenestene gjennom kvartalsvise brukerfora og forslagskasser. De er også med på å utrede og revidere skjemaene for uønskede hendelser som kartlegger bruken av tvangstiltak, og deltar i sektorens styringsgruppemøter, ledermøter og arbeidsgrupper. Disse representantene får opplæring i menneskerettigheter og recovery-tilnærming og har månedlige møter med fagpersoner fra sektoren for å diskutere aktuelle temaer og klager som tjenesten skal ta opp. En av talspersonene har gjennomgått WHO's QualityRights-opplæring (4). Tilbakemeldinger innhentes også systematisk på sykehuset gjennom spørreskjemaer ved utskrivning og tilfredshetsspørreskjemaer (12) som besvares av brukere av alle tjenester. På alle avdelinger finnes det forslagskasser der man kan komme med anonyme kommentarer eller klager. Denne utviklingen har blitt anerkjent med "Brukernes rettigheter"-prisen fra det regionale helsebyrået og har mottatt to tilskudd til opplæring av talspersoner og utvikling av kommunikasjonsverktøy.

I 2017 ble det utviklet et opplæringsprogram kalt "erfaringseksperter", ledet av personer med egenerfaring eller medlemmer av bruker- og pårørendeorganisasjoner. Programmet tilbyr opplæring for ansatte i tjenesten om temaer som stemmehøring, spiseforstyrrelser, arbeid og utbrenthet. Disse samlingene finner sted hver måned og har som mål å informere fagpersonene om hva som er nyttig (eller ikke nyttig) sett fra brukernes perspektiv (se neste avsnitt).

På EPSMs institusjonelle nivå overvåker brukerkommisjonen hvordan brukernes rettigheter respekteres, og representerer brukernes interesser i tjenestens beslutningsorganer.

Recovery-tilnærming

Øst Lille-nettverket har en styringsgruppe som jobber spesielt med recovery og med å fremme recovery-orienterte verktøy i sektorenes tjenester. Siden 2014 har alle tjenestene vært eksplisitt styrt av recovery-tankegangen. I East Lille-sektoren får alle fagpersoner opplæring i recovery-tilnærmingen gjennom presentasjoner og workshops av eksperter på recovery-basert praksis, inkludert personer med egenerfaring og eksterne gjester. Opplæringen foregår årlig i grupper på 20-30 personer for å sikre at alle i tjenesten får opplæring.

Psykisk helsesektor i Øst-Lille utforsker stadig nye måter å støtte recovery-tilnærmingen på, og et av de første verktøyene som ble tatt i bruk, var Barometeret, en recovery-basert nettplattform som skal sikre at behandlingen ikke bare dreier seg om medisiner, men også fokuserer på personens generelle livskvalitet, sosiale nettverk, prestasjoner og styrker. Personen, og om ønskelig en støtteperson, kan deretter samarbeide om å utarbeide spesifikke mål som bidrar til personens tilfriskning, og sørge for at fremgangen følges konsekvent. Dette verktøyet brukes til å oppmuntre personer til å lage fremdriftsplaner og

bedringsplaner som formaliseres gjennom den elektroniske journalen. Tjenesten søker også å fremme empowerment på mange ulike måter, for eksempel holdes det hver måned opplæring for de ansatte av personer med egenerfaring. Alle disse verktøyene har samme formål: å være så tett som mulig på de behovene personene selv identifiserer, og ved behov hjelpe dem med å formulere sine egne ønsker og ta egne beslutninger om pleie og omsorg.

Evaluering av tjenestene

Tjenestenettverket i East Lille-sektoren fører detaljerte revisjonstall for sine aktiviteter, med årlige mål som følges opp månedlig ved hjelp av veldefinerte og målbare indikatorer. En viktig prestasjon i nettverket er den stadige nedgangen i antall sykehusinnleggelses per år fra 2002-2018 (fra 497 til 341), til tross for en betydelig økning i antall personer som mottar behandling i nettverket (fra 1677 til 3518 personer). I tillegg har liggetiden på døgnavdelingen gått ned fra 26 dager til 7 dager i samme periode ([Medisinsk informasjonstjeneste], [EPSM Lille Métropole], upubliserte data, [2018]).

I 2018 fylte 34 av 222 personer ut spørreskjemaet ved utreise fra Jérôme Bosch-klinikken. På en skala fra 1 til 10 var gjennomsnittlig tilfredshet 8,06 (SD = 1,94), og 79,4 % oppga at de følte seg bedre eller mye bedre sammenlignet med hvordan de følte seg ved innleggelsen ([Medisinsk informasjonstjeneste], [EPSM Lille Métropole], upubliserte data, [2018]).

De lokale SMPP-sentrene følger også opp effektivitetsindikatorer som viser at 80 % av pasientene får sin første vurdering innen 48 timer etter kontakt. Kvaliteten på utfyllingen av pasientjournalene lå på mellom 80-100 % i 2018, noe som viser at overvåkingen er nøyaktig og pålitelig ([Medical informationservice], [EPSM Lille Métropole], upubliserte data, [2018]).

I september 2018 gjennomførte en uavhengig evalueringsgruppe bestående av åtte medlemmer (inkludert en psykiater, en kvalitetsdirektør, en tidligere sykehusdirektør, to advokater, en psykolog, et familiemedlem og en bruker) WHO's QualityRights-evaluering i alle tjenestene i East Lillesector. Det viste seg at tre av temaene var fullt ut oppfylt: i) å nyte godt av den høyest oppnåelige standarden for fysisk og psykisk helse, ii) frihet fra tvang, vold og overgrep, og iii) retten til å leve selvstendig i samfunnet. De resterende to temaene: iv) retten til en tilstrekkelig levestandard og v) retten til rettslig handleevne og personlig frihet og sikkerhet, ble delvis oppfylt (4). Det eksisterende juridiske rammeverket viste seg å være en viktig barriere for full oppnåelse av disse to temaene.

Østlillesektoren har endret seg dramatisk i løpet av fire tiår. Effektivitetsresultatene viser at nettverket er veldrevet, organisert og kostnadseffektivt. Antallet nye personer som får pleie i sektoren har økt jevnt og trutt de siste tiårene, samtidig som antallet sykehusinnleggelses har gått ned, noe som viser at nettverket er i stand til å tilby samfunnsbaserte pleiealternativer. Kostnadene for tjenesten er ikke høyere enn andre steder i Frankrike og er faktisk lavere enn kostnadene for psykiske helsetjenester i omkringliggende sektorer.

East Lille-sektoren har blitt anerkjent av den franske regjeringen og brukes som modell for videre utvikling av politikken for psykisk helse i Frankrike. I veikartet for psykisk helse og psykiatri, som ble publisert i 2018 (Feuille de Route Santé Mentale et Psychiatrie) (13),

uttrykkes for eksempel eksplisitt regjeringens mål om å integrere mennesker med levde erfaring i psykisk helsevern, fremme recovery-tilnærmingen i tjenestene og legge til rette for inkludering av mennesker med psykiske lidelser og/eller psykososiale, intellektuelle og kognitive funksjonsnedsettelse i samfunnet. I april 2019 fikk en interdepartemental delegat ansvaret for implementeringen, og samtidig ble statsbudsjettet for psykisk helse betydelig økt (14). Østlillesektoren ble også positivt omtalt i en annen fersk stortingsmelding (15). Denne nasjonale anerkjennelsen viser at East Lille-tilnærmingen nå er i ferd med å bli nasjonal politikk.

Kostnader og kostnadssammenligninger

Tjenesten er helt og holdent statlig, og brukere av psykiske helsetjenester dekkes i sin helhet av det nasjonale helsevesenet.

Gjennomsnittskostnaden per person som bruker tjenesten, har sunket jevnt og trutt fra 2013-2017, fra 3 131 euro (ca. 3 684 USD) i 2013 til 2 915 euro (ca. 3 430 USD) i 2017 (4). Disse tallene inkluderer kostnader knyttet til hele behandlingsforløpet, fra første konsultasjon til sykehusinnleggelse. 61 % av utgiftene til psykisk helsevern i Frankrike går til sykehusinnleggelse. I Øst-Lille utgjør imidlertid sykehusinnleggelse bare 28,5 % av utgiftene (4). De samlede kostnadene i East Lille er de laveste i hele EPSM-området.

Utfordringer og løsninger

Utfordre fastlåste holdninger til stigmatisering og diskriminering

En av hindringene man møtte i forbindelse med etableringen av nettverket, var at stigmatiseringen av mennesker med psykiske lidelser (både blant fagfolk og i samfunnet generelt) førte til at tvangsbruk og dårlige behandlingsstandarder ble sett på som akseptabelt. Mennesker med psykiske lidelser ble ikke sett på som mennesker som hadde de samme rettighetene som andre mennesker. De ble generelt sett på som personer som ikke var i stand til å ta avgjørelser for seg selv.

For å få bukt med disse gjennomgripende holdningene var det nødvendig å engasjere seg aktivt i lokalsamfunnet om psykisk helse og rettighetene til mennesker som bruker tjenester for å få bukt med stigmatiseringen, blant annet ved å ta med politikere og medlemmer av lokalsamfunnet på besøk til psykiatriske sykehus.

East Lille-sektoren har tatt tak i denne problemstillingen gjennom utviklingen av filosofien "borgerpsykiatri", som legger vekt på de personlige, sosiale og kulturelle behovene til mennesker med psykiske lidelser og deres rett til å nyte godt av de samme menneskerettighetene som andre borgere. Et annet aspekt som har bidratt til å endre fastlåste oppfatninger, er at nettverket har utvidet sitt fokus til å gjelde mer enn helse, og at det har utvidet tiltaksområdet til å omfatte sosialt arbeid, utdanning og bolig. Den systematiske involveringen av tjenestebrukere og personer med egen erfaring var også et viktig aspekt som bidro til en langsom endring av oppfatninger og praksis.

Arbeid innenfor rammene av et utdatert nasjonalt lovverk

En annen utfordring for East Lille-nettverket er at tilstedeværelsen av et nasjonalt lovverk som åpner for tvang, stadig undergraver det psykiske helseteamets innsats for å forebygge tvang. Tvang blir sett på som det "enkle alternativet" i stedet for noe som for enhver pris må unngås. Som et resultat av dette har nettverket støtt på særlig motstand mot kulturendring innen psykisk helsevern når det gjelder tvangspraksiser som skjerming, beltelegging og tvangsbehandling.

Heldigvis har sektoriseringen av tjenestene i Frankrike gjort det mulig for den lokale psykiske helsetjenesten i East Lille å bruke sin økonomi til å finansiere alternativer til sykehusinnleggelse. Øst-Lilles nettverk har erfart at det å skape et system der brukerens stemme virkelig blir hørt, virker som en motvekt mot tvangsintervensjoner. Å ha ansatte som er opplært av personer med egenerfaring, hjelper dem også til å forstå betydningen av menneskerettigheter og recovery-agendaen. Hvis man tar seg tid til å gå grundig inn i de tilfellene der tvang har forekommet, er det mindre sannsynlig at det skjer igjen.

Opprettholde en åpen kommunikasjon mellom tjenestene

Dersom nettverket er desentralisert, står det også overfor den daglige utfordringen med å opprettholde en permanent dialog mellom tjenestene, der begrepene recovery og menneskerettigheter står sentralt for alle de ulike aktørene. Et viktig tiltak for å løse denne utfordringen er den løpende opplæringen av fagpersoner og andre interessenter i recovery- og rettighetsbaserte tilnærminger til psykisk helse, og opprettelsen av lokale helseråd (AISSMC). Dette er en samrådsstruktur som omfatter hele lokalsamfunnet og involverer en bred gruppe interessenter, inkludert brukere av tjenesten, deres familier, ansatte i psykisk helsetjeneste, ansatte i sosialtjenesten, folkevalgte representanter, kunstnere, andre borgere, fastleger, politiet, justisdepartementet og utdanningssektoren, for å forbedre kommunikasjonen og skape oppslutning fra alle parter. En annen nyvinning som støtter kommunikasjon på tvers av sektorer, er etableringen av kvartalsvise brukerfora som samler inn meninger og kommentarer fra brukerne av alle nettverkets tjenester.

Viktige hensyn å ta i andre sammenhenger

Viktige hensyn å ta ved etablering eller utvidelse av denne tjenesten i andre sammenhenger er blant annet:

- arbeide for å oppnå null tvang og null sykehusinnleggelse i tjenesten om mulig, og presse tjenesten til å yte "betingelsesløs omsorg", kjennetegnet av tilgjengelighet og fleksibilitet i arbeidet med personens egen agenda;
- systematisk involvere tjenestebrukere/personer med levd erfaring i all utvikling av nye tjenester og i forsknings- og evalueringsarbeid;
- støtte personer med levd erfaring til å få en "profesjonell" status i tjenesten og hjelpe dem med å utvikle ferdigheter til å representere andre på en genuin måte;
- unngå en snever klinisk agenda og i stedet søke å identifisere hele spekteret av en persons personlige, sosiale og kulturelle behov (for eksempel bolig, utdanning og

arbeid, samtidig som man samarbeider med andre interessenter i lokalsamfunnet for å løse disse problemene;

- evaluere tjenesten ved hjelp av WHO Quality Rights Assessment Tool Kit, som er en svært nyttig måte å evaluere tjenesten på, og det mest omfattende evalueringsverktøyet som er laget av og for alle involverte aktører;
- verdsette stoltheten som de ansatte opplever når de er i stand til å gi omsorg som virkelig svarer til behovene og kravene til de som bruker tjenesten; og
- vurdere evalueringresultatene på et "hele systemet"-nivå, inkludert nivåer av tvang, selvmordstall, andelen personer som får omsorg utenfor sykehus og kostnadene ved tjenesten.

Ytterligere informasjon og ressurser

Nettsted: https://www.epsm-lille-metropole.fr/recherche?field_tags=All&search_api_fulltext=G21

Video: Les SISM, c'est quoi ? April 2014, https://youtu.be/D7_1SQSiNb4

Contact: Jean-Luc Roelandt, psykiater, WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille-Métropole, Frankrike.
E-post: jroelandt@epsm-lm.fr

Simon Vasseur Bacle, Psychologue clinicien / Chargé de mission et des affaires internationales, Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (Lille, Frankrike), Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille-Métropole et Sector 21, Frankrike. E-post: svasseurbacle@epsm-lille-metropole.fr