

FAGHEFTE 2

PSYKISK UTVIKLINGS- HEMMING OG PSYKISK HELSE

VEIVISER TIL PSYKISKE HELSETJENESTER



NAKU

NORSK NÅRINGS- OG
KUNNSKAPSSERVIK

MARS 2014

INNHOOLD

FORORD	Psykisk utviklingshemning og psykisk helse – Veiviser til psykiske helsetjenester	s. 3
INNLEDNING	Utviklingshemning og psykisk helse	s. 4
ARTIKKEL 1	Likeverdig tilbud	s. 6
DEL 1 BARN OG UNGE		
REPORTASJE 1	Nærpersonens kunnskap er gull verdt	s. 15
ARTIKKEL 2	Barn og unge med utviklingshemning får også psykiske symptomer,- hva er kommunens ansvar og muligheter?	s. 16
REPORTASJE 2	Kommunen må først på banen	s. 20
DEL 2 VOKSNE		
REPORTASJE 3	Team til tjeneste	s. 25
REPORTASJE 4	Krav på samme hjelp som andre	s. 28
REPORTASJE 5	Tverrfaglig trygghet	s. 32
ARTIKKEL 3	Henvising og samarbeid med spesialhelsetjenesten	s. 35
REPORTASJE 6	Denne gruppen er ikke spesiell	s. 39
DEL 3 BARN, UNGE OG VOKSNE		
ARTIKKEL 4	Fastlegen og pasienter med utviklingshemning og psykisk lidelse	s. 41
ARTIKKEL 5	Den enes rett er den andres plikt	s. 45
ARTIKKEL 6	Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering	s. 49
ARTIKKEL 7	Overordnet mandat for fylkesmannsambetet	s. 54

Forord

Psykisk utviklingshemming og psykisk helse – Veiviser til psykiske helsetjenester

Kommunene har ansvaret for de grunnleggende helsetjenestene for alle sine innbyggere. Når kommunens kunnskap og kompetanse ikke strekker til, skal kommunen henvise videre til spesialisthelsetjenesten for ytterligere bistand. Personer med utviklingshemming skal ha tilgang til de samme helsetjenestene som alle andre, men er ofte avhengig av at nærpersoner bistår dem i å få tilgang til tjenestene. For tjenesteytere i det kommunale hjelpeapparatet er det derfor viktig å kjenne ansvarsfordelingen mellom helsenivåene, hvor man kan henvende seg og hvordan man kan navigere slik at veien frem blir mindre kronglete.

Heftet «Veiviser til psykiske helsetjenester» har som mål å vise ansvarsfordelingen i kommune – og spesialisthelsetjenesten, og samhandlingen mellom de to tjenestenivåene. Heftet inneholder tekster som er skrevet av ledende representanter for tjenestenivåene eller av personer med tilknytning til Nasjonalt fagnettverk om psykisk utviklingshemming og psykisk helse. Du vil også finne reportasjer som viser eksempler på samhandlingsmodeller

og som peker på utfordringer og muligheter i tjenesteytingen.

Heftet er inndelt i tre hovedbolker: Psykiske helsetjenester i kommune- og spesialisthelsetjeneste for barn og unge, og psykiske helsetjenester i kommune- og i spesialisthelsetjeneste for voksne. Den siste bolken inneholder tekster om rollen til fastlegen, koordinerende enhet og plikten helsepersonell har til å bidra til forsvarlig helsehjelp. Vi har samlet sentrale føringer, som lover, forskrifter og veiledere i ressursbøker. I ressursbøkene vil du også finne nyttige tips som kan være gode å ta med på veien.

En stor takk rettes til de som har bidratt med tekster og reportasjer.

SYNNØVE AASAN
Rådgiver i NAKU

INNLEDNING, HELSEDIREKTORATET, JANUAR 2014

Utviklingshemning og psykisk helse



KRISTIN MEHRE
Avdelingsdirektør
for omsorgstjenester i
Helsedirektoratet

Mennesker med utviklingshemning kan leve gode liv og ha god psykisk helse. Mennesker med utviklingshemning kan imidlertid også utvikle eller rammes av lettere eller mer alvorlige psykiske problemer som angstlidelser, depresjoner, ADHD, selvskadingsepisoder, psykoser eller andre psykiske problemer. Forekomsten av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning er sannsynligvis høyere enn hos befolkningen forøvrig. Har man en utviklingshemning kan man være ekstra sårbar for konsekvensene fordi man har reduserte muligheter til å forklare, fortolke og formidle egne opplevelser og til å søke hjelp selv.

Tilrettelegging i kommunen

Kommunen har ansvar for å fremme god psykisk helse hos alle, inkludert personer med utviklingshemning, gjennom å bidra til gode levekår. Kommunen skal fremme mestring av eget liv, samvær med andre, gode livsoverganger med inkludering i skole, arbeid og aktivitet, orden i personlig økonomi og bistand i boligspørsmål med mer. Kommunen skal også forebygge og redusere problemutvikling.

Kommunen har ansvar for å gi tjenester til alle pasient- og brukergrupper, inkludert personer med utviklingshemning som opplever psykiske problemer. Kommunen skal gjøre de vanlige tjenestene tilgjengelige for alle og tilrettelegge for ulike behov, enten det gjelder fastlege, psykisk helsetjeneste eller andre tjenester. Tildeling av tjenester krever individuell vurdering, involvering

av brukeren/pårørende/verge, og må ivareta brukerens totale behov og rett til tjenester.

Kompetanse og samhandling

Forsvarlige helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemning og psykiske problemer krever et godt tverrfaglig samarbeid og god samhandling mellom kommunale aktører og tjenester. Kommunen bør legge til rette for at faggruppens spesielle kompetanse supplerer og utfyller hverandre i tjenesteyting til den enkelte og i tjenesteutviklingen.

Når en person med utviklingshemning har behov for psykisk helsehjelp og kompetanse som kommunen ikke har, skal kommunen henvise til spesialisthelsetjenesten. Henvisningsårsak er ofte utfordrende adferd som kommunen ikke finner årsaken til og ikke klarer å løse selv. Atferdsproblemer kan skyldes psykiske lidelser som kan være vanskelig å avdekke og skille fra andre årsaker til atferdsproblemer. Symptomene på psykiske lidelser kan også fremtre annerledes hos personer med utviklingshemning enn hos enn andre.

Spesialisthelsetjenesten har et særskilt ansvar for veiledning til kommunen. Spesialisthelsetjenesten bistår med å vurdere mulige årsaker og løsninger. Dette er også en viktig del av arbeidet med å forebygge og begrense bruk av tvang og makt i tjenestene. Rehabiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten arbeider tett på kommunen for å dekke et spesialisthelsetjenestetilbud til personer med utviklingshemning. De veileder kommunens ansatte og arbeider ofte ambulant og i brukerens vante miljø.

Graden av utviklingshemning har betydning for hvilken del av spesialisthelsetjenesten som bør bistå. Personer med lettere utviklingshemning som trenger behandling fra spesialisthelsetjenesten for sin psykiske lidelse, bør kunne få et egnet tilbud fra psykisk helsevern fra helseforetaket, DPS (Distriktpsikiatrisk senter for voksne) eller BUP (Poliklinikk innen psykisk helsevern for barn og unge). Personer med moderat og alvorlig utviklingshemning kan ha behov for egnet tilbud ved sentraliserte spesialenheter med særlig kompetanse. Kommunen, habiliteringstjenesten og psykisk helsevern må samarbeide om å gi et egnet og individuelt tilrettelagt tilbud. Hjelpen bør så langt som mulig gis i brukerens vante miljø, ved hjelp av ambulante team.

Grensen mellom kommunal og spesialisert behandling er imidlertid ikke skarp og entydig. Det kan være variasjoner i kompetanse og kapasitet mellom kommuner. Nærmere arbeids- og ansvarsdeling må avklares lokalt. Behandlingen og den psykiske helsehjelpen må alltid være forsvarlig, og avklaringer av ansvar og oppgaver må ta hensyn til forsvarlighetskravet. De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak er viktige verktøy som også bør brukes til å avklare samarbeidet for denne gruppen.

Det finnes mange eksempler på vellykkede prosjekter i kommunene der man får til tverrfaglig samarbeid innad i kommunene og jevnlig veiledning med habiliteringstjenestene og psykisk helsevern. Veiledningen er ofte organisert rundt enkeltpersoner i boliger eller kommunale bofellesskap, men også som internundervisning og kursing. Organiseringen av utredning, behandling, forebygging og habilitering varierer imidlertid mellom både kommuner og mellom helseregionene.

Utfordringsbildet – og hva gjør vi med det?

Utfordringene er mange når det gjelder å fange opp og håndtere psykiske problemer hos personer med utviklingshemning. En utfordring gjelder tilgjengeligheten av tjenester. Gruppen av personer med utviklingshemning er underrepresentert i utredning og behandling av psykiske lidelser til tross for at forekomsten trolig er høyere for denne gruppen enn for resten av befolkningen. En annen utfordring gjelder utvikling av dobbeltkompetanse hos tjenesteutøverne i boliger og bofellesskap. Kunnskapsmangel kan føre til at symptomer eller spesiell adferd tilskrives selve utviklingshemningen, og at man ikke gir nødvendig psykisk helsehjelp.

For å styrke det psykiske helsearbeidet i kommunene har helsemyndighetene blant annet stimulert til økt rekruttering av psykologer til kommunenes helse- og omsorgstjenester. Dette er i tråd med samhandlingsreformen. I 2013 fikk 115 kommuner over hele landet tilskudd på til sammen

179 psykologstillinger i kommunehelsetjenesten. De fleste kommunalt ansatte psykologer retter sin tjeneste mot barn og unge, men enkelte kommuner har rettet psykologtjenesten spesielt mot eldre eller mot personer med psykisk utviklingshemning.

Flere psykologer i kommunen er imidlertid ikke nok. For å fange opp og forebygge psykiske problemer hos personer med utviklingshemning må pårørende og miljøpersonalet som er til stede i hverdagen ha kunnskap om at psykiske problemer kan oppstå, slik at de ikke utelukker denne muligheten og lar være å ta kontakt med fastlegen eller psykisk helsearbeid i kommunen. På samme måte må fastlegen og kommunens øvrige tjenester også ha kunnskap om utviklingshemning og psykiske problemer, for å fange opp symptomer, sette i verk tiltak, søke ytterligere kompetanse eller henvise videre.

For å forbedre og skape likhet i henvisningspraksis og prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, er det laget prioriteringsveilederne «Psykisk helsevern for barn og unge», «Psykisk helsevern for voksne» og «Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten». Veilederne skal være beslutningsstøtte for de som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten og gir råd om tildeling av rettighetsstatus og maksimumsfrist for pasientene som tildeles «rett til nødvendig helsehjelp». En veileder til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er under utarbeidelse.

Helsedirektoratet ønsker kommunene og spesialisthelsetjenesten lykke til i det viktige arbeidet med å utvikle tjenester til personer med utviklingshemning som opplever psykiske problemer og lidelser. Vi støtter Nasjonalt kompetansemiljø for utviklingshemning (NAKU) og Fagnettverket for psykisk utviklingshemning og psykisk helse som arbeider jevnt og setter fokus på dette viktige temaet.

Kilder:

- Prioriteringsveileder «Psykisk helsevern for barn og unge». (IS-1636)
- Prioriteringsveileder «Psykisk helsevern for voksne». (IS-1582)
- Prioriteringsveileder «Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten». (IS-1582)
- DPS-veileder: «Distriktpsikiatriske sentre. – Med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen». (IS-1388)

ARTIKKEL 1

Likeverdig tilbud



JARLE EKNES

Psykologspesialist

Personer med utviklingshemning har også psykiske lidelser, og kan i likhet med resten av oss noen ganger ha behov for å få hjelp (Ellingsen, 2007 og Kittelsaa, 2008).

I Helsedirektoratets Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten fremheves:

«Personer med utviklingshemning har de samme rettigheter som andre til å motta tjenester fra psykisk helsevern, både i form av samtaler og behandling med antidepressiver» (Helsedirektoratet, 2009a, s. 75).

I tilsvarende retningslinjer for bipolar lidelse tydeliggjøres det at:

«Personer med utviklingshemning og bipolar lidning blir i utgangspunktet behandla som andre med same lidning.» (Helsedirektoratet, 2012, s. 82).

Likeverdigheten i tjenestetilbudet blir gjentatt blant annet i retningslinjene for psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013, s. 148), selv om det i alle retningslinjene også tas med spesielle forhold som kan være aktuelt når personen har utviklingshemning.

I offentlige dokumenter er det fastslått at denne gruppen har samme typer lidelser som andre, stort sett samme symptomer og i stor grad kan profitere på samme behandling som andre. Dog med visse avgjørende tilpasninger, særlig ved stor grad av

utviklingshemning.

Likeverdige helsetjenester til personer med utviklingshemning er et uttalt mål i Opptrappingsplanen for psykisk helse (Helse og omsorgsdepartementet, 2009), Melding til Stortinget 45 (2012-2013) Frihet og likeverd (BLD, 2013) (og andre steder (BLD, 2010). Likevel er tilbudet til denne pasientgruppen mangelfullt. Det er et sprik mellom gode intensjoner og føringer i offentlige dokumenter og det tilbudet mange med utviklingshemning og psykiske lidelser faktisk mottar.

Sosial- og helsedirektoratet uttalte i 2006 at mennesker med lett utviklingshemning og psykiske lidelser i utgangspunktet skal behandles i det ordinære psykiske helsevernet, mens mennesker med en moderat eller alvorlig utviklingshemning blir behandlet i spesialiserte enheter (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Hvordan dette bør fungere, er godt fremhevet i prioriteringsveilederen Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010a).

«For mennesker med moderat eller alvorligere utviklingshemning og mistanke om psykisk lidelse, vil det være formålstjenlig med et samarbeid mellom psykisk helsevern og habiliteringstjenesten for voksne. Det er store regionale forskjeller mht både kompetanse i tjenestene og hvordan tilbudet er organisert, og en ansvarsavklaring er nødvendig for å oppfylle helseforetakenes forpliktelser. Alle pasienter som omhandles av denne prioriteringsveilederen har ved mistanke om psykiske lidelser rett til å få vurdert

sin henvisning med på helsehjelp fra psykisk helsevern. Ved mistanke om psykiske lidelser hos personer med lett utviklingshemning, forutsettes det at henvisningen og den aktuelle helsehjelpen i hovedsak vil ivaretas innenfor psykisk helsevern sitt ansvarsområde.» (Helsedirektoratet, 2010a, s.2-3 i veiledertabell).

I prioriteringsveileder for psykisk helsevern for voksne står det at psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser som hovedregel har rett til prioritert helsehjelp, med maksimumsfrist 12 uker (Helsedirektoratet, 2008, s.14). En særlig vurderingsfrist (10 virkedager) og behandlingsfrist (65 virkedager) gjelder for pasienter under 23 år med psykiske lidelser og/eller rusproblemer (Helsedirektoratet, 2010, vedlegg «Lovmessig grunnlag» s. 3).

I tilsvarende prioriteringsveileder for barn og unge inkluderes personer med utviklingshemning på linje med andre:

«Blant barn med psykisk utviklingshemning er det store individuelle forskjeller i graden av utviklingshemning. Psykisk utviklingshemning gir økt risiko for psykiske symptomer og lidelser, og psykiatriske symptomer hos mennesker med psykisk utviklingshemning skal vurderes etter relevante tilstandsgrupper i prioriteringsveilederen.»

Det er her ikke gjort en ansvarsfordeling etter grad av utviklingshemning.

Sosial- og helsedirektoratet har fremhevet at DPS bør ha kompetanse på de vanligste psykiske lidelsene hos psykisk utviklingshemmede (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 43). Det skulle bare mangle, når de vanligste lidelsene for personer med utviklingshemning er de samme som for resten av befolkningen. I utgangspunktet har de vanlige spesialisthelsetjenestene i psykisk helsevern kompetanse som kan komme alle unge og voksne med utviklingshemning og psykiske lidelser til gode. Like fullt vil disse spesialisthelsetjenestene ofte selv betvile sin egen kompetanse i denne sammenhengen.

Det å mangle kompetanse er ingen god unnskyldning for å la være å gi tjenester. Da må man skaffe seg kompetanse, leie inn kompetente

helsearbeidere eller samarbeide med miljø som innehar den nødvendige kompetanse.

Det burde vært lett å få hjelp når man trenger det, men slik er det ofte ikke.

De som trenger hjelp ønsker seg gjerne at det enten finnes tjenestetilbud som har spesialisert seg på psykiske vansker hos personer med utviklingshemning, eller at man i de ordinære psykisk helse-tjenestene gir tilbud til disse på lik linje med andre. Hvilket tilbud man har tilgjengelig varierer i ulike deler av landet. I noen habiliteringstjenester har man kompetanse på psykiske lidelser, og vil enten kunne bidra med behandling eller henvise til videre til andre deler av tjenesteapparatet. Andre habiliteringstjenester er tydelige på at psykiske lidelser ligger utenfor deres ansvarsområde.

Tilsvarende erfaringer har vi med kommunale lavterskeltilbud og helseforetakenes spesialisthelsetjeneste innen psykisk helsevern. Noen steder er man imøtekommende og erfarne i å tilby behandling for utviklingshemmede, men vanligere er det nok å bli avvist eller avspist med et tilbud som ikke er reell behandling. Slik trenger det ikke være.

Det er sjelden at avslag eller manglende behandling av denne gruppen har sammenheng med dårlige holdninger. Men de har gjerne en innarbeidet langvarig dårlig praksis, sett fra vårt ståsted, hvor de har prioritert bort personer med utviklingshemning. Dette har de gjerne gjort så lenge at de tror det skal være slik. Men det skal det ikke. Dette heftet handler om hvordan vi kan endre dette, og få kompetente fagfolk i psykisk helsevern til å bistå også de som har utviklingshemning på en god måte.

For det første må vi *etterspørre* tjenester for å oppnå at tjenestetilbudene blir gode. Det minst lure vi kan gjøre er å la være å søke hjelp, fordi vi tror det er vanskelig å få hjelp. Å søke hjelp øker sannsynligheten for å få hjelp; på kort sikt for den som søker, på lang sikt også for andre som trenger hjelp i fremtiden.

For det andre må vi henvende oss på *riktig* måte til dem som har ansvaret. Fastlegen er et naturlig sted å starte. Formelt har fastlegene det primære ansvaret for behandling av lettere og moderate psykiske lidelser i befolkningen. De kan henvise til andre instanser når det er behov for det.

For det tredje må det utarbeides tydelig søknad.

Det kan være aktuelt å formulere søknader slik at det skinner igjennom at man kjenner *rettighetene* utviklingshemmede har til å få hjelp i de vanlige psykiatritjenestene. Det vil alltid være lurt å tydeliggjøre *hva* man søker om. Av og til er det også lurt å understreke *hva* man *ikke* søker om, også. Søknaden bør inneholde formuleringer som tar utgangspunkt i det den aktuelle helsetjenesten forventes å ha som arbeidsoppgave, og hva de pleier å prioritere av oppgaver.

For det fjerde skal man ikke ta nei for et nei, hvis man mener et avslag er urimelig. Skriv klage eller ny henvisning, som er reformulert ut fra begrunnelse som er gitt i avslaget. Ofte er det også lurt at noen ringer til den aktuelle helsetjenesten og tar en prat om saken man ønsker samarbeid om.

I krevende saker er det lurt at flere personer og instanser samarbeider. I søknad til spesialisthelsetjeneste innenfor psykisk helsevern kan man med fordel tydeliggjøre at man allerede har med seg ressurspersoner med kompetanse om selve

utviklingshemningen, og at det er *psykiatrisk* kompetanse og oppfølging man nå søker.

Det er sjelden det er en god strategi å skjelle ut dem man søker hjelp fra, etter at de har avslått søknad. Men det er ofte en god strategi å vise at man er utholdende og ikke gir opp, og at man har allierte med seg i kampen for å få tilgang på de tjenestene personene med utviklingshemning og psykiske vansker trenger.

Dette heftet vil være til hjelp for dere som ønsker å bidra til at døren inn til psykisk helsetjenestene åpnes også for personer med utviklingshemning.

Referanser:

BLD (2010). Mennesker med utviklingshemming skal heller ikke diskrimineres!: informasjons og utviklingsprogram 2010/2013. Oslo: Barne, likestillings og inkluderingsdepartementet.
 BLD (2013). Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemning. Meld. St. 45 (2012-2013).
 Ellingsen, K.E. (2007). Helseoppfølging av personer med utviklingshemming. Trondheim: NAKU.
 Helsedirektoratet (2008). Prioriteringsveileder. Psykisk helsevern for voksne. Oslo: Helsedirektoratet.
 Helsedirektoratet (2009a). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet.
 Helsedirektoratet (2009b). Prioriteringsveileder. Psykisk helsevern for barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet.
 Helsedirektoratet (2010a). Prioriteringsveileder. Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet.
 Helsedirektoratet (2010b). Prioriteringsveileder. Habilitering av

barn og unge i spesialisthelsetjenesten Oslo: Helsedirektoratet.
 Helsedirektoratet (2012). Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidinger. Oslo: Helsedirektoratet.
 Helsedirektoratet (2013). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: Helsedirektoratet.
 Helse og omsorgsdepartementet (2009). Opptappingsplanen for psykisk helse 1999/2008: oppsummering og videre arbeid. I: Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2010. Prop. 1 S (2009/2010). Oslo: Finansdepartementet; 2010. s. Kapittel 8. 291324.
 Kittelsaa, A. (2008). Utviklingshemning og psykiske helsetjenester. Trondheim,; NAKU.
 Sosial- og helsedirektoratet (2006). Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsikiatriske sentre med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.

INNHALDSFORTELLING	
2	Individuell plan - Maria Spjelkavik
3	Vedlegg - Samtykke erklæring
4	Vedlegg - Ressurspersoner for Maria
5	Vedlegg - Tiltaksplan bolig
6	Vedlegg - Tiltaksplan bemanning
7	Vedlegg - Tiltaksplan kompetanse
8	Vedlegg - Tiltaksplan fritidstilbud
	Vedlegg - Tiltaksplan helse
	Vedlegg - nytt dagtilbud



ET GODT STED Å BO: Selv om tilpasset hjelp ikke alltid finnes i nærmiljøet, angrer ikke Åse Mette og Kurt Spjelkavik på at de flyttet til den lille kommunen Andøy da barna var små.

DEL 1

BARN OG UNGE

REPORTASJE 1

Nærpersonenes kunnskap er gull verdt

Tekst og foto: Kari Klepp

Åse Mette og Kurt Spjelkavik er foreldre til ei ung dame med autisme, lett utviklingshemning og psykiske vansker. De oppfordrer både kommuner og spesialisthelsetjenesten til å lytte til den tause kompetansen som pårørende og assistenter besitter.

Åse Mette og Kurt tok et valg da de flyttet til Andøya fra Bodø med to små barn. Eldstedatter, Maria, hadde særskilte behov og fikk senere diagnosen autisme og lett utviklingshemning. Da familien flyttet til en liten kommune som Andøya, var småbarnsforeldrene klar over at de kom til å bo i utkanten av fagmiljøer og hjelpeapparat. Men på Åse Mettes hjemsted Andenes, kunne barna vokse opp med storfamilien rundt seg. Og på et sted der alle kjenner alle, ville Maria få et trygt lokalsamfunn rundt seg der det er rom for å være annerledes.

I oppveksten hadde ikke Maria behov for så mange ekstra tjenester utover assistenter i barnehage og skole. Det var da hun som 16-åring begynte å utvikle psykiske vansker, at veien fra Andøya til tilstrekkelig, faglig oppfølging for første gang virket veldig lang.

Spiseforstyrrelse

– Det begynte med en spiseforstyrrelse. Maria hadde sett en dokumentar på skolen om ekstremt

overvektige amerikanere. I og med at hun har en tendens til å tolke ting bokstavelig, ble hun veldig redd for fett og sukker, forteller Marias mamma, Åse Mette.

Det var Åse Mettes søster som først oppdaget at Maria var blitt veldig tynn da hun skulle sy bunad til konfirmasjonen hennes.

– Etter at søsteren min fortalte meg det, begynte jeg å legge merke til hvordan Maria flyttet maten rundt på tallerkenen. Hun endret også karakter og ble mer alvorlig, forteller Åse Mette.

Foreldrene tok selv kontakt med Fagenhet for spiseforstyrrelser i Bodø – et poliklinisk team ved Nordlandssykehuset. Det er et tilbud til barn og unge med alvorlige spiseforstyrrelser og teamet arbeider opp mot personens lokale nettverk.

– De stilte opp på dagen og ga oss veldig god oppfølging. Teamet hadde lite erfaring med autisme og utviklingshemning fra før, men det var aldri et problem i behandlingen. De tilrettela etter Marias konkrete behov. Hun var alvorlig syk, og skulle egentlig ha blitt lagt inn ved spesialisthelsetjenesten i Bodø. Men siden hun er livredd for sykehus, sørget teamet isteden for at hun ble «lagt inn» her hjemme. Kurt tok ut pleiepermisjon, og vi tok oss av opp- ernæring av Maria hjemme med ukentlig rapportering til teamet i Bodø, forteller Åse Mette.

Maria var en lydlig pasient og fulgte pliktoppfylende rutinene. Sakte, men sikkert begynte hun å legge på seg. Da hun var på sin siste kontroll ved Nordlandssykehuset, spurte foreldrene om datteren



STORESØSTER: Lillesøster Mathilde (t.h) hadde det vanskelig da storesøster slet med psykiske vansker. I dag er hun ansatt som assistent hos søsteren og de to jentene har fått et nært søskenforhold. Bildet er et sommerminne fra søstrene var åtte og seks år gamle. Foto: privat.

nå var kvitt spiseforstyrrelsen. De fikk da vite at hun var frisk, men at det var stor sannsynlighet for at sykdommen kunne komme tilbake.

Fortvilelse

Spiseforstyrrelsen kom ikke tilbake. Men da Maria var 17 år, viste de psykiske vanskene seg i form av angst, depresjoner og tvangstanker.

– Vi merket at hun ble redd for små tall. Vi måtte for eksempel skjule strekkodene på shampooflasker og lignende i huset. Hun fikk angstanfall og var redd for å dø. Da fikk jeg panikk. Jeg har ingen erfaring med psykiske lidelser og jeg visste rett og slett ikke hva vi skulle gjøre, forteller Åse Mette.

Både hun og mannen har lederutdanning fra Forsvaret og har i dag stillinger med mye ansvar. Gjennom hele Marias oppvekst, har de alltid orientert seg kjapt i tjenesteapparatet og stått på til tilbudet har vært på plass. Men da Marias psykiske problemene eskalerte, følte foreldrene seg for første gang fortvilte, hjelpeløse og redde.

– Vi ba fastlegen om en henvisning til BUP (Barne- og ungdomspsykiatrien). Fastlegen har alltid vært en god samarbeidspartner og når vi har bedt om en henvisning, har vi fått det.

Hos BUP møtte de fagpersoner som hadde

lite erfaring med autisme og utviklingshemning. Foreldrene følte at spesialistene ikke forsto hvor syk Maria faktisk var.

– Vi fikk tilbud om psykolog, men møtene var bare en gang i måneden og sykdommen var mye mer akutt enn som så. Hun var på grensen til psykotisk. Men jeg tror ikke spesialistene så helt hva som var autisme og hva som var psykisk sykdom, sier Åse Mette.

Foreldrene tok seg selv av datteren og tilrettela etter beste evne. Moren sov hos henne om natta, og vekte mannen om morgenen som tok over mens hun dro på jobb. Da Åse Mette kom hjem fra jobb, hadde de et nytt «vaktskifte». Å søke om avlastning var uaktuelt. De fryktet at situasjonen skulle bli verre om det kom inn en ny fremmed person.

– Når jeg ser tilbake på den perioden nå, så ser jeg at frykten for at ting skulle bli verre gjorde oss veldig kritisk i hvem vi turte å eksponere Maria for.

Disse årene var en tøff påkjenning for Maria og foreldrene. Men Åse Mette synes det aller tyngste var påkjenningen for Marias to år yngre lillesøster, Mathilde. Det var vondt å å se hva det å ha en psykisk syk jente hjemme, gjorde med yngstejentas livskvalitet og foreldrenes mulighet til å være der for henne.

– Det snakkes mye om barn av psykisk syke nå og at de må tas vare på. Det er bra at det rettes

fokus mot dette. Men en må heller ikke glemme søsken av psykisk syke. I den perioden som Maria var på det sykeste, kunne ikke Mathilde ha med venner hjem. Hun listet seg rundt, var livredd for søsteren og veldig bekymret for foreldrene.

Tegnet tanker

Til slutt ble situasjonen hjemme så ille, at foreldrene ba om en innleggelse ved psykiatrisk akuttpost for ungdom i Bodø.

– Maria er redd for sykehus, så vi ville i utgangspunktet ikke at hun skulle legges inn. Men jeg tror sykehusinnleggelsen var det skiftet vi trengte for å få til en endring. Vi fikk et brudd i rutinene. Når du har blitt syk i hjemme ditt, er det lurt å ha et annet sted å være, tror jeg, sier Åse Mette.

Familien hadde i løpet av denne tiden kommet i kontakt med Psykiatrisk innsatsteam ved Nordlandssykehuset. Det er et ambulerende psykiaritsteam for personer med utviklingshemning eller utviklingsforstyrrelser og alvorlige psykiske lidelser.

– Olav Ose Evensen i innsatsteamet kom hjem til oss og satt her en hel dag og lyttet. Han klarte å se Maria og forstå hva hun slet med. Da følte vi oss ikke lenger så alene om situasjonen, forteller Åse Mette.

Evensen ga faglige råd til BUP og han sørget for at Maria ved neste innleggelse fikk komme tilbake til samme akuttpost selv om hun var fylt 18 år og egentlig tilhørte voksenpsykiatrien.

– Det er fantastiske fagfolk som jobber ved ungdomsavdelingen. Men de mangler erfaring om pasienter som har autisme og utviklingshemning. Vi har lett landet rundt etter et spesialisert psykiatrisk tilbud til personer med autisme. Det eneste vi fant, var en poliklinikk i Vestfold. Egentlig er det litt rart at det ikke finnes et spesialisert, nasjonalt psykiatritilbud til personer med autisme og utviklingshemning, i og med at denne gruppen har en større sårbarhet for å utvikle angst og andre psykiske lidelser enn øvrig befolkning, sier Åse Mette.

I de tre årene som sykdommen varte, hadde Maria flere dramatiske anfall der hun sluttet å puste. De vet ennå ikke hva anfallene skyldes. Hun har blitt utredet for epilepsi, uten at det er konkludert noe rundt dette ennå. For sine psykiske

lidelser har hun fått medisiner og etter hvert også fått en flink psykolog ved voksenpsykiatrien (VOP) som hjelper Maria med å sortere tankene sine.

– BUP ville ikke tilby Maria kognitiv terapi. De hadde ingen tro på det, siden hun er autist. Men jeg har tro på det. Maria er veldig verbal og jeg synes ikke en skal avfeie denne type behandling før det er prøvd. Nå er det voksenpsykiatrien som har ansvaret for Maria. Psykologspesialisten der har fått råd fra spesialister i Vestfold som har kompetanse om personer med autisme og psykiske lidelser. De har snakket om hvordan kognitiv terapi kan gjennomføres med pasienter som har autisme og lett utviklingshemning, sier Åse Mette.

Da psykologen i VOP ble koblet inn, intervjuet hun foreldrene og kartla hva som hadde blitt gjort fram til da. Siden foreldrene hadde hatt fokus på pust og pulstelling når datteren fikk panikkanfall hjemme, bygde psykologen videre på dette. I terapien brukte de «yogapust» som utgangspunkt for mestringsstrategier hos Maria. Maria fikk også bruke tegning for å sortere tankene.

– Maria har alltid tegnet. I terapitimene tegnet de kart over verden der de skilte mellom land som ikke er så bra å bo i og land som var gode å være i. Kartet ble brukt som en illustrasjon på angsten, der de gode områdene skulle erobre hele verden – eller kroppen.

Roser assistentene

I stedet for å gå veien gjennom førstelinjetjenesten til andrelinjetjenesten, har familien Spjelkavik ofte startet med spesialisthelsetjenesten.

– Vi har alltid hatt en konstruktiv dialog med tjenesteapparatet lokalt. Men, hvis jeg kan generalisere, så vil jeg si at kommunen ofte hører mer på det en fagspesialist sier enn det som kommer fra oss pårørende. Tjenesteapparatet burde høre mer på den tause kompetansen – den vi og assistentene besitter. Det er vi som møter barnet eller ungdommen i det daglige og har kunnskap om konkrete behov, sier Åse Mette.

Hun kan ikke få rost assistentene rundt Maria nok.

– Selv om de er ufaglærte, må deres handlingskompetanse tas på alvor. Kunnskapen og ferdighetene de sitter inne med er noe som både spesialisttjenestene og de som skal tilrettelegge i

kommunen, burde dra mer nytte av.

Maria har nå langt færre psykiske vansker enn tidligere. Hun går i det siste året på videregående og har flyttet for seg selv.

– Kanskje var noe av angsten knyttet til spenningen rundt det å skulle flytte hjemmefra? Dette var noe hun både gledet og gruet seg til. Det var derfor viktig å få dette på plass, slik at hun slapp å gå rundt med den spenningen over tid, forteller Åse Mette.

Foreldrene gikk gjennom Marias økonomiske situasjon, satte opp et budsjett og gikk til kommunen med et forslag til bolig og bemanning. De fikk støtte til at Maria kunne leie en leilighet med bemanning 24 timer i døgnet. Kommunen har kun ansatt ufaglærte assistenter på Marias alder som først og fremst velges ut fra personlig egnethet. De rekrutteres som BPA' er (brukerstyrt personlig assistent). Marias far, Kurt, er i dag arbeidsleder for BPA-ene. Foreldrene har styrt utvelgelsesprosessen.

– Maria ønsket ikke å bo i en bolig sammen med andre tjenestemottagere. Hun identifiserer seg ikke med andre personer med autisme eller utviklingshemning. Og hun er en kreativ person med mange hobbyer som krever litt plass. Vi fant derfor en leilighet og kommunen betaler for bemanning mens vi organiserer den, sier Kurt.

I tillegg til å være arbeidsleder, er han nå koordinator i ansvarsgruppen til Maria.

– Vi har fått oppnevnt en koordinator i kommunen. Det er ei flink dame, men hun har ikke blitt gitt nødvendig koordinatoropplæring og det er ikke blitt satt av tilstrekkelig med ressurser til at hun kan utføre denne jobben. Vi har sagt at vi ikke gir fra oss dette ansvaret, før skikkelig opplæring er blitt gitt. Familien har vært gjennom en kritisk fase og vært avhengig av at ansvarsgruppen har vært velfungerende, sier Kurt.

Han har selv utarbeidet den individuelle planen som gjelder for Maria.

– Jeg brukte Helsedirektoratets veiledning til individuelle planer og et eksempel fra en kommune i Vestfold som utgangspunkt. I planen har vi definert mål og konkrete delmål som er tidsbestemt og som skal kunne måles og evalueres, forklarer Kurt.

I ansvarsgruppa sitter blant andre fastlege, representanter fra habiliteringstjenesten, miljøterapeuten i botilbudet, psykiatrisk innsatsteam, leder

for miljøarbeidertjenesten i Andøya kommune, spesialpedagog og assistent i skolen sammen med foreldrene.

Modige Maria

– Selv om Maria nå er bedre, vet vi at de psykiske vanskene kan komme tilbake. En av tingene som gjenstår i den individuelle planen er derfor å etablere tiltaksplan for hva som skal iverksettes ved forverring av Marias psykiske helse. En annen ting vi jobber med nå, er endringer som vil skje til sommeren når hun går ut av videregående skole. Da må hun ha et nytt dagtilbud, forklarer Kurt.

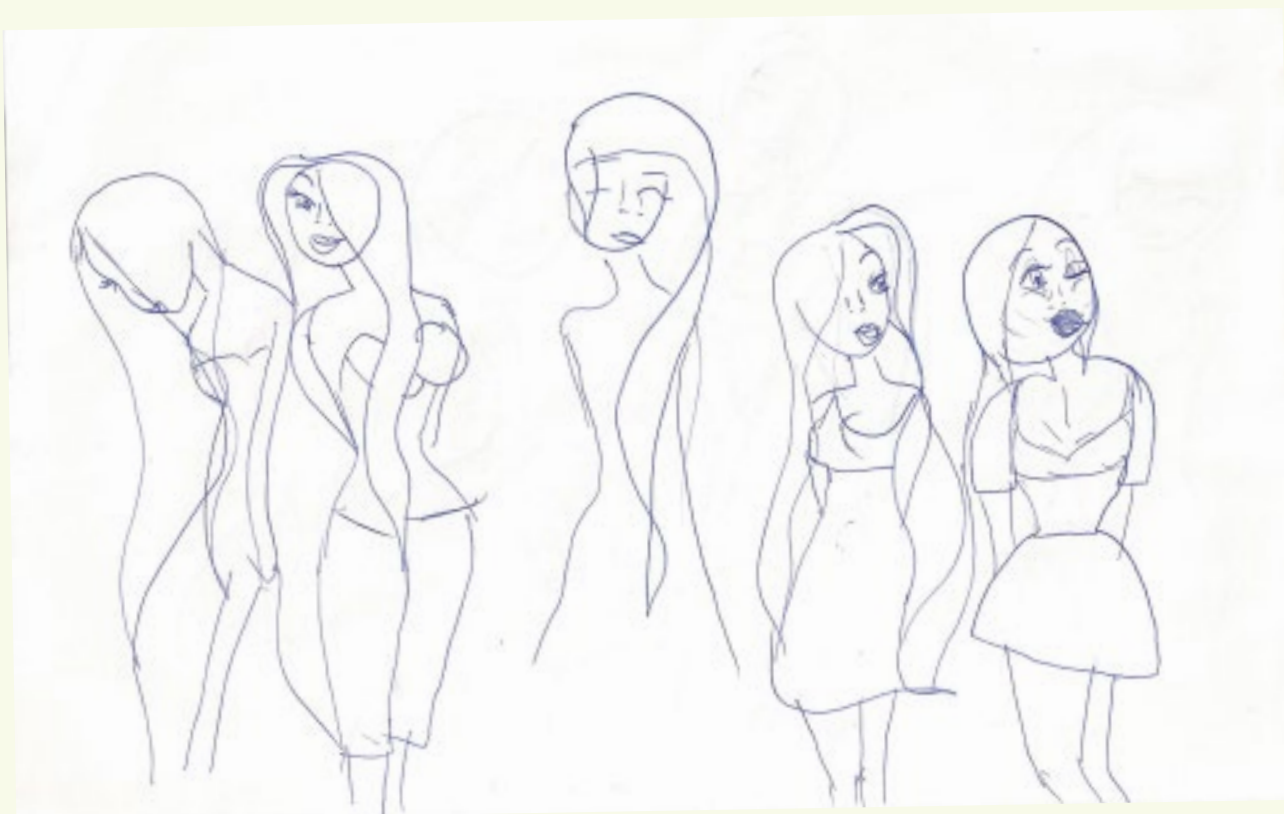
Han har lagt ned mange arbeidstimer i å skrive planer, referater og vaktlister.

– Vår aktive rolle kan bli en sovepute for kommunen. Men vi har for så vidt fått god støtte fra dem. Vi har bevisst valgt vår strategi overfor det kommunale tjenesteapparatet: Strategien vår har i korte trekk gått ut på å være løsningsorientert og tydelig i våre bestillinger til det kommunale hjelpeapparatet. Ikke alle pårørende har kapasitet og mulighet til å velge en strategi på denne måten, sier Kurt som er bekymret for andre familier:

– Det er ikke familiene som skal ta vare på tjenesteapparatet, men motsatt. Kommunene må jobbe etter de lover og regler de er satt til å forvalte. De kan ikke da legge opp til at familiene skal ta ansvaret med tilrettelegging av koordinerte tjenester selv.

Åse Mette innrømmer at arbeidsmengden i den perioden Maria var syk, har vært stor for foreldrene. Men hun understreker at det verken er foreldrene eller tjenesteapparatet som har lagt ned den største jobben.

– Det er Maria som har levd den tøffeste kampen. Tenk på alle de vanskelige tankene hun har strevd med! Jeg blir så stolt når jeg tenker på hvor modig jenta mi er. De fleste mennesker unngår å gjøre ting som er vanskelige. Men Maria har hele tiden utfordret seg selv. Hun har lagt ned en formidabel innsats for å bli frisk.



YTTRYKK: Maria har alltid vært flink til å tegne og skildrer nyanserte ansiktsuttrykk, kroppsspråk og relasjoner med penn og papir.

Ressursboks

Foreldrenes råd til kommunene

- Lytt til foreldre, pårørende og assistenter som møter barnet i det daglige. Deres kunnskap og ferdigheter er viktig for å gi et godt tilbud både i første- og andrelinjetjenesten.
- La familien vise følelser, men hold deg saklig selv. Foreldre er ofte slitne og kan både rope, gråte og banne i møtet med tjenesteapparatet. Men du som tjenesteyter er profesjonell og må ikke ta angrepene personlig. Unngå å gå inn i en krangel og ha heller fokus på saken.
- Ikke forklar manglende tilbud ut ifra ressursfakta. Brukere må ikke bli satt opp mot hverandre.
- Kartlegg om barnet har søsken som trenger oppfølging. Foreldrene har ikke alltid kapasitet til å se dette selv.
- Ansvarsgruppemøtene må være saklige og ha fokus på framdrift i forhold til individuell plan. Det må stille myndiggjorte faste deltakere fra kommunen slik at det er mulig å få til framdrift i planarbeidet.
- Det burde finnes et annet møtepunkt der pårørende kan ventilere følelser og få råd fra fagfolk. Ansvarsgruppemøtene er ikke alltid et egnet forum for dette, da kan fokus på framdrift bli vanskelig.
- Kommunene må ta vare på tjenesteyterne sine og ta arbeidsgiveransvaret sitt på alvor. Hvis arbeidstagerne er utrygge, går det utover tjenestene
- Når kommunene er lovpålagt å ha en koordinerende enhet, må det også settes av ressurser til opplæringen og tilstrekkelig tidsressurs til koordinatorene.
- Det bør finnes flere tverrfaglige møtepunkter i kommunen, slik at tjenesteyterne kan dra nytte av hverandres arbeid. Det forebygger helseproblemer, sparer tid og penger!

ARTIKKEL 2

Barn og unge med utviklingshemning får også psykiske symptomer, - hva er kommunens ansvar og muligheter?



BETTY JOHANNE
PETTERSEN, *Kommuneoverlege, Trondheim kommune*



KRISTIN TEGNANDER,
saksbehandler i Barne- og familietjenesten, Trondheim kommune



JUKKA IMMONEN,
fysioterapeut barn, Enhet for fysioterapi-tjenester, Trondheim kommune

Det psykiske helsearbeidet for barn og unge er et ansvar for kommunen som helhet. Det involverer alle kommunale tjenester som er i kontakt med barn og unge, og omhandler både forebygging og tverrfaglig samarbeid når noen har utviklet psykiske lidelser. Barnehage, skole og fritidssektoren er viktige hverdagsarenaer for utvikling av god psykisk helse, og et godt psykisk helsearbeid innebærer en helhetlig tenkning og et bredt spekter av tiltak i kommunene, på tvers av de tradisjonelle sektorgrensene. Utviklingshemmede har rett til de samme tjenester og tiltak som resten av befolkningen. De skal bruke de samme instanser, tjenester og yrkesgrupper som andre borgere, og med samme tilgjengelighet, forutsigbarhet og tempo i vurdering og utforming av tiltak.

Mange utviklingshemmede har større behov for bistand og hjelp enn befolkningen i gjennomsnitt, men er i mindre grad i stand til å uttrykke sine behov selv og etterspørre eller kreve hjelp. Kommunens utfordring blir da å organisere tjenestetilbudet sitt slik at individuelle behov og rettigheter i henhold til lovverk blir avdekket (1).

I det følgende vil vi presentere det vi oppfatter som ansvarsområder for kommuner i forhold til oppfølging av barn og unge med utviklingshemning med psykiske vansker av noen grad, og belyse det med noen erfaringer fra Trondheim kommune. Helsedirektoratets Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (IS-1405) (2) er et viktig utgangspunkt. Vi vil i liten grad skrive om helsefremmende og forebyggende arbeid.

Utfordrende sykdomsbilder

Utviklingshemmedes psykiatriske sykdomsbilde er like variert som for den øvrige befolkningen hva diagnoser angår, men med høyere forekomst og gjerne mer kompleks, tidkrevende diagnostikk, behandling og evaluering. For barn og unge med utviklingshemning kan det se ut som om en del diagnostikk blir utsatt til voksen alder, og at symptomer lenge blir oppfattet som rene atferdsvansker og behandlet med pedagogiske tiltak eller behandlet med psykofarmaka med usikker begrunnelse og oppfølging.

Årsakene til denne situasjonen er utvilsomt manglende kunnskap og kompetanse i mange ledd. Selv om mange forhold er blitt bedre for personer med utviklingshemning etter ansvarsreformen har vi ikke fått nok trykk på de kunnskapsmessige utfordringene knyttet til utviklingshemning med samtidig psykiske lidelse.

Hva er «inngangsbillett» til diagnostikk og behandling?

Det er tidvis utfordrende å skille mellom utviklingshemningen og symptomer på psykiske lidelser, og hvorvidt endringer skyldes somatiske, psykiske prosesser eller prosesser knyttet til endringer i utviklingshemningen. Det at symptomer utvikles over tid kan være utfordrende, og en årsak til at en del må vente til voksen alder for å bli ferdig diagnostisert. Det må presiseres at dette også gjelder for andre barn og unge, men utfordringene er nok større for barn og unge med utviklingshemning. For å kunne bli bedre

på diagnostiske prosesser og behandling kreves et tverrfaglig samarbeid mellom flere kommunale instanser.

Foresatte

Foreldrene/foresatte oppdager ofte psykiske endringer på et tidlig tidspunkt, men for å få tilgang på diagnostisering og behandling, kreves det at foreldre/foresatte vet hvor de kan henvende seg med sin bekymring, og at henvendelsen tas alvorlig. Den som mottar henvendelsen må vurdere hvorvidt egen kompetanse er nok eller om det kreves annen kompetanse eller annen andre tjenester.

Barnehage og skole

Barnehagen og skolen skal gi barn og unge et oppvekstmiljø som både gir utfordringer som er tilpasset ut fra alder og funksjonsnivå og trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger. Personalet i barnehage og skole skal ha grunnleggende kompetanse og bevissthet om barn og unges psykiske helse og om utviklingshemning, og er derfor en naturlig og viktig aktør i kommunenes tverrfaglige samarbeid. Men ofte møter man på usikkerhet og manglende kunnskap hos personalet når det kommer til personer med utviklingshemning og psykisk helse. Det er da viktig at det er etablert gode rutiner for tverrfaglig samarbeid på tvers av kommunale tjenester, som de kan henvende seg til.

Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Helsesøster er i mange tilfeller en god støttespiller for foreldre når de er bekymret for barnets psykiske helse. Helsestasjonen har ofte fulgt barn med utviklingshemning tett de første leveårene, og vil i mange tilfeller være med på å avdekke tidlige tegn på psykiske vansker. Helsesøstre har viktig kompetanse både når det gjelder utviklingshemning og psykisk helse og er en naturlig del av kommunens tverrfaglige samarbeid og støtte til foreldre, barnehage og skole.

PPT og psykologer

PPT (pedagogisk-psykologisk tjeneste) har mye kompetanse på barn med særskilte behov. PPT skal både ha fokus på det enkelte barn/ungdom som har vansker og bistå skoler i arbeidet med å legge opplæringen til rette for de med særskilte behov. PPT har en viktig rolle når det gjelder kartlegging,

utredning og tiltaksarbeid omkring barn og unge med utviklingshemning og psykisk helse. Flere kommuner har ansatt psykologer i tjenester for barn og unge, enten som ansatte i helsestasjon/skolehelsetjeneste, PPT, egen psykologtjeneste, og/eller i ulike tverrfaglige team. Psykologene deltar ofte med behandling av psykiske vansker og lidelser og med iverksetting av miljø- og individrettede tiltak og er viktige kunnskapsformidlere til andre aktører i kommunen.

Andre sentrale aktører

Mange barn med utviklingshemning har motoriske vanskeligheter som gjør at de kommer tidlig i kontakt med fysioterapeut og ergoterapeut. Deres kunnskap og kompetanse i forhold til barnets utvikling vil gi viktige bidrag både i forhold til forebygging, diagnostikk og evt. behandling. I de kommunale avlastningsboligene er det ofte ansatt vernepleiere. Vernepleiere har kompetanse på forebyggende miljøarbeid og kan gjennom sin helsekompetanse oppdage endringer i barnets væremåte som kan være tegn på psykiske lidelser.

Fastleger

Fastlegene har en viktig rolle i det psykiske helsearbeidet i kommunen, også i forhold til barn og unge med utviklingshemning (3). Det er svært viktig at fastleger koples inn tidlig for kroppslig undersøkelse, vurdering av iverksatt medisiner og for å sammenholde tidlige og nåværende sykehistorie, inkludert familiens historie. Fastlegen skal inngå i kommunens tverrfaglige samarbeid, og er kommunens henvisningsinstans til spesialisthelsetjenesten.

Tverrfaglige team

Det er i en del kommuner organisert tverrfaglige team som diskuterer saker meldt fra barnehage og skole. Aktørene i disse teamene kommer stort sett fra de tjenestene som er nevnt over. Intensjonen med slike team er å koordinere samarbeidet i forhold til barn og unge med ulike vansker. Gjennom et godt koordinert samarbeid vil man kunne benytte de ulike tjenestenes kunnskap og kompetanse til bedre tjenestetilrettelegging og til å sette inn hjelp på rett omsorgsnivå. Teamenes sammensetning, møtefrekvens og evt. kommunikasjonskanaler til ytterligere medisinsk og psykiatrisk kompetanse er avgjørende for funksjonen.

Individuell plan og ansvarsgruppe

Barn og unge med behov for langvarige og koordinerte tjenester har en lovfestet rett til individuell plan (IP). En godt fundert individuell plan, med tilknyttet ansvarsgruppe, kan være et godt verktøy for å sikre nødvendig samhandling. I dette samarbeidet kan også endringer i atferd tas opp, få en bred vurdering og nødvendige tiltak raskt bli iverksatt.

Møtefrekvens er nok begrenset og i mange kommuner er arbeidet med IP fortsatt i liten grad iverksatt, spesielt i forhold til å få en personlig koordinator som er godt kjent og står nær barnet/ungdommen og foresatte.

Samarbeid på tvers av nivåer

Ikke sjelden er det behov for spesialisthelsetjenestens kompetanse når en arbeider med barn og unge med utviklingshemning med mulig psykiatrisk symptomutvikling. Både Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), habiliteringsteam og institusjoner for eksempel i Helse Midt Trondsløtten habiliteringssenter, er forventet å kunne bidra med sin spesialkompetanse. Det er imidlertid svært viktig å erkjenne at disse ikke kan eller skal ta over kommunenes rolle og funksjoner, og skal ikke representere en nær kontinuitet i forhold til barnet og familien over tid. Tjenesteavtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen skal tydeliggjøre kommunens og spesialisttjenestens fordeling av ansvar, oppgaver og roller for å kunne gi en sammenhengende tjeneste med riktig behandling på riktig nivå. Målsettingen er at de kommunale tjenestene skal ha basiskompetanse og kapasitet også for barn med utviklingshemning og med psykiatriske tilleggssymptomer. Da må samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i enda større grad enn i dag bestå av veiledning og støtte til hjelpeapparatet i kommunen, kanskje på ambulant basis.

Hvilke tiltak kan iverksettes når barn og unge med utviklingshemning får psykiatriske symptomer?

Behandling av en person med utviklingshemning som har utviklet et psykisk problem er utfordrende og må gjennomføres over tid, og ofte med systemiske tiltak. Medikamentell behandling er vanskelig og etisk utfordrende, men barnet har rett til å få

dette vurdert og evt. utprøvd, – med oppmerksom fortløpende vurdering av effekt og bivirkninger. Dette krever god kontakt mellom nærkontakter og de som står ansvarlig for behandlingen, med god veiledning.

Individuelle terapeutiske tiltak har sin begrensning i forhold til barn og unge generelt, også barn og unge med utviklingshemning men både fastleger, kommunale psykologer og evt. BUP bør avklare sine muligheter. For mange typer psykisk lidelse hos barn og unge er imidlertid et godt læringsmiljø ansett som det viktigste og mest effektive tiltaket. Slik ender man ofte opp med indirekte tiltak, i form av miljøterapeutiske tiltak og/eller veiledning til foreldre, barnehage, skole, avlastningstjeneste mm.

Avslutning

Barn med funksjonshemming får ikke sjelden psykisk lidelse i tillegg, og har samme pasientrettigheter som andre grupper i befolkningen i forhold til utredning og behandling. Kommunene har ansvar for å tilby dette og for å få dette innfridd må som regel flere aktører fra hjelpeapparatet samarbeide. Vi har pekt på en del muligheter og utfordringer, men sentralt står arbeidet med individuell plan og tverrfaglige team og det må fremover sikres bedre samarbeid med fastlege og avklaringer i forhold til spesialisthelsetjenesten. Den sykdomsbelastning disse barna og ungdommene totalt står overfor rettferdiggjør og kaller på betydelig innsats i kommunene, uten utsettelse.

Referanser:

1. Syse, A. Lovgrunnlaget for helse og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning og psykiske vansker (I Aasan, S. red. NAKU Temahefte 1 Psykisk utviklingshemning og psykisk helse. Februar 2013, s.35-38).
2. Helseledningskontorets Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (IS-1405).
3. Muruvik Vonen, LE. Et sviktende helsetilbud. Kommunehelsetilbudet er ikke like tilgjengelig for alle. (Utvikling nr 3 årgang 5. oktober 2011, s- 14-15.)



Ressursboks:

Barn og unge kommunen

- Helsedirektoratets sider om barn og unge og psykisk helse: <http://www.helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsearbeid/barn-og-unge/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratets sider om samhandlingsreformen: <http://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/Sider/default.aspx>
- Lov om kommunale helse og omsorgstjenester: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven*
- NAKUs kunnskapsbank, samleside om psykisk helsearbeid, artikler, e-læringsprogram, filmer, publikasjoner og lenker: <http://naku.no/kunnskapsbanken/33>
- Nettsider om psykisk utviklingshemming og psykisk helse: <http://naku.no/node/485>
- Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunen: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge-i-kommunene/Sider/default.aspx>

REPORTASJE 2

Kommunen må først på banen

Tekst og foto: Kari Klepp

En tverrfaglig utredning i spesialisthelsetjenesten forutsetter at det er gjort tverrfaglig utredning i førstelinjetjenesten, sier barnelege Anne Lise Høyland og barnepsykiater Erling Mossige ved St. Olavs Hospital i Trondheim.

– Da får vi vite hva kommunen har tenkt og hva som er gjort. Det er viktig kunnskap for oss, og det sparer pasienten for mye tid, sier Mossige.

Han er overlege ved Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) ved St. Olavs Hospital. En god henvisning har, ifølge Mossige, vedlagt en bunke med tverrfaglig dokumentasjon.

– Det er dokumentasjon på hva som er gjort, hvilke tiltak som er prøvd ut og en vurdering av virkningen av dette. Skrekkeeksemplet på en henvisning er følgende: «Barnets mor kommer inn, synes barnet er så urolig, ønsker utredning for ADHD». Vi trenger langt mer informasjon enn dét før vi kan gjennomføre våre undersøkelser.

Legge puslespill

Anne Lise Høyland er overlege ved Habiliterings-tjenesten for barn ved St. Olavs Hospital. Hun er enig i at kommunen må gjøre et grundig arbeid lokalt før spesialisthelsetjenesten kobles inn. Hun presiserer at det ikke er for å spare andrelinjetjenesten for arbeid, men fordi det er til barnets beste at førstelinjetjenesten kjenner til problemstillingen.

– De som står nærmest barnet, kan lettere se hva som er problemet. Jeg tror også det er faglig viktig

at tjenesteytere i kommunen, som skal ha ansvar for opplæringsplan og tilrettelegging, har vært ute og sett barnet, tenkt gjennom hva utfordringene kan være og brukt de instrumentene de rår med, sier Høyland.

Fastlege, helsestasjon, skolehelsetjeneste, barnehage, skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), fysioterapeut, ergoterapeut og barnevern er blant de kommunale instanser som kan bidra til vurderingen av barnet i kommunen – ut ifra aktuell problemstilling. Høyland poengterer at dokumentasjonen som vedlegges henvisningen til spesialisthelsetjenesten må settes sammen tverrfaglig.

– Ved tverrfaglighet har man prøvd å legge et puslespill ut ifra de brikkene man har. Mens ved flerfaglighet legger man bare alle brikkene oppå hverandre og sier «her er de!». Det jeg ofte savner i henvisningen, er nettopp at noen i kommunen har satt seg ned og sett alt i sammenheng.

Ei dør inn

Spesialisthelsetjenesten er lovpålagt å samarbeide med kommunene om å gi barn og unge med utviklingshemning og psykiske vansker et helhetlig helsetilbud. Men hvor skal kommunen henvise barn der det er mistanke om både utviklingshemning og psykiske vansker? Eller der en ikke vet om det er utviklingshemning eller psykiatri som er årsaken til barnets utfordringer?

– Henvendelsene her i Sør-Trøndelag som gjelder disse barna, kommer enten til oss i habiliterings-tjenesten, til barne- og ungdomsklinikken eller



Anne Lise Høyland, overlege ved Habiliteringstjenesten for barn og unge
Erling Mossige, overlege ved Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk

til BUP. Hvis vi ser at en henvisning opplagt er feilsendt, så sender vi den direkte videre dit den skal, sier Høyland.

Når det gjelder de henvisningene der det er tvil om hvilken avdeling som er riktig mottaker, har St. Olavs Hospital valgt å gå sammen i et felles fordelingsteam der BUP, Habiliteringstjenesten for barn og Barne- og ungdomsklinikken er representert.

– I teamet sitter faste personer ved de tre avdelingene og teamet har stor faglig tyngde og troverdighet som gjør at instansene respekterer avgjørelsene, sier Høyland.

I tillegg til at henvisningene blir sendt videre med solid, faglig begrunnelse, har sammensetningen av teamet også andre gevinster, mener hun:

– Samarbeidet gjør at vi får finstemt oss i forhold til hvordan vi løser slike saker. For vi ser jo utfordringen med at noen barn kan falle mellom stoler. Noen pasienter har behov for bistanden som to eller tre enheter kan gi. Vi prøver da å være ryddige på hvem som har hovedansvaret og at den andre parten yter deltjenester.

To sider av samme sak

Høyland og Mossige sier henvisningene teamet drøfter ofte gjelder barn med tilstander som oppfattes å skyldes organiske funksjonsforstyrrelser. Det er i dag omfattende kunnskap om at barn med alle typer hjernefunksjonsforstyrrelser som utviklingshemning har økt samsykelighet i forhold til andre typer forstyrrelser som for eksempel ADHD og autisme. Disse barna og ungdommene har også en økt sårbarhet i forhold til emosjonelle vansker, forklarer Høyland.

– Når et barn med utviklingshemning er lei seg, skyldes det at vedkommende ikke har fått tilpasset verden slik at han forstår omgivelsene sine? Da er det habiliteringstjenestens bord. Eller er han lei seg på grunn av en erkjennelse av «hvorfors får ikke jeg til det samme som andre?». Da dreier det seg om BUP. Men det kan være begge deler.

Hun tror problemet med at barn og unge med utviklingshemning kan oppleve å bli avvist av BUP, skyldes at det er lite kompetanse på psykiske vansker i denne gruppen. Et økt fokus på systematisk kompetanseheving i BUP på slike dobbeltdiagnoser er nødvendig, mener Mossige og Høyland som synes samarbeidet mellom

habiliteringstjenesten og BUP i Sør-Trøndelag fungerer godt rundt slike saker.

Veiledningsplikten

Spesialisthelsetjenestens har veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Plikten gjelder råd, opplysninger og veiledning om helsemessige forhold og omfatter hovedsakelig veiledning omkring enkeltbrukere. Hvordan veileder habiliteringstjenesten og BUP ved St. Olav tjenesteytere i kommunene?

– Habiliteringstjenesten gir veiledning direkte inn i barnets hverdag – for eksempel ved at en konsulent herfra sammen med skolen ser på problematferd, samt forståelsen av og takling av dette. Ved stor sårbarhet for psykiske vansker bør kommunen gjennom helsekapittelet i individuell plan informeres om hva de bør være oppmerksomme på, sier Høyland.

BUP gir tilbakemelding til skole, PPT, barne- og familietjenesten om sine vurderinger etter at de har foretatt utredning og diagnostikk.

– Vi skriver en foreløpig epikrise hvor vi uttaler oss om hva barnet trenger av videre oppfølging, hva BUP følger opp og hva som bør følges opp i førstelinjen. Epikrisen sendes til henviser, med kopi til fastlege hvis vedkommende ikke er henviser. Når barn og ungdom medisineres og saken avsluttes i BUP, er det fastlegen som skal følge opp medisineringen. Vi tilbyr konsultasjon til fastlegen angående videre oppfølging av dette. BUPs bidrag til individuell plan er som regel å skrive vår behandlingsplan for tiltak fra BUP, sier Mossige.

Han legger til at BUP også har faste, månedlige konsultasjonsteam til de bydelene og kommunene de har ansvar for.

– Førstelinjen tar med seg saker de ønsker drøftet anonymt. Ytterligere tilbyr vi konsultasjon til henviser når informasjonen i saken tilsier dette. Det blir da oppgitt hvem i BUP som er kontaktperson.

Flere årsaker

Samhandlingsreformen, som trådte i kraft i 2012, har blant annet som mål å redusere bruken av spesialisthelsetjenester ved at en større del av helse- og omsorgstjenestene utføres i kommunene. Hva bør kommunen sørge for selv og hva kan førstelinjetjenesten forvente seg av hjelp fra

spesialisthelsetjenesten?

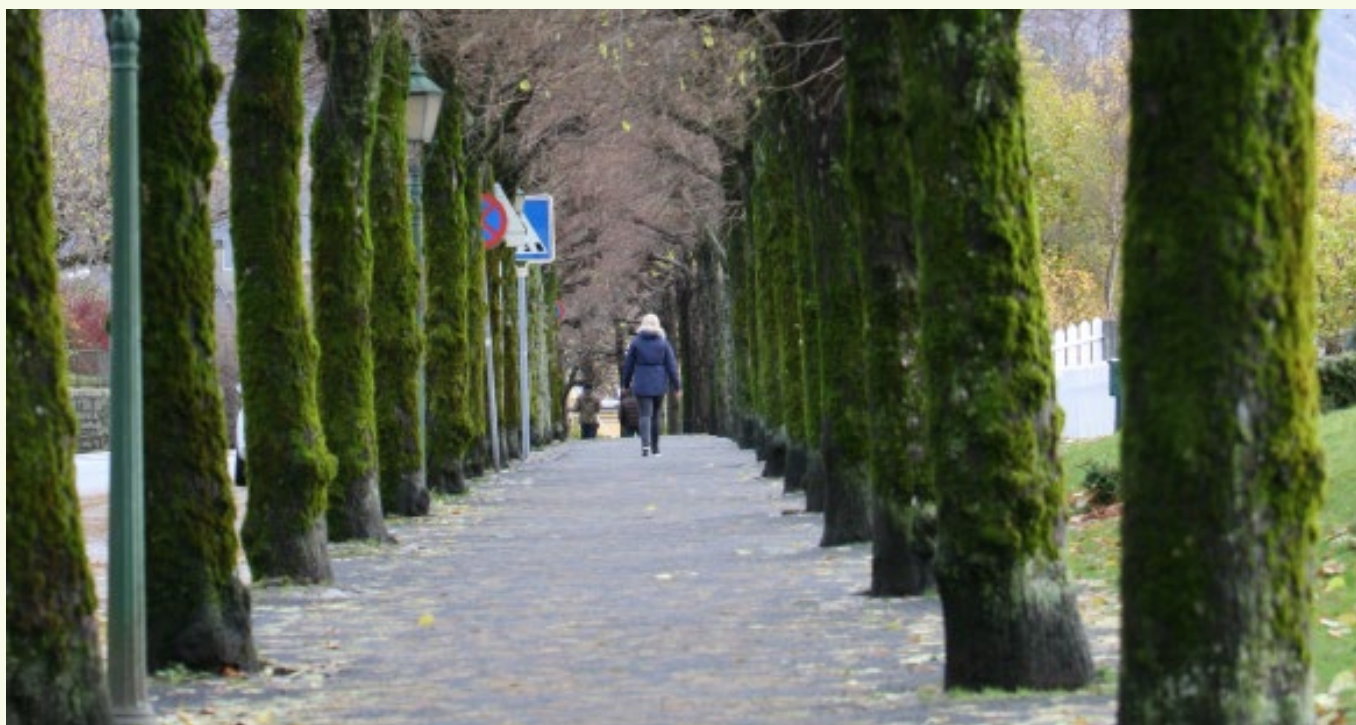
– Fastlegen bør være involvert før barnet henvises til spesialisthelsetjenesten. Fastlegen sitter på mye informasjon, for eksempel om familieforhold, som vi i spesialisthelsetjenesten ikke har. Legen kan også utelukke en del somatiske lidelser. Kan årsaken til at et barn med alvorlig utviklingshemning utagerer være at hun har gnagsår? Forstoppelse? Vonde tenner? Mitt håp er at årlige fastlegeundersøkelser kommer inn i individuell plan hos alle med utviklingshemning, slik at legen blir kjent med barnet og kan fange opp slike problemer, sier Høyland.

Verken hun eller Mossige forventer at fastlegen stiller diagnoser om utviklingshemning eller psykiske lidelser:

– Du må møte mange nok med samme tilstand, for å kunne se nyansene. Vi i spesialisthelsetjenesten er utdannet til å utføre differensialdiagnostikk. Vi gjør en grundig utredning der vi tenker både differensialdiagnostikk og samsykelighet, og kan vurdere hva barnet trenger av hjelpetiltak og på hvilket nivå. Men kommunene får ikke en eksakt oppskrift på hva de skal gjøre. Det er førstelinjens ansvar å sørge for detaljene, sier Mossige.

Han presiserer at det er funksjonsnivået og ikke diagnosen som er avgjørende for hvilke tiltak som gjøres lokalt.

– Det som er viktig, er å kunne gi en god beskrivelse av barnets funksjon og hva vedkommende trenger. En diagnose er kategorisk, men et barn er dimensjonalt. Vi må forstå barnets adferd og til det sjelden finnes det én årsak.



Ressursboks

Barn og unge – spesialisthelsetjenesten

- Habiliteringstjenestene for barn og unge har ansvar for å gi tverrfaglige spesialisthelsetjenester til barn og unge med nedsatt funksjonsevne og/eller kronisk sykdom i aldersgruppen 0 til 18 år. Barne- og ungdomspsykiatrien har ansvar for å utrede og behandle barn og unge i samme aldersgruppe. Ved utviklingshemning og psykisk sykdom, er det foretakene selv som organiserer samarbeidet innad i spesialisthelsetjenesten. Det må i hvert enkelt tilfelle besluttes hvem som skal være hovedansvarlig.
- Barn som har psykiske plager, omfattes av psykisk helsevernloven. Hvis symptomene er alvorlige, henvises de til spesialisthelsetjenesten som innen ti virkedager skal avgjøre om barnet har behov for og rett til hjelp fra spesialist. Når det gjelder habilitering, så skal kommunen ved behov henvise til spesialisthelsetjenesten etter at de selv har sørget for nødvendig undersøkelse og utredning. Habiliteringstjenesten er pålagt å behandle henvisningen innen 30 virkedager. Spesialisthelsetjenesteloven plikter avdelingene å videresende henvisningen til riktig instans, om den er feilsendt.
- Leger og barnevernsledere kan henvise til BUP. For henvisninger til habiliteringstjenesten for barn, må lege være med som hovedhenviser.
- Foretak og kommuner er pålagt å ha tjenesteavtaler og retningslinjer med detaljerte beskrivelser om bl.a. pasientforløp, ansvarsfordeling, informasjons- og veiledningsansvar. Et eksempel på et slikt forløp, er det som gjelder for utredning og medisinsk oppfølging av barn og unge med utviklingshemning i Sør-Trøndelag: 1) Kommunen gjennomfører utredning og tiltak, 2) Spesialisthelsetjenesten foretar utredning og diagnostikk og 3) Tiltak og oppfølging iverksettes. Avtalene som gjelder for ditt område, skal ligge på websidene til foretaket.
- Prioriteringsveiledere: <http://naku.no/node/811>
- Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt, Rundskriv, 1-3/2013 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2013/i-32013-spesialisthelsetjenestens-veiled.html?id=731993>



Lagspillere: Fagteamet samarbeider både med andre i det kommunale tjenesteapparatet og med spesialisthelsetjenesten.

REPORTASJE 3

Team til tjeneste

Tekst: Kari Klepp

Foto: Ingun Alette Mæhlum

Tromsø kommune har opprettet et eget fagteam som skal styrke kompetansen i tjenestene til utviklingshemmede og veilede i enkeltsaker. – Dette samsvarer godt med samhandlingsreformen.

Tjenestene skal i større grad gis i kommunene og det kan vi bidra til, sier teamets koordinator.

Under tribunen til Tromsdalens Ungdoms og Idrettslags arena, ligger kontorene til Fagteamet for tjenesten til psykisk utviklingshemmede. Fagteamet skal styrke kompetansen i tjenestene til personer med utviklingshemning i Tromsø kommune. I motsetning til fotballspillerne som løper av seg oktoberkulda på gressmatta utenfor, skal ikke Fagteamet konkurrere mot noen. Dette teamet skal spille på lag med både det kommunale tjenesteapparatet og spesialisthelsetjenesten, slik at en sammen finner best mulige løsninger.

– Fagteamet er foreløpig et toårig prosjekt, og vi håper at det blir et permanent tilbud, sier koordinator og rådgiver i Fagteamet, Katrin Reil Conradi.

Teamet eies av de tre enhetene i kommunen som yter tjenester til personer med utviklingshemning: Kvaløya hjemmetjeneste, Omsorgstjenesten Langnes og Omsorgstjenesten Sørøya. De tre enhetene har til sammen ca. 800 ansatte som yter tjenester til mer enn 220 personer med utviklingshemning. Fagteamet ble etablert for å bistå alle som yter tjenester til personer med

utviklingshemning i kommunen. Her finnes blant annet spisskompetanse omkring atferd og om aldring og demens hos personer med utviklingshemning. Teamet bidrar med faglig kompetanseheving og veileder i enkeltsaker.

– Istedenfor å gå direkte inn i saken, skal vi veilede og styrke personalet rundt tjenestemottakeren, slik at de kan løse utfordringene selv. Jobben skal gjøres der personen bor og vi skal ikke ta over arbeidet til personalet, sier Conradi.

En sparringspartner

Avdelingene har kontaktpersoner som personalet melder ifra til hvis de får problemer i arbeidet rundt en tjenestemottaker som overstiger det de selv mestrer.

– I henvisningen må de svare på en del spørsmål, slik at vi skal få klarhet i hva problemet gjelder og hva de trenger hjelp til, forklarer Conradi.

Akutte problemstillinger som suicidalitet, alvorlig selvskading eller utfordrende atferd rettet mot andre, prioriteres høyt. Funksjonsfall som demensutvikling, atferdsendring og emosjonelle endringer har også høy prioritet. Barn og unge med problematikk som beskrevet ovenfor, legger teamet stor vekt på når henvisningene kommer inn. Fagteamet tar kontakt med avdelingen etter at prioriteringen er gjort.

– Når vi kommer inn i en sak, skaffer vi oss oversikt over situasjonen. Vi jobber tverrfaglig og kan påpeke ting som man kanskje ikke ser når en jobber alene med en person i det daglige. Vi skal være en sparringspartner for de ansatte, presiserer Conradi.



Tromsøs fagteam: F. v: Ann-Kristin Sollied Johansen, Bergljot Rosvoll, Gøril Elisabeth Brox og Katrin Reil Conradi.

Dersom Fagteamet mangler kompetanse i enkeltsaker, vil de hjelpe til med å henvise videre til rette instans eller skaffe nødvendig kompetanse. Kontaktpersonene holder tråden i enkeltsaker og underretter fagteamet om bevegelser som skjer i prosessen videre.

Psykologhjelp

John Pedersen er enhetsleder ved Omsorgstjenesten Sørøya som er en av de tre enhetene som er Fagteamets arbeidsgivere. Han sier bedre tilgang til spesialistkompetanse er en av de viktigste årsakene til at teamet ble etablert. Teamets rolle er i tråd med samhandlingsreformen fordi organiseringen vil gjøre det enklere å yte hjelp i kommunen istedenfor å henvise til spesialisthelsetjenesten.

– Ventelistene hos habiliteringstjenesten var lange og vi trengte faglig bistand for å kunne følge opp utfordringer for enkelte tjenestemottagere. Noe

av det første vi gjorde da Fagteamet ble dannet, var å møte Habiliteringstjenesten i Troms for å avklare hvem som har ansvar for hva. Teamet skal ikke konkurrere med Habiliteringstjenesten, men kan ta noen av sakene som ellers ville havnet der.

Fagteamet jobber tverrfaglig og består i dag av to vernepleiere med hver sin mastergrad, og en koordinator med en mastergrad i folkehelse. I tillegg har teamet ansatt en psykologspesialist. Pedersen forteller at psykologspesialisten var den første personen de ansatte i Fagteamet.

– Det var fordi vi hadde for dårlig tilgang til denne kompetansen ute i tjenestene.

Psykologspesialisten bistår personalet i å forstå diagnoser og symptomer hos den enkelte bruker.

– Det kan være at en person endrer atferd betydelig – uten at personalet som jobber rundt vedkommende skjønner hvorfor, forklarer psykolog Gøril Elisabeth Brox.

Fagteamet får stadig flere henvendelser som gjelder psykiske lidelser. Brox sier problemstillingene ofte handler om endringer i en persons funksjonsnivå og hvordan en kan forstå disse:

– Vi ser da på diagnose, adferd, kognitiv nivå og tilknytning. Jeg vurderer hvilket nivå personen er på når det gjelder kognitiv utvikling. Sammen med personalet ser jeg også på tilknytningsmønster og tjenestemottakerens relasjoner gjennom livet. Til slutt setter vi alt dette sammen for å få et helhetlig bilde av den enkelte og for å vurdere hvilken hjelp personen trenger.

Fagteamet samarbeider med både habiliteringstjenesten og psykiatrien, men koordinator Katrin Reil Conradi understreker at teamet er en kommunal tjeneste.

– Vi er et lavterskeltilbud og har nærhet til tjenestene. Vi skal ikke bare være et kontor, men være ute der tjenestene gis. Dette samsvarer godt med samhandlingsreformen. Tjenestene skal i større grad gis i kommunene og det kan vi bidra til. Ved at flere får hjelp der de bor, kan vi forhåpentligvis bidra til at færre legges inn ved psykiatrisk sykehus.

Faglig bunnlinje

I tillegg til å gå inn i enkeltsaker, driver Fagteamet med kompetanseheving i form av kurs.

– Det er for å styrke det faglige fundamentet, sier rådgiver og vernepleier Ann-Kristin Sollid Johansen.

– Vi har basisopplæring to ganger i året for alle nytilsatte, for både faglærte og ufaglærte. Vi sikrer således den faglige bunnlinjen; kognitiv utvikling, kunnskap om barns kognitive nivå, miljøarbeid, regler rundt tvang og makt, individuell plan, etikk,

ernæring og fysisk aktivitet – for å nevne noe, sier Sollid Johansen.

Teamet underviser også i temaer som for eksempel spesifikke diagnoser, tilknytning og sorgarbeid. Fagteamet er et lavterskeltilbud for ansatte i tjenesten til utviklingshemmede som har behov for deres kompetanse.

– En annen arbeidsoppgave kan være samarbeid med advokat der det er behov for en utvidet forståelse av den utviklingshemmedes fungering i forbindelse med straffbare forhold, sier Gøril Elisabeth Brox.

– Vi hjelper dem for eksempel med å forstå diagnoser og funksjonsnivå hos den utviklingshemmede i en kriminalsak. Har personen forståelse av grenser? Forstår vedkommende hva han har gjort? Dette er viktige avklaringer for personens rettssikkerhet.

Brox sier det er viktig å jobbe tverrfaglig, fordi personer med utviklingshemning mottar tjenester gjennom hele livet.

– Fagteamet er til for å øke fagkompetansen ute i tjenestene. Det gjør at de ansatte kan stå lenger i jobben og forstå brukerne bedre. Personene får god hjelp når ansatte vet hva vedkommende sliter med. John Pedersen sier at henvisningene til Fagteamet øker og at stadig flere avdelinger benytter seg av tilbudet. Kommunen har ønsket om å etablere teamet som en permanent tjeneste når prosjektperioden går ut våren 2014. På nåværende tidspunkt er prosjektet under evaluering.

Ressursboks:

Samlesider om samhandlingsreformen:
Helsedirektoratet: <http://www.helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/Sider/default.aspx>

KS, Kommunenesektorens organisasjon: <http://www.ks.no/tema/Helse-og-velferd/Samhandlingsreformen/>
NAKU: <http://naku.no/node/424>

REPORTASJE 4

Krav på samme hjelp som andre

Tekst: Kari Klepp

Foto: Jøran Wærdahl

– I lov om helse og omsorgstjenester i kommunene, står det at vi skal yte psykisk helsehjelp til alle innbyggere over 18 år. Kvam herad skiller derfor ikke mellom utviklingshemmede og andre. De har krav på samme helsehjelp som andre, sier Kristin Johannesen ved Psykiatrisk heimesjukepleie i Kvam.

Hvordan organiserer dere bistand til personer med utviklingshemninger og psykiske lidelser i Kvam kommune?

– Vi organiserer tjenester til psykisk utviklingshemmede på samme måte som til andre innbyggere i kommunen. De som har psykiske lidelser og blir henvist til oss, får en vurdering på om vi kan hjelpe dem og yte tjenester til dem.

Hvorfor gir dere ikke et særskilt tilbud til personer med utviklingshemning?

– Tilbudet gis ut fra serviceerklæringen Kvam herad har. Den sier at vi skal yte psykisk helsearbeid til alle innbyggere over 18 år, og vi har derfor valgt å ikke skille mellom utviklingshemmede og

andre. Psykiske lidelser er kanskje ikke alltid like lett å oppdage og identifisere hos disse personene, men ut fra samtaler og vurderinger prøver vi å komme fram til hvilke problemstillinger de har.

Hva er fordelene og ulempene ved å organisere det på denne måten?

– Fordelen er at de utviklingshemmede får det samme tilbudet som andre og at de ikke blir diskriminerte. Utfordringen kan være at psykiske helsearbeidere kanskje ikke kan nok om utviklingshemninger, og det krever et godt samarbeid med andre som jobber med utviklingshemmede.

Skiller selve terapien til denne gruppen seg fra den som gis til andre?

– Nei, men samtalene kan nok være litt annerledes. De kan bli preget av at den utviklingshemmede ikke klarer å sette ord på det som er vanskelig. Jeg må formulere meg slik at de forstår meg. Det er ikke alltid nok å spørre om de har forstått spørsmålet. Jeg må vite at de har forstått det. Derfor må jeg prøve meg med flere spørsmål i ulike retninger, slik at de skjønner hvilken problemstilling jeg vil fram til. Jeg bruker tid på å bygge relasjoner, slik at de skal stole på



Kristin Johannesen F
meg. Vi har hatt mest kontakt med personer med lett utviklingshemning. Når det gjelder personer med tyngre utviklingshemning, samarbeider vi med miljøpersonalet som kan fortelle noe mer om problemstillingene deres.

Hvordan fungerer samarbeidet innad i kommunen?

– I kommunen blir alle henvist til vår avdeling via telefon fra pårørende, skriftlig henvisning fra fastlege eller andre personer som står dem nær. Vi har en stabil legeggruppe og personal på de ulike avdelingene. Gode ansvarsgrupper og individuelle planer gjør oss også i stand til å samarbeide godt. Vi kan for eksempel få henvisning fra fastlegen der vi vurderer det slik at det kan være nyttig for pasienten å ha samtale med avdelingen vår. Vi blir da kjent med vedkommende, vi identifiserer problemstillingene og finner ut hva det kan være viktig å legge vekt på i samtalene. Trenger vi ytterligere samarbeid, snakker vi med ansvarsgruppa, slik at alle tar ansvar for oppfølging av personen.

Hvordan samarbeider dere med boligpersonale?

– Når det gjelder personer med tunge lidelser, er

det viktig at vi samarbeider. Miljøpersonalet får veiledning, slik at de vet de jobber riktig i forhold til den psykiske delen. Samtidig kan de hjelpe oss, slik at vi føler oss trygge på at vi gjør det riktig i forhold til utviklingshemningen.

Hvordan tilegner dere kunnskap om utviklingshemning?

– Vi vet at personer med utviklingshemning har en stor risiko for å utvikle en psykisk lidelse. 50 prosent av utviklingshemmede sliter med psykiske vansker. Det er et stort felt og det er derfor viktig at vi har kunnskap om hvordan vi kan oppleve psykiske lidelser blant denne gruppen. Det er en gruppe som vanskelig kan uttrykke seg verbalt og uttrykke hva problemet er og hva som er vanskelig. Det er derfor viktig at vi kan noe om feltet utviklingshemning og psykiske lidelser.

– For å kunne gi et best mulig tilbud til utviklingshemmede, er det ofte nødvendig å henvise til andrelinjetjenesten når man ser at dette er en oppgave kommunen ikke klarer å gjøre selv. Samarbeid med et distriktspsykiatrisk senter (DPS) kan være nødvendig. Det kan være gjennom veiledning eller gjennom innleggelse – både planlagte og akutte. Det er viktig at kommunehelsetjenesten får støtte og veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Hvordan samarbeider dere med spesialisthelsetjenesten?

– I Kvam har vi vært heldige fordi vi har en stabil fastlegedekning her. Det har ikke vært vanskelig å få henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Og hjelpen fra DPS'ene har vært god. Flere klienter har vært innlagt på DPS ved behov, men ellers prøver vi å løse oppgavene i kommunen – gjerne med veiledning. Jeg opplever at vi har et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Ved utskrivninger har vi samarbeidsmøter, planlegger veien videre og blir enige om hvordan vi skal fortsette behandlingen og samarbeidet.

Samarbeid gir trygghet

Den psykiatriske hjemmesykepleien i kommunen har tett samarbeid med Kalhagen bofelleskap der det bor personer med utviklingshemninger. Dét er leder ved Kalhagen, Liv Nygård, glad for.

Hvordan identifiserer dere psykiske vansker og lidelser hos beboere i bofellesskapet?

– Mange av de ansatte har jobbet her lenge og kjenner brukerne veldig godt. De fanger fort opp forandringer. Prater personen mer eller mindre enn de pleier? Møter de blikket ditt? Er stemmeleiet forandret? Hvordan er kroppsspråket? Er de mer maniske eller trekker de seg mer inn i seg selv? De ansatte er veldig observante på dette.

Hva gjør dere ved mistanke om psykisk lidelse?

– Kvam har satset mye på videreutdanning. Åtte ansatte har tatt videreutdanning i psykiske lidelser og demens hos utviklingshemmede. To hjelpepleiere har videreutdanning i psykiatri. Kompetansen bruker vi aktivt i det daglige og vi har tid til refleksjon blant personalet. Hvis vi observerer at noe er galt, diskutere vi det i personalgruppa her. Hvis vi må ta det videre, er fastlegene og ansvarsgruppene sentrale. Fastlegen vil først utelukke at det kan være en fysisk årsak til problemet. Legen vil også henvise videre til andrelinjetjenesten, hvis det er nødvendig. I tillegg er ansvarsgruppene sentrale i oppfølgingen av personen.

Hvordan fungerer samarbeidet med Psykiatrisk heimesykepleie?

– Vi har fast treffpunkt med Psykiatrisk heimesykepleie. Hvis vi har noe vi strever med i huset, har vi disse treffpunktene der vi diskuterer hva vi har observert. Hjemmesykepleien gir oss støtte og veiledning i arbeidet vi gjør. Vi har hatt alvorlig psykisk sykdom blant brukerne her. Det er tungt å jobbe da og derfor en god støtte å ha en psykiatrisk sykepleier innom som kan hjelpe oss med å jobbe riktig. Samtidig er det jo vi som kjenner brukerne best og kan følge dem opp

Kan man gjøre noe forebyggende for å forhindre psykiske lidelser blant de som bor her?

– Jeg mener det er viktig å se hver enkelt person.

Vi må ikke legge kravene for høyt i forhold til den enkelte i hverdagen. Det er ikke alt som er like enkelt for andre, så vi må tilpasse kravene til den enkeltes ståsted. Det er også viktig å bygge opp et nettverk rundt dem, slik at de ikke blir stående fast og streve alene.

Hvilke erfaringer har dere med innleggelser på distriktpsikiatrisk senter, før, under og etter oppholdet?

– Brukerne får med seg personer de kjenner hvis de skal legges inn på DPS. Det skaper trygghet. Resultatene fra innleggelsen avhenger av forholdene ved avdelingen. Vi har best resultater fra de oppholdene der det har vært rolig på DPS'en. Vi har utskrivningsmøte ved DPS'en og vi får veiledning i personalgruppa. Det er viktig med gode ansvarsgrupper. Der er alle aktørene samlet.

Hvordan opplever du kunnskapene rundt psykisk utviklingshemming i helsevesenet?

– Da vi hadde institusjonene, var all kunnskap samlet på ett sted. Nå ligger ikke kompetansen lenger rett utenfor døra, og vi må derfor lete litt mer for å finne den. Noen steder kan det være vanskelig å finne de svarene vi søker etter i andrelinjetjenesten. Men fastlegene her er flinke og de tar kontakt videre når det er nødvendig.



Liv Nygård i Kalhagen bofellesskap

Ressursboks

Voksne i kommunen:

- Helsedirektoratets sider om samhandlingsreformen: <http://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/Sider/default.aspx>
- Lov om kommunale helse og omsorgstjenester: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven*
- NAKUs kunnskapsbank, samleside om psykisk helsearbeid, artikler, e-læringsprogram, filmer, publikasjoner og lenker: <http://naku.no/kunnskapsbanken/33>
- Nettsider om psykisk utviklingshemming og psykisk helse: <http://naku.no/node/485>
- Veileder psykisk helsearbeid for voksne i kommunen: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene/Sider/default.aspx>
- NAPHA, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid: <http://www.napha.no/>

REPORTASJE 5

Tverrfaglig trygghet

Tekst: Kari Klepp

Foto: Ingun Alette Mæhle

I mange år holdt «Anne» personalet ved omsorgsboligen på avstand. Dermed fikk de heller ikke hjulpet henne med å takle en tøff psykisk lidelse. Løsningen ble et tett samarbeid med psykiatrien.

«Anne» bor i Tromsø og er nå i 40-årene. I store deler av sitt voksne liv har hun slitt med psykoser som har medført hyppige tvangsinnleggelses ved en akuttpost ved allmennpsykiatrisk avdeling. Men personalet ved omsorgstjenesten der hun bor til daglig, fikk ikke hjelpe henne med hennes utfordringer.

– Vi klarte ikke å bygge opp en god nok relasjon til henne. Ingen fikk komme inn i leiligheten hennes for å bistå med dagliglivets aktiviteter, ernæring eller oppfølging av helse og medisiner. Psykosene var sykliske. Hver 6. uke ble hun dårlig og måtte legges inn, sier Kirsti Kvandahl som er vernepleier ved Omsorgstjenesten Langnes.

Innleggelsene var dramatiske med bruk av makt og uniformert politi. Personalet ved omsorgstjenesten var bekymret for stigmatiseringen rundt tvangsinnleggelsene og for den generelle livskvaliteten hennes. «Anne» hadde ikke jobb, holdt seg mye for seg selv og hadde utfordrende adferd i de maniske periodene.

– Vi så at vi trengte ekstra veiledning for å kunne hjelpe henne, sier Kvandahl.

– En fantastisk historie

Omsorgstjenesten sendte en henvisning til

Psykiatrisk innsatsteam ved Nordlandssykehuset for å få veiledning. Innsatsteamet er en spesialisert psykiatrisk tjeneste for personer med utviklingshemning og alvorlig psykisk lidelse. Teamet dannet ei samarbeidsgruppe bestående av representanter for omsorgstjenesten, Habiliteringsavdelingen og Akuttpost Tromsø ved Allmennpsykiatrisk avdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), samt fastlegen. Avtaler ble utarbeidet fortløpende.

– Vi hadde vårt første møte i februar 2010 og det ble starten på en fantastisk historie, forteller Kvandahl.

Hun sier at omsorgstjenesten har samarbeidet med spesialisthelsetjenesten tidligere også, men ikke så tett som dette.

– Det har vært et tydelig skille mellom ansvarsområdene våre og vi har fått lite innsikt i hva som skjer på den andre arenaen. Gjennom å møtes på denne måten fikk vi en ny tilnærming til hverandre og større forståelse for hvordan den andre parten jobber, forklarer Kvandahl.

Monica Isabel Olsen er vernepleier ved Habiliteringsavdelingen, UNN. Hun sier at det har vært nyttig å samarbeide så tett med psykiatrien:

– Habiliteringstjenesten får stadig flere henvendelser som gjelder psykisk sykdom, fordi personalet i boligene har blitt flinkere til å fange opp slike symptomer blant personer med utviklingshemning. Her i Troms har habiliteringstjenesten kompetanse om psykiske lidelser, men vi mangler psykiater i teamet.

Det er psykiatrien som har ansvaret for psykiatrisk behandlingstilbud, også for mennesker med



Fra venstre: Kirsti Kvandahl, Monica Isabel Olsen ved Habiliteringstjenesten, Eirik Kongshaug og Marit Nordgård Næss ved Akuttpost Tromsø ved Allmenn psykiatrisk avdeling.

utviklingshemning. Ved Akuttpost Tromsø, der «Anne» ble innlagt, hadde de noe kunnskap om utviklingshemning og psykiske lidelser, men ikke så mye erfaring.

– Vi har ikke hatt så mange innleggelses fra denne pasientgruppen og har dermed mindre erfaring med dette enn andre områder vi arbeider med, sier psykiater Marit Nordgård Næss.

Hun sier akuttposten forsøker å arbeide nettverksorientert i alle pasientsaker.

– Noen ganger, som i denne saken, er det behov for at det profesjonelle nettverket møtes for å avklare roller og samarbeid på et mer organisatorisk nivå uten pasienten til stede. Det er for å kunne hjelpe pasienten godt nok og utarbeide en behandlingsplan.

Selvilliten spirer

Da samarbeidet var etablert, gikk gruppa i gang med å løse utfordringene. Rådgiver i Psykiatrisk innsatsteam, Olav Ose Evensen, sier at den første oppgaven til samarbeidsgruppa var å redefinere hva «Annes» situasjon dreide seg om.

– Tidligere hadde «Anne» bare en diffus diagnose under psykose-paraplyen, men etter en ny gjennomgang fikk hun diagnosen bipolar lidelse og ble satt på stemningsstabiliserende medikamenter. Det har nok hjulpet mye.

En av de andre utfordringene samarbeidsgruppa tok tak i tidlig, var miljøarbeidet i boligen.

– Vi satte ned en liten, stabil personalgruppe rundt henne. Tidligere led hun nok av at det var en stor, uoversiktlig gruppe med mange nye mennesker å forholde seg til hele tiden, sier Ose Evensen.

I veiledningssamtaler med omsorgstjenesten, påpekte Innsatsteamet at «Anne» hadde veldig lav selvfølelse. De diskuterte hvordan personalet i boligen kunne bidra til å styrke selvfølelsen. Kirsti Kvandahl sier de begynte med å etablere relasjoner.

– Vi måtte bygge nære relasjoner. De første som nærmet seg henne var derfor kvinnelige medarbeidere på hennes egen alder – personer hun kunne identifisere seg med. Ettersom hun fikk mer tillit til oss, så vi etter hvert at selvilliten hennes begynte å spire. Etter en stund fikk vi også komme inn i leiligheten og snakke med henne, sier Kirsti Kvandahl.

Endringene kom i små skritt, men etter halvannet år, så personalet ei dame som blomstret.

– Hun begynte å spørre mer om livet og var nysgjerrig på ting. Hun begynte også å vise innsikt i sin bipolare lidelse.

Trygghet for alle

Tidligere hadde ikke «Anne» villet snakke om

psykiatri. Når hun kom hjem fra sykehuset, skyldte hun på influensa. Etter at samarbeidet med psykiatrien ble etablert, dro noen av miljøarbeiderne til akuttposten for å hospitere der under innleggelsene.

– I starten var det nok ubehagelig for henne at vi var på sykehuset. De første dagene ignorerte hun miljøarbeiderne totalt. Men etter ei uke tok hun kontakt, sier Kirsti Kvandahl.

– Vi opplevde at hun fikk ro og at hun ikke lenger trengte å bortforklare hvor hun hadde vært etter sykehusinnleggelsene. Etter hvert begynte hun også å fortelle om sykdommen sin og om episoder som hadde vært vanskelige. Hun beskrev frykten for politiet og hvor tøft det hadde vært med tvangsinnleggelse. Det var godt for oss endelig å kunne få innsikt i hva hun opplevde. Samarbeidet med psykiatrien har gitt oss en mer helhetlig forståelse av de ulike fasene av sykdomsbildet hennes. Gjennom felles møter, hospitering og tilnærming til bruker har vi også fått et helt annen og bedre forståelse av det arbeidet vi gjør og veien videre.

Rådgiver i Innsatsteamet, Olav Ose Evensen, sier at dette eksempelet viser hvordan samarbeid skaper trygghet både for tjenestemottageren og tjenesteapparatet:

– Det er viktig at de ulike tjenestenivåene kommuniserer nok til at man stoler på hverandres vurderinger. Det oppstår ofte mistillit mellom det kommunale hjelpeapparatet og spesialisthelsetjenesten fordi en ikke har forståelse for hverandres rammevilkår og arbeidsområde.

Frivillige innleggelser

Samhandlingsreformen, som ble innført i januar 2012, har som intensjon å gi pasienter mer koordinerte tjenester. At spesialisthelsetjenesten og kommunene skal samarbeide, er forankret i flere lover. UNN og Tromsø kommune har inngått en samarbeidsavtale og flere tjenesteavtaler som skal sikre koordinerte tjenester, men disse ble undertegnet etter at samarbeidet om «Anne» ble satt i gang.

– Vi har ikke brukt noe konkret fra samarbeidsavtalene i dette tilfellet, men formålet vårt har vært det samme; altså å sikre at bruker mottar et helhetlig og likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester, sier Kirsti Kvandahl.

Ose Evensen sier «Annes» sak er et eksempel på

hvordan samarbeider mellom kommune og sykehus kan foregå:

– Når du får til en sammenhengende kjede med behandling vil pasienten få mye større utbytte av sykehusoppholdet, medikamentene og miljøarbeidet i boligen. Det er viktig å utforme en kriseavtale i så komplekse saker, slik det er gjort her. Den skisserer den faglige forståelsen og hvilke tiltak som skal iverksettes av hvem og på hvilken måte.

«Anne» klarer nå å formidle sykdomssymptomer og hun tar selv initiativ til sykehusinnleggelsene.

– I dag går det rundt fire måneder mellom hver gang hun kommer til oss. De foregår da frivillig og under rolige omstendigheter, sier psykiater Marit Nordgård Næss.

I og med at «Anne» har blitt trygg på personene som jobber ved Akuttpost Tromsø, har sykehuset ordnet det slik at hun selv eller personalet i boligen kan kontakte posten direkte og avtale innleggelse.

– Så langt det er mulig forsøker vi å få til at hun kommer til oss og ikke trenger å bli lagt inn på annen post på grunn av plassmangel her. Foreløpig har vi fått det til hver gang det har vært behov, sier Nordgård Næss.

Omsorgstjenesten har foreløpig ingen lignende tilfeller som krever et like tett samarbeid med psykiatrien.

– Men vi har kommet tettere på psykiatrien og habiliteringstjenesten. Erfaringene vi nå har opparbeidet oss med et slikt vellykket prosjekt er helt klart med på å styrke det gode tverrfaglige samarbeidet i andre lignende saker, sier Kirsti Kvandahl.

Hun sier livet går den rette veien for «Anne» nå:

– Hun har fått jobb ved en tilrettelagt arbeidsplass og har nettopp økt stillingen der fra en til to dager i uka. Hun deltar også aktivt i sosiale sammenhenger. De gode erfaringene ved bruk av veiledning og opparbeiding av gode relasjoner bidrar til at vi nå kan utvide antallet personer som kan bistå henne i dagliglivet. Diagnosen bipolar lidelse vil nok fremdeles være der, men hun lar oss hjelpe henne. Samarbeidsgruppa har skapt trygghet både for oss og for henne.

(Den anonymiserte personen i artikkelen har gitt tillatelse til at tjenesteyterne kan fortelle hennes historie).

ARTIKKEL 5

Henvisning og samarbeid med spesialisthelsetjenesten



SIDSEL JULLUMSTRØM,
Seksjonssjef / psyko-
logspesialist St Olavs
Hospital, Psykisk
helsevern, avd. Brøset

Noen personer med psykisk utviklingshemning og samtidig psykisk lidelse vil ha behov for behandling fra spesialisthelsetjenesten. Det skjer oftest gjennom at pårørende, kommunalt personell eller andre nærpersoner får mistanke om psykiske vansker og tar kontakt med fastlegen. Om fastlegens vurdering er at det kommunale hjelpeapparatet ikke er tilstrekkelig, henviser fastlegen videre til spesialisthelsetjenesten.

Henvisning til spesialisthelsetjenesten

Når en pasient blir henvist til oss i spesialisthelsetjenesten er vi forpliktet til å gjøre en inntaksvurdering, også kalt rettighetsvurdering. Dette innebærer at alle pasienter skal vurderes i forhold til alvorlighet, forventet nytte av behandling og om utbytte står i forhold til de ressursene som blir satt inn. Pasienten har krav på svar innen 30 virkedager fra henvisning er mottatt, for unge under 23 år med psykisk lidelse er fristen 10 virkedager. Svarbrevet vi gir skal inneholde informasjon om pasienten får tilbud fra spesialisthelsetjenesten eller ikke, hvilken helsehjelp som planlegges og en behandlingsfrist for når helsehjelpen vil bli gitt. Avgjørelsen kan påklages til enheten som har foretatt inntaksvurderingen.

Henvisning er grunnlaget for at vi kan gjøre en riktig inntaksvurdering. Det er derfor viktig at den inneholder relevante opplysninger. *Endringer hos pasienten som tap av ferdigheter og matlyst, søvnvansker, tilbaketrekning, økt angst, tristhet, og/eller aggresjon er viktige stikkord.* Noen ganger er ikke pasientens tidligere funksjonsnivå og væremåte

kjent for nærpersonene, eller pasienten kan ha hatt nedsatt fungering over svært lang tid. Det blir da viktig å beskrive konkret pasientens situasjon og livskvalitet. Det er også viktig å huske på at somatiske helseproblemer kan gi symptomer på psykiske lidelser. Vi anbefaler derfor at fastlegen foretar en grundig helsesjekk også av somatiske forhold før pasienten henvises.

Informasjon om hva som er forsøkt gjort i kommunen og i primærhelsetjenesten bør framgå av henvisningen. Ved første gangs henvisning er det nyttig om det legges ved kopier av tidligere utredninger og annen relevant informasjon som det antas at spesialisthelsetjenesten ikke har tilgang til. Spesialisthelsetjenesten vil som regel ha tilgang til utredninger gjort på sykehus i samme helseforetak.

Pasient eller pårørende for pasienter uten samtykkekompetanse, skal samtykke til henvisningen. Om henvisning ikke er kommet til riktig sted, skal den viderehenvises av enheten som har mottatt henvisningen.

Hvem i spesialisthelsetjenesten har ansvar for å yte helsehjelp til personer med utviklingshemning og samtidig psykisk lidelse?

De ulike fagområdene i spesialisthelsetjenesten har prioriteringsveiledere utarbeidet av Helsedirektoratet (se Helsedirektoratets hjemmesider). Prioriteringsveilederne har som formål å bidra til at vi i spesialisthelsetjenesten foretar riktige inntaksvurderinger når vi får pasienter henvist. Når det gjelder behandlingsansvar for personer med utviklingshemning og psykisk lidelse, kan

prioriteringsveilederne oppfattes som veiledende, men ikke bindende for ansvarsavklaringen i helseforetakene.

Psykisk helseverns ansvarsområde

Allmennpsykiatriske enheter i psykisk helsevern skal gi et behandlingstilbud til voksne med et bredt spekter av psykiske lidelser som angst/tvang, depresjon, bipolare lidelser, psykose og spiseforstyrrelser. Også personer med psykisk utviklingshemning og psykisk lidelse har krav på et tilbud fra psykisk helsevern. Dette framgår av prioriteringsveilederen, der psykisk utviklingshemning og psykiske lidelser er nevnt spesifikt (tilstandsgruppe 14).

Innenfor psykisk helsevern er det store nasjonale ulikheter når det gjelder kompetanse på utviklingshemning og psykisk lidelse. I noen deler av landet finnes det egne team i psykisk helsevern for

mennesker med psykisk utviklingshemning og psykisk lidelse. I andre deler av landet forutsettes dette å være en del av arbeidsoppgavene i allmennpsykiatriske enheter.

Habiliteringstjenesten for voksne ansvarsområde

Habiliteringstjenesten for voksne (HAVO) er spesialisthelsetjenestens tilbud til pasienter over 18 år med medfødte og tidlig ervervede funksjonsnedsettelse av komplisert og sammensatt karakter. Med tidlig ervervet funksjonsnedsettelse menes her at tilstanden er ervervet før 18 år. Personer med utviklingshemning og/ eller autismespektertilstander vil utgjøre en stor del av HAVOs pasientgruppe.



Det er ikke diagnose alene, men også det samlede funksjonsnivået som styrer om pasienten skal ha helsehjelp fra HAVO

Ansvarsfordelingen for disse pasientgruppene kan variere ved de ulike helseforetakene. Dette skyldes blant annet at HAVO rundt omkring i landet er ulikt organisert, – noen er en del av somatikken, mens andre er en del av psykiatrien. Dette kan påvirke hvilke tilbud HAVO gir når det gjelder eks. psykiske tilleggsversker i målgruppa: Noen steder har HAVO kompetanse til å følge pasienten gjennom hele behandlingen, andre steder går HAVO inn i et

samarbeid med allmennpsykiatriske enheter som f eks DPS.

I prioriteringsveilederen for HAVO er hovedregelen at mennesker med moderat til alvorlig utviklingshemning og samtidig psykisk lidelse er ansvar for HAVO. Det understrekes at det også her kan søkes samarbeid med psykisk helsevern om HAVO ikke har nødvendig kompetanse.

For personer med lett utviklingshemning og

psykisk lidelse forutsettes det i samme prioriteringsveileder at aktuell helsehjelp i hovedsak vil være innenfor psykisk helsevern sitt arbeidsområde. Dette betyr som regel distriktpspsykiatriske senter, DPS.

Det er så langt forfatteren kjenner til, ikke felles mottak av henvisninger for Psykisk helsevern og HAVO i noen av helseforetakene. Dette skyldes antakelig størrelsen og kompleksiteten i psykisk helsevern med mange enheter med ulike ansvarsområder og flere mottak for henvisninger.

Det finnes altså ikke et entydig svar for hele landet på hvem i spesialisthelsetjenesten som har ansvar for å yte helsehjelp for personer med utviklingshemning og samtidig psykisk lidelse. Er du i tvil om hvordan det er i ditt helseforetak i en konkret sak, kan det være lurt å ta direkte kontakt med f.eks. HAVO for informasjon.

Koordinator i spesialisthelsetjenesten og behandlingsplan

Alle pasienter med langvarige og sammensatte behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten har en rett til koordinator i spesialisthelsetjenesten. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient og sikre samordning og framdrift i behandling. Der det er et samarbeid mellom allmennpsykiatrisk enhet og HAVO, skal ikke dette

medføre at pasienten sendes fram og tilbake mellom ulike avdelinger. Enhetene skal derimot koordinere behandlingen slik at den oppleves sammenhengende og helhetlig.

I oppstartsfasen av en behandling plikter spesialisthelsetjenesten å lage en plan for utredning og behandling. Pasienten eller pasientens pårørende skal informeres og gi samtykke til planen. Dette kalles gjerne en behandlingsplan, og skal evalueres og endres ved behov.

Grenseoppgang og samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

Kommunen har et selvstendig ansvar for å sikre minimumskompetanse hos sine ansatte i de kommunale tjenestene. Fordi kommuner er ulike med hensyn til størrelse og tilgang på fagfolk, må spesialisthelsetjenesten være innstilt på å supplere det tilbudet kommunene gir. Det kommunale ansvaret for habilitering innebærer også å sørge for at pasienter med behov for langvarige og sammensatte tjenester har individuell plan.

Modellen under er hentet fra rehabiliteringsfeltet og er noe omarbeidet for dette formålet. Den gir stikkord om hvordan vi kan tenke om grenseoppgangen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Kommune	 <p data-bbox="687 1520 1134 1602">Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.</p>	Spesialisthelsetjeneste
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?		Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?	Behov for kompleksitet?	
Behov for tverrsektoriell samhandling?	Behov for intensitet?	
<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar for habilitering som ikke forutsetter spesialistkompetanse. Overordnet ansvar for individuell plan. Ansvarsgrupper. Ansvar for generell helsetilstand. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utredninger og diagnostisering, kompliserende faktorer. Manglende fagressurser i kommunen. 	

Spesialisthelsetjenestens anbefalinger kan ha konsekvenser for kommunens prioriteringer både når det gjelder kompetanse, organisering og økonomi. Det er derfor viktig at henvisning og samarbeid rundt hver enkelt pasient er forankret i ledelsesnivå i kommunen. En samarbeidsavtale kan bidra til å avklare ansvar og forventninger mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i behandling av pasienten.

Referanser

- Habiliteringstjenesten for voksne – i spesialisthelsetjenesten. Veileder fra helsedirektoratet, IS- 1739
- Prioriteringsveileder Habiliteringstjenesten for voksne, Helsedirektoratet, IS-1823
- Prioriteringsveileder Psykisk helsevern for voksne, Helsedirektoratet, IS-1582
- Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområde, Helsedirektoratet, IS-1947
- Syse, A. (2013) Lovgrunnlaget for helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming og psykiske vansker i Temahefte nr. 1 Psykiskutviklingshemming og psykisk helse- grunnleggende tema om utviklingshemming og psykisk helse, NAKU 2013.

Ressursboks

Spesialisthelsetjenesten – Voksne

- Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt, Rundskriv, 1-3/2013 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2013/i-32013-spesialisthelsetjenestens-veiled.html?id=731993>
- Habiliteringstjenesten for voksne, HAVO, Presentasjon: http://www.habilitering.no/?page_id=260
- Prioriteringsveileder Psykisk helsevern voksne; <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/prioriteringsveileder-psykisk-helsevern-for-voksne/Sider/default.aspx>
- Om prioriteringsveiledere: <http://naku.no/node/811>
- Dine rettigheter i spesialisthelsetjenesten, fritt sykehusvalg: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/dine-rettigheter-i-spesialisthelsetjenesten/Publikasjoner/dine-rettigheter-i-spesialisthelsetjenesten-bokmaal.pdf>

REPORTASJE 6

Denne gruppen er ikke spesiell!

 Tekst: Kari Klepp

 Foto: Jøran Wærdahl



Ole Petter Knævelsrud

20. januar 2011 – Arbeid med bistand, Eksempler

Ole Petter Knævelsrud er overlege ved Voss Distriktpsikiatriske senter. Her behandles personer med lette til moderate utviklingshemninger på lik linje med andre.

Psykiater Ole Petter Knævelsrud er overlege ved NKS Bjørkeli som er døgnavdelingen ved Voss Distriktpsikiatriske Senter. De har et inntaksområde på 30.000 personer, derav 20.000 voksne spredt over kommunene Kvam, Granvin, Ulvik, Vaksdal og Voss.

– Vi har også ansvar for personer med utviklingshemning. Vi gjorde en undersøkelse for to år siden og fant ut at i årene 2000-2008 var det 19 pasienter med utviklingshemning som fikk behandling på Bjørkeli. De fleste som fikk behandling her hadde psykoser og affektive lidelser, sier Knævelsrud.

Hvordan jobber dere med pasienter med utviklingshemning og psykiske lidelser?

– Det som er spesielt for denne gruppen er at den ikke er så spesiell! Vi har sett at de trenger lignende behandling som andre med samme lidelser. I behandling med medikamenter, er dosene akkurat den samme som hos andre pasienter. Det som kanskje er spesielt er at språket ikke er så utpreget og vi er derfor svært avhengig av informasjon fra pårørende eller personalet der personen bor – for eksempel ved Kalhagen i Kvam. Omsorgspersonene er svært viktige for oss når det gjelder å få informasjon om pasienten. Men selve behandlingsmåter er veldig lik.

Har dere spesiell kompetanse i forhold til denne pasientgruppen?

– Vi er et vanlig nasjonalt DPS og vi har ikke spesialkompetanse på utviklingshemning. Vi har

fått erfaringer over årene om at denne gruppen har samme behandlingsbehov som andre pasientgrupper. Det eneste som er spesielt kan være problem med språk og det er tatt opp i veilederen for DPSer. Det gjelder pasienter med lett til moderat utviklingshemning. Når det gjelder personer med alvorlig utviklingshemning der pasienten har dårlig utviklet språk og det er vanskelig å få fram forståelse, må pasienten på en mer spesialisert institusjon. Men ellers er de med lett til moderat utviklingshemning ikke noe problem å behandle for en vanlig DPS. Erfaringen har gitt oss en trygghet etter hvert. Vi er ikke redde for å behandle denne gruppen. Problemene er akkurat de samme som hos andre mennesker med psykiske lidelser.

Hva er Bjørkelis oppgaver før, under og etter innleggelse?

– Vi har vi fire hovedoppgaver. Det første er å utrede pasienten diagnostisk og i forhold til medikamenter. Den andre oppgaven er behandlingen. Den består av samme elementer som for andre pasienter, for eksempel miljøterapi. Det tredje er avlastning. I mange tilfeller er miljøpersonalet og pårørende slitne. Derfor er det viktig at de har mulighet for avlastning en periode. Veiledning er også et viktig punkt. Vi gir veiledning til for eksempel psykiatriske sykepleiere i kommunen eller til personalet i bofellesskapet. Det gjør vi delvis i forkant og under oppholdet, men spesielt etter at pasienten er skrevet ut.

Hvordan samarbeider dere med kommunene?

– Når det gjelder mennesker med utviklingshemning, er det som med andre: hovedarbeidet skjer på kommunalt nivå. Vi samarbeider godt med fastlege, psykiatrisk sykepleier, pårørende eller ansatte i boligen. Hovedarbeidet og hverdagen skjer der. Det er bare ved komplikasjoner at vi kommer inn i bildet. Innleggelse er som regel mulig innen få dager, hvis det er nødvendig.

Hva mener du er viktige faktorer i det forebyggende arbeidet for å forhindre psykiske lidelser blant utviklingshemmede?

– Når vi snakker om forebyggende arbeid, må jeg snakke om sekundært forebyggende arbeid. Det vil si hvordan man kan forhindre gjentakelse eller forverring av en lidelse pasienten har fått behandling for. Det vi ser, er at for pasienter med psykiske lidelser er det viktig med klare strukturer og forutsigbarhet. For eksempel kan det være en fast døgnrytme, bestemte tidspunkter for når måltider og medisinnntak skal skje, og at man vet når personalet er tilgjengelig.

– Det som kan bli et problem er at omsorgspersonalet ønsker å være snille. Det er viktig at man også setter grenser. Vi opplever at personalet ofte er veldig engasjerte og går dypt inn i arbeidet, slik at de blir slitne. Vi må derfor finne ut hvordan vi kan støtte personalet i arbeidet. Medisineringen er også viktig. Man må regelmessig evaluere om medisinene virker og om det kommer unødvendige bivirkninger.

DEL 3

UNGE OG VOKSNE

ARTIKKEL 4

Fastlegen og pasienter med utviklingshemning og psykisk lidelse



HARALD TORSKE
Kommuneoverlege

Fastlegeordningen er en rettighet som skal sikre at alle innbyggere i Norge har en fast allmenlege. Personer med utviklingshemning skal ha sine helsetjenester i samme tjenestelinje som befolkningen for øvrig. Det vil si helsehjelp fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten og nødvendig samhandling mellom tjenestenivåene.

Det er den enkelte kommunes ansvar å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen får tilgang til nødvendige allmenlegetjenester gjennom fastlegeordningen. Dette er omtalt i flere lov- og regelverk. Fastlegens ansvar er ytterligere beskrevet i forskrift om fastlegeordningen i kommunen. Der er det blant annet omtalt fastlegens ansvar for sine listepasienter, kvalitetskrav, øyeblikkelig hjelp og hjemmebesøk til listepasienter, henvisning til spesialisthelsetjenesten og krav om medisinsk-faglig koordinering og samarbeid. Det er antatt at 0,5 – 1 % av befolkningen har utviklingshemning i ulik grad. Det betyr at en gjennomsnittlig fastlege vil ha ansvar for 4–10 personer med utviklingshemning, men dette varierer mye. En utfordring er at enkelte fastleger har sjelden kontakt med «sine» utviklingshemmede pasienter. De har ingen faste kontrollkonsultasjoner, og pårørende og tjenesteytere tar bare sporadisk kontakt – ofte når det oppstår akutte behov. Legen kan derfor mangle

oversikt over pasientens sykdommer, medisinbruk og det kommunale tjenestetilbudet. Fastlegen kan også oppleve at spesialisthelsetjenesten behandler enkle problemer, som egentlig tilhører fastlegens og kommunens ansvarsnivå. Pårørende og omsorgspersoner kan på sin side fortelle om frustrasjoner ved skiftende leger og lite avsatt tid i konsultasjonene, savn av et fast system for helsekontroll, og vansker med å få legen med på møter og koordinerte tiltak.

Helseplager

Det er kjent at personer med utviklingshemning er mer utsatt både for psykiske og fysiske sykdommer enn andre. Mange med utviklingshemning kan ikke gi verbalt uttrykk for plagene sine. Sykehistorien og særlig pasientens egen beskrivelse av symptomer kan være mangelfull, feilaktig eller mangle helt. For utviklingshemmede med språk må en også være oppmerksom på at de kan ha vansker med å forstå det legen sier og uttrykke seg, og at misforståelser mellom lege og pasient kan oppstå. Det vil derfor ofte være vanskelig å skille psykisk sykdom fra symptomer ved fysisk sykdom, og enda vanskeligere å skille mellom de ulike psykiske sykdommene og komme fram til en riktig diagnose og behandling.

«Noe er galt»

Det første som er viktig å registrere er at «noe er galt», at det er noe som plager den utviklingshemmede. Dette gjelder både for psykisk og kroppslig sykdom. I den sammenheng er pårørende og/eller nærpasienter meget viktige. De som har ofte

kontakt med den utviklingshemmede, vil være de som er flinkest til å registrere avvik fra det vanlige. Noen ganger er det lett, andre ganger kan det by på store vansker og er et utfordrende problem. Slike avvik kan være:

- Endret atferd
- Reduserte ferdigheter
- Sosial isolasjon
- Redusert aktivitet
- Selvskading eller økt grad av selvskading
- Uro, økende aggresjon
- Gråt, nedsatt stemningsleie, mistriivsel

Ved slike avvik skal det ringe en varselbjelle hos pårørende og/eller nære omsorgspersoner. Det må være et system i miljøet for å fange opp slike avvik og rapportere de videre. Det må blant annet være avklart hvem som skal kontakte fastlegen når det er nødvendig.

Før fastlegen kontaktes kan det være nyttig å foreta en vurdering «internt» i miljøet om hva som kan være årsaken. Fastlegen vil ofte ha stor nytte av at det er gjennomført en slik vurdering. Vurderingen er ofte vanskelig og sammensatt. Det må derfor tenkes vidt og det kan ofte være nyttig å tenke langs ulike akser:

Miljø / sosiale forhold: Endring i bolig, endring i personellgruppa, enkelthendelser, nye oppgaver mm.

Fysiske / kroppslige plager: Det kan være smertefulle tilstander eller andre irritasjonstilstander. Svekket syn og hørsel: det kan forekomme akutte syns- og hørselstap (noe så banalt som voks i øregangen). Ofte må dette utredes hos lege eller tannlege. Kunnskap om tidligere lignende reaksjoner vil kunne være til god hjelp.

Psykisk plager: Tidligere lignende plager. Psykisk sykdom i nær familie. Dominerer psykiske symptomer som angst, depresjon og lignende.

Kontakt med fastlege

Ved kontakt med fastlege er det en del generelle forhold som er viktig. Dette er i første omgang uavhengig av om det er en mistanke om psykisk eller kroppslig sykdom.

Personer med utviklingshemning trenger ofte tid til å venne seg til å gå til lege. De trenger tid

til å bygge opp en relasjon før de vil være med på nødvendig undersøkelse og behandling. Dette kan føre til problemer på steder hvor det er mye skifte av fastleger, eller hvor det er lite kontakt med fastlege. Videre kan kravet til «effektivitet» føre til at fastlegen ikke tar seg den tid som skal til for å få god kontakt med den utviklingshemmede.

For personer med utviklingshemning er det viktig at fastlegen har kunnskap om graden av utviklingshemning, årsaken(e) til utviklingshemningen og hvilken hoveddiagnose personen har. Videre er det viktig å ha kjennskap til viktige tilleggdiagnoser, og i denne sammenheng særlig psykiske lidelser.

Utviklingshemmede bør ha et system for fast kontakt med sin fastlege. Et slikt system vil være uavhengig av om det er en somatisk og/eller psykisk lidelse det gjelder. Det bør i det minste gjennomføres en fast årlig kontroll.

Ved kontakt med fastlege bør hensikten med konsultasjonen være klar på forhånd:

- Årskontroll eller helsekontroll med innhold tilpasset hoveddiagnosen.
- Kontroll eller oppfølging av andre diagnoser som har sammenheng med hoveddiagnosen.
- Spesifikk kontroll eller oppfølging av andre kjente sykdommer.
- Akutt sykdom eller nytt symptom som trenger vurdering.

Faste rammer ved konsultasjonen

Det er viktig med faste rammer ved konsultasjonen:

- Det må være med pårørende eller nærpersioner som kjenner den utviklingshemmede godt. Dette letter undersøkelsessituasjonen, hjelper med tolkningen av symptomer og bedrer utveksling av informasjon.
- Det må som regel avsettes mer tid enn vanlig til konsultasjoner, eller det må gjennomføres flere konsultasjoner før en når målet. Små steg av gangen bedrer ofte tilliten og gir økt trygghet.
- Konsultasjonstidspunktet må være slik at den utviklingshemmede slipper å vente for lenge på venteværelset.
- Noen ganger kan hjemmebesøk være det beste hvis den utviklingshemmede er mye roligere der,

og undersøkelsen ikke krever spesielt utstyr.

Den diagnostiske prosess

Hvilket diagnostisk verktøy har fastlegen:

- Sykehistorien – samtale med pasient og pårørende/nærpersoner. Det kan som tidligere nevnt, være vanskelig, til dels umulig på grunn av kognitiv svikt hos den utviklingshemmede. De som er med under konsultasjonen blir ofte den viktigste informant. Hva har de kommet fram til i sin «interne» vurdering?
- Tidligere sykdommer- mest mulig oversikt. Tidligere utredninger og epikriser fra spesialisthelsetjenesten.
- Kroniske sykdommer og behandling.
- Klinisk undersøkelse – kan være generell eller mer symptom-/organrettet.
- Tilleggsundersøkelser – blodprøver mm
- Strukturerte intervjuer, skalaer og tester for å diagnostisere psykisk sykdom. Kan være vanskelig, til dels umulig på grunn av kognitiv svikt hos den utviklingshemmede.
- Vurdering av diagnose
- Behov for videre utredning, enten i primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten.

Noen ganger kan de psykiske symptomer være så typiske og manifeste at det er rimelig lett å komme fram til en diagnose. Dette er i noen grad avhengig av graden av utviklingshemning. Vanligvis vil det være lettere å diagnostisere personer med lettere grad av utviklingshemning, og som har noe språk. Ved mer uklare tilfeller vil ofte første tilnærming være å utelukke somatisk sykdom som årsak til det registrerte avviket.

Videre utredning

Fastlegen vil ofte ha behov for hjelp til videre utredning, og det er da nødvendig med henvisning til andre kommunale tjenester eller spesialisthelsetjenesten. Slik henvisningspraksis er nærmere omtalt i forskrift om fastlegeordning i kommunene § 24. Det er krav om at henvisningen skal gi nødvendig informasjon slik at pasienten kan få god og forsvarlig behandling, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 og 3, og at oppgavefordelingen er slik at det blir god samhandling mellom

behandlingsnivåene.

I første omgang brukes det kommunale tjenestetilbudet. De fleste kommuner har et tilbud innen psykisk helsetjeneste med sykepleiere eller andre faggrupper med tilleggstudanning innen psykisk helse. Det er også flere kommuner som har ansatt psykolog. Det er vanligvis etablert et samarbeid mellom fastleger og psykisk helsetjeneste når det gjelder diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter med psykiske plager. Den utviklingshemmede skal også benytte seg av det samme kommunale tilbud. De fleste kommuner har faste møter med representanter for det tilhørende Distrikts psykiatriske senter (DPS), og hvor fastleger og kommunale fagpersoner innen psykisk helse kan diskutere og få råd om videre utredning og behandling av enkeltpasienter.

Fastlegen og spesialisthelsetjenesten

Hvis fastlege og det kommunale tilbudet innen psykisk helse ikke kommer til målet med diagnostisering og utredning, er det aktuelt med videre henvisning til spesialisthelsetjenesten, jf. forskrift om fastlegeordning i kommunene § 24. Det er nok slik at for utviklingshemmede som har redusert kognitiv evne og ofte mangler språk, vil terskelen for videre henvisning være lavere enn det fastlegen opplever til vanlig. Det er viktig at fastlegen har kontakt med spesialisttjenesten på forhånd. På samme måte som konsultasjonen hos fastlege må planlegges, må dette også gjøres ved konsultasjon i spesialisthelsetjenesten. Det kan ofte være lurt at primærhelsetjenesten, pårørende/nærperson og spesialisthelsetjenesten møtes før konsultasjonen finner sted. I alle fall skal pårørende/nærperson være med under konsultasjonen. For de med lettere grad av utviklingshemning og som er samtykkekompetent kan de bestemme dette sjøl. Det er viktig at når utredning er ferdig og et eventuelt behandlingstilbud skal settes i gang, må det være nær kontakt mellom spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten, pårørende/nærkontakt og eventuelt andre fra bolig. Det er ikke tilfredsstillende at det bare sendes en epikrise.

Samhandling

Helsetjenester til utviklingshemmede trenger oftest en tverrfaglig tilnærming og en koordinert

samhandling mellom ulike yrkesgrupper og tjenesteytere. Det er viktig at samhandling baserer seg på gjensidig kunnskap og respekt for hverandres fag og arbeidsbetingelser. Hver enkeltes bidrag skal være en del av et hele. I forskrift om fastlegeordning i kommunene § 19 er fastlegen pålagt å ivareta en medisinsk koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listepasienter.

Det finnes fagpersoner innen spesialisthelsetjenesten som har spesiell kunnskap om helsebehov og helseproblemer hos utviklingshemmede. For enkelte psykiske sykdommer og hos enkelte utviklingshemmede vil det være disse spesialistene som har hovedansvaret for behandlingen. Men det er også viktig at de formidler sin kunnskap og gir opplæring til pårørende, ansatte ved bolig og primærhelsetjenesten. Dette kan være generell kunnskapsformidling om psykisk helse, men også kunnskap om den enkelte utviklingshemmedes psykiske sykdom.

Bruker og nærpersoner rapporterer ofte at de opplever dårlig samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det snakkes om uklare ansvarslinjer og usikkerhet om hvem som skal gjennomføre de ulike oppgavene. Det er et ansvar for fagpersoner innen begge nivåer å bidra

til at dette bedres. En av målsettingene i samhandlingsreformen er helhetlige og koordinerte tjenester gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte samhandlingsforløp. Individuell plan (IP) og behandlingsplaner er nyttige redskap for samhandlingen. Det er kommunen som har et hovedansvar i utarbeidelse av IP og utnevning av koordinator, men også spesialisthelsetjenesten har et lovhjemlet ansvar for IP og oppnevning av koordinator. Hvis fastlegen har en person med utviklingshemning på sin liste, og denne personen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om, og medvirke til utarbeidelse av, individuell plan og koordinering, jf. Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 19.

Ikke evig syk

Og så er det viktig at effekt av tiltak og behandling vurderes. Alt for mange personer med utviklingshemning og psykisk sykdom har fått behandling i mange år med medisiner og ulike tiltak uten at nytten er evaluert. Psykisk sykdom kan også gå over. Det går an å bli frisk.

Ressursboks

Fastlegen og fastlegeordningen:

- Allmennlegens møte med utviklingshemmede, Den norske legeförening, <http://nettkurs.legeförening.no/course/view.php?id=47>
- Fastlegeordningen, Helse- og omsorgsdepartementet, http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/Helse_og_omsorgstjenester_i_kommunene/Fastlegeordningen.html?id=115301
- Forskrift om fastlegeordningen i kommunen: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
Helse rapport: <http://naku.no/node/308>
- Helsesjekk ved utviklingshemning - Aldring og Helse: <http://naku.no/node/789>
- Helsenorge.no, den offentlige helseportalen, <http://helsenorge.no/Rettigheter/Sider/default.aspx> Helseoppfølging av personer med utviklingshemning, NAKU <http://naku.no/portal/helse>
- Lov om pasient og brukerrettigheter: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenster: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- Mangfold og muligheter, SOR, <http://naku.no/node/681>
- MinFastlege, NAV, <https://tjenester.nav.no/minfastlege/innbygger/visloginside.do>
- Utviklingshemning og psykiske helsetjenester, rapport, <http://naku.no/node/487>
- Utviklingshemning og helseoppfølging, rapport, <http://naku.no/node/487>

ARTIKKEL 5

Den enes rett er den andres plikt



WENCHE NATLAND
DAHLEN
*Jurist/høgskolelektor
Høgskolen i Sør-
Trøndelag*

For utviklingshemmede som trenger bistand til å ivareta individuelle helse- og omsorgsrettigheter, er det en forutsetning at noen gjenkjenner det behov de har for hjelp. Spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten, virksomhetsledelsen og hver enkelt ansatt helsepersonell, har plikt til direkte å bidra eller bestille den kompetanse som er nødvendig for at den utviklingshemmede får den hjelp han eller hun faktisk trenger, og bidra til helsehjelpen er forsvarlig. Dette forsvarlighetskravet innebærer en identifisering av hvilke tjenester, og fra hvilket nivå, som kreves i det enkelte tilfelle.

Forsvarlighetskravet på flere nivå

Kravet til forsvarlig virksomhet i spesialisthelsetjenesten følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, mens kravet for forsvarlige kommunale tjenester følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Videre har virksomhetsleder ansvar for forsvarlig virksomhet jf. helsepersonelloven § 16. Felles for disse bestemmelsene er at plikten for forsvarlig virksomhet omfatter planlegging, utbygging, drift og vedlikehold av helse- og omsorgstjenestene. Dette innebærer at kommunens tjenestetilbud skal dekke et bistandsbehov til den enkelte pasient- og bruker som er individuelt vurdert, og hjelpen skal tilpasses den enkeltes behov for tjenester. Helse- og omsorgstjenestene skal med andre ord dekke den enkeltes behov på en forsvarlig måte.

Skal virksomhetene være forsvarlige innebærer dette at det blir arbeidet systematisk med å avdekke situasjoner der det har oppstått eller kan oppstå svikt, mangler eller uønskede hendelser. Det må

i tillegg iverksettes tiltak for å forebygge svikt, og disse tiltakene må kvalitetssikres. Et viktig redskap i arbeidet med å sikre forsvarlige tjenester er gode innarbeidede internkontrollrutiner. Den som er ansvarlig for virksomheten er også ansvarlig for internkontrollen. Det er en forutsetning for å lykkes i dette arbeidet at ansatte utarbeider rutinene sammen med virksomhetsleder. Implementering av og kunnskap om rutinene forutsetter deltakelse i prosessen. I forskrift for internkontroll i helse- og omsorgstjenesten, står det at virksomhetsleder skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor fagfeltet samt medvirke slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes, jf. § 4c. Den kompetanse det siktes til her er profesjonell kompetanse i form av teoretisk kunnskap og profesjonelle ferdigheter, tilegnet gjennom utdanning og erfaring. Personlig kompetanse ved relasjonelt arbeid, som empati og dømmekraft er også en viktig del av den profesjonelle kompetansen¹. Helsepersonell skal ikke treffe beslutninger på grunnlag av hva han eller hun finner mest hensiktsmessig eller formålstjenlig. Hva som skal gjøres, av hvem og på hvilken måte må vurderes og avgjøres gjennom faglig skjønnsmessig vurdering, og på bakgrunn av gjeldende rettsregel². Det kan oppstå situasjoner hvor pasienter- og brukere har behov for sammensatte helse- og omsorgstjenester fra ulike virksomheter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og/eller

¹ Se mer om dette i Skau 1998 s. 59

² Se Hansen, H. (red.) 2010. Faglig skjønn og brukermidvirkning. Fagbokforlaget

fra spesialisthelsetjenesten. I disse tilfellene er det ikke nok at deltjenestene er gode hver for seg. God samhandling mellom deltjenestene og nivåene, er en forutsetning dersom tjenestetilbudet skal bli helhetlig og kvalitativt, og i samsvar med det behov hver enkelt har for tjenester³.

Helsepersonellens individuelle plikter reguleres av helsepersonelloven kapittel 2. Pliktene gjelder når helsepersonell utøver pasient- og brukerrettet virksomhet, både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Disse pliktene omfatter kravet til forsvarlighet, informasjonsplikt, taushetsplikt og dokumentasjonsplikt. De rettigheter pasient- og bruker har reguleres direkte gjennom pasient- og brukerrettighetsloven, og indirekte ved plikter som er ment å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet. Oppfyllelse av individuelle rettigheter som fremkommer i pasient- og brukerrettighetsloven, som rett til informasjon, rett til å medvirke til valg av tjenestetilbud og behandling, rett til samtykke, og rett til fravær av tvang og makt, er dermed en del av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4.

Tilsyn med tjenestene

Helsetilsynets tilsynsmeldinger de siste årene viser store mangler knyttet til gjennomtenkte fremgangsmåter for å identifisere det behov den enkelte bruker eller pasient har for hjelp. Dette svekker bidraget for at den enkelte får nødvendig legehjelp også når det gjelder utredning. Det meldes om store mangler i rutiner og ansvarsavklaring når det gjelder å fange opp endringer i bistandsbehov. Samarbeid med fastlegene er i mange tilfeller ikke alltid avklart. En gjenganger i tilsynsmeldingene er store mangler knyttet til dokumentasjon, både når det gjelder hva som dokumenteres, hvem som skal dokumentere og på hvilken måte det skal dokumenteres⁴. Når det mangler en felles forståelse for hvordan arbeidsoppgavene skal utføres, blir det opp til den enkelte ansatte hvordan dette blir gjort. En slik praksis er for tilfeldig og kan føre til at den utviklingshemmede med behov for hjelp enten det gjelder til utredning i spesialisthelsetjenesten eller oppfølging av behandling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, ikke blir fanget opp og gitt

den hjelp han eller hun trenger. Dette kan naturlig nok kan føre til alvorlige konsekvenser for den enkelte.

Knut og Vigdis – to situasjonsbeskrivelser

Det er større forekomst av psykiske lidelser hos psykisk utviklingshemmede enn i befolkningen for øvrig, samtidig synes det å være en underdiagnostisering av psykiske lidelser hos utviklingshemmede⁵. Uro og/eller aggresjon mot seg selv eller andre kan være et forsvar mot angst, eller et uttrykk for fortvilelse og indre ubehag som oppleves utenfor egen kontroll⁶. Dette krever at ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har kunnskap om utviklingshemning og psykiske lidelser. Fordi noen utviklingshemmede selv kan ha problemer med å kommunisere hvordan han eller hun har det, vil diagnostisering av psykiske lidelser være avhengig av observasjoner foretatt av de tjenesteytere som yter helse- og omsorgstjenester til den enkelte i dennes hverdag. Pårørende eventuelt verger er også viktige bidragsytere i dette arbeidet, men innspill fra disse vil være avhengig av at de blir dokumentert slik at informasjonen kommer videre til de som skal foreta utredning eventuelt behandling. Mangelfull dokumentasjon for øvrig kjennetegnes ofte av fravær av observasjoner, og faglig vurdering av disse. Særlig gjelder dette for pasienter og brukere som uttrykker seg gjennom handling eller viljesuttrykk. Da bærer dokumentasjonen ofte preg av situasjonsbeskrivelser.

Et eksempel som kan belyse problemstillingen er følgende utdrag fra journal:

«Knut er veldig krevende for tiden. Da vi var ute og spiste pizza, (noe han liker veldig godt), begynte han plutselig å rope høyt. Han var så urolig at vi måtte dra derfra. Han fikk beskjed om at vi ikke kan gå ut og spise når han oppfører seg slik. Har også merket at han er oppe mye på natten, og roter rundt på rommet sitt. Han sitter mye for seg selv, og var sur på kveldsvakta også.»

Personalet diskuterte hva de skulle gjøre med Knut når han oppførte seg slik som beskrevet over, og

³ St.meld.nr. 47 Samhandlingsreformen

⁴ Helsetilsynet – Tilsynsmelding 2010, 2011, 2012

⁵ Jarle Eknes (2000) 2. opplag 2001, Utviklingshemming og psykisk helse s. 25

⁶ Jarle Eknes, Utviklingshemming og psykisk helse, s. 213

kom samlet frem til at han ikke skulle få bli med ut å spise pizza på noen uker. De hadde kjent Knut i mange år, og han hadde tidligere også hatt «perioder» med uønsket adferd, men det gikk vanligvis over etter en tid. De som hadde kjent han lengst, kunne fortelle at han også hadde «perioder» hvor han var veldig rolig og nærmest apatisk. De bestemte seg derfor at de ville avvente situasjonen. Etter noen måneder ble Knut betegnet som økende utagerende, men også med lengere perioder med tilbaketrekking og avvising.

I situasjonen som er beskrevet over hjelper det lite at Knut har individuell rett på helse- og omsorgstjenester, når behovet ikke oppfattes og identifiseres av de tjenesteyterne som er sammen med han hver dag. Den vurdering disse foretar blir utslagsgivende for hvilken hjelp og oppfølging Knut får. Ved manglende refleksjon og tilbakemelding kan erfaring og kjennskap til brukeren fra tidligere også ha negativ innflytelse på de beslutninger som tas. Det kan føre til at det utvikles dårlige praksiser slik at nye situasjoner ensidig blir vurdert i lys av tidligere tilfeller⁷. Når vurderingen er basert på personlig synsing med fravær av faglige objektive vurderinger, stopper hjelpen opp. Knut forsøker gjennom sin adferd å kommunisere at han ikke har det bra. Personalet fanger ikke opp dette, og foretar ingen faglige vurderinger og beslutninger. Rundt i kommunene finnes også andre deltjenester, som i dette tilfellet kunne være aktuelt, men også dette forutsetter at «noen» forstår situasjonen, erkjenner behovet, og bestiller bistand fra eksempelvis psykiatrisk sykepleier, fastlege eller bo veiledningstjenesten.

Et utdrag fra en annen journal:

«Vigdis har vært masete og urolig i hele dag. Ville ikke gå tur, og ødela den nye genseren sin. Jeg syns dette har økt veldig i det siste, særlig når nytt personale er på jobb med henne. Det er velkjent at hun kan være veldig masete, og at hun prøver ut de nytilsatte. Det bør settes grenser for henne.»

Personalet var enige om at Vigdis «prøvde» ut nytt personalet, for å «få viljen sin igjennom». Dette gjaldt særlig uteaktiviteter. Det ble ikke drøftet

⁷ Se mer om dette i Grimen, H og Molander, A. (2008) Profesjon og skjønn

hvorvidt det kunne foreligge andre årsaker til den uro Vigdis kommuniserte. Vigdis ble stadig mer urolig, og i tidspunkt for «overlapping» mellom dagvakt og sen vakt, når personalet var samlet på vaktrommet, gikk Vigdis rundt i fellesarealet og flyttet rundt på gjenstander og møbler. Ved en anledning gikk hun ut og satte seg ned i snøen. I journalen ble det dokumentert følgende:

«Vigdis er utrolig masete og krevende for tiden, dagvakta må ringe hjelpevergen og kreve erstatning for lakkskaden på bilen til Frode. Vi kan ikke akseptere at hun får lov til å skade eiendelene til personalet».

Da hjelpevergen ble kontaktet om forholdet, ble det krav om ansvarsgruppemøte i boligen. Hjelpevergen spurte om ansatte hadde snakket med Vigdis om morens dødsfall. De svarte at det gjorde de de første ukene etter dødsfallet, men at dette nå lå så langt tilbake i tid at det umulig kunne ha noe med hennes nåværende tilstand å gjøre.

Formålet med dokumentasjonsplikten er at informasjon som nedtegnes i journalen har betydning for videre oppfølging og senere behandling av pasienten eller brukeren, og det skal være mulig å etterprøve de beslutninger som er tatt. Dette betyr at informasjon som ikke har betydning for helsehjelpen heller ikke skal nedtegnes i journalen. Eksemplene over viser opplysninger skrevet som dagboksnotater med innhold av subjektive oppfatninger. En vurdering av brukerens helsetilstand forutsetter at det foreligger god faglig dokumentasjon av eventuell endring i atferd, mulig smertetilstand, virkning/bivirkning av medikamenter, forhistorie m.m.

Samarbeid mellom nivåene

I helse og omsorgstjenesten gjelder prinsippet om at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå. Prinsippet forutsetter imidlertid at kommunene har den nødvendige faglige kompetansen slik at tjenestetilbudet blir forsvarlig. I forsvarlighetskravet ligger også erkjennelsen av behovet for veiledning. Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt ovenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten noe som følger av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3. I veiledningsplikten ligger råd,

veiledning og opplysning om helsemessige forhold, fortrinnsvis knyttet til enkelt-pasienter og brukere. Plikten kan også omfatte generell veiledning. Veiledningsplikten er begrenset til helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver i henhold til lov og forskrift. Hva som er påkrevet må vurderes i sammenheng med plikten til å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. I tilfellet som beskrevet over kan vi tenke oss at personalet rundt Knut så behovet for veiledning og kontaktet habiliteringstjenesten for voksne. Habiliteringstjenesten arbeider tverrfaglig og samarbeider med øvrige fagområder i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Store deler av veiledning og opplæring til kommunene gis ved ambulerende team. I forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven står det at veiledningsplikten må ses i sammenheng med plikten til å utarbeide individuelle planer (IP) for pasienter- og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og plikten til å samarbeide med andre tjenesteytere om tilbudet til disse⁸.

Avsluttende kommentar

Når situasjoner beskrives som hendelser/situasjoner uten faglig forankring og skjønnsmessig vurdering, kan man spørre om ansvaret for dette skyldes mangelfull planlegging, rekrutering og kompetanseheving fra virksomhetsleders side. Måten det blir arbeidet med kompetanseutvikling på i virksomhetene, og også i profesjonsutdanningene, når det gjelder skjønnsutøvelse, vil derfor være

⁸ Ot.prp nr. 10 (1998-1999)

helt sentralt for å redusere faren for vilkårlighet i utøvelse av faglig skjønn⁹. Sikkert er det at alt for mange av helsetilsynets tilsyn i perioden 2010-2012 nettopp har avdekket systemsvikt. Det hjelper lite å ha individuell rett til helse- og omsorgstjenester, dersom virksomhetene og helsepersonellet ansatt i disse, ikke forstår det ansvar og den plikt de har for å bidra til oppfyllelse av pasient- og bruker rettighetene. Plikten øker proporsjonalt med pasienten- eller brukerens manglende evne til selv å bestille den hjelp han eller hun trenger, og evne til å medvirke til utarbeidelse av innholdet i tjenestetilbudet.

Litteraturliste:

- Eknes, Jørle (2000) 2. opplag 2001, *Utviklingshemming og psykisk helse*. Universitetsforlaget
 Grimen, H. og Molander, A. (2008) *Profesjon og skjønn*
 Hanssen, H. red., Hummerfelt, K., Kjelleld, A., Norheim, A. Sommerseth, R (2010) *Faglig skjønn og brukermedvirkning*. Fagbokforlaget
 Helsetilsynet tilsynsmeldinger 2010, 2011 og 2012
 Skau, G.M. 1998. *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Cappelen Akademisk Forlag. Oslo
 St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

⁹ Hansen, Helene mfl.,(2010) Faglig skjønn og brukermedvirkning s. 43

Ressursboks

- Lov om kommunale helse og omsorgstjenester: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven*
- NAKUs kunnskapsbank, samleside om psykisk helsearbeid, artikler, e-læringsprogram, filmer, publikasjoner og lenker: <http://naku.no/kunnskapsbanken/33>
- Nettsider om psykisk utviklingshemming og psykisk helse: <http://naku.no/node/485>

ARTIKKEL 6

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering



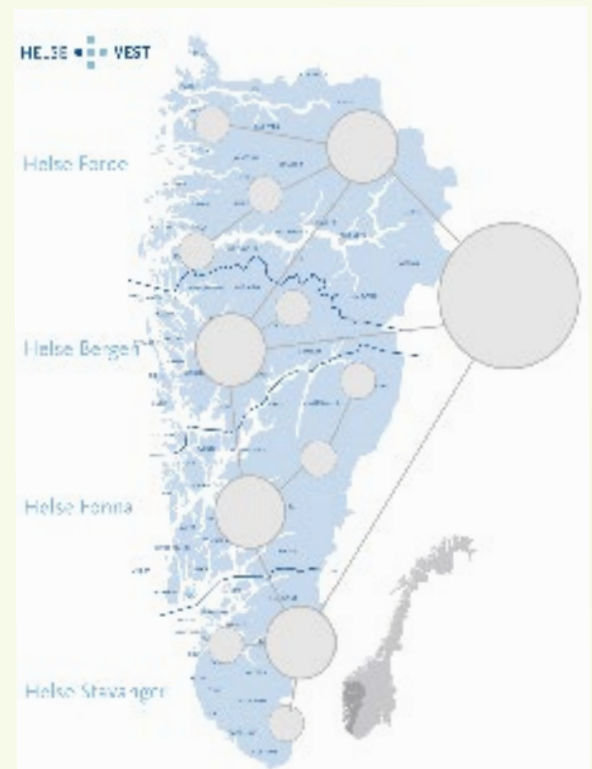
MERETHE BOGE
Rådgiver, Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Vest

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er i forbindelse med Samhandlingsreformen, blitt lovfestet i Spesialisthelsetjenesteloven og Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). I følge Helsedirektoratet er «styrkingen av lovgivningen på dette området et sentralt virkemiddel i å sikre bedre koordinerte tjenester til de som trenger det».

Forankret i lovverket

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE) har vært forankret i forskrift om habilitering og rehabilitering siden 2001. Presiseringer av ansvar og oppgaver for enheten, følger av ny forskrift fra 2012; Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Enheten skal ha en sentral rolle i å legge til rette for god samhandling, både på individnivå mellom pasient/bruker og tjenesteyter, og mellom tjenesteytere fra ulike fag, sektorer og nivå.

Det skal være KE i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, og enhetene skal ha en tydelig plassering og være og lett tilgjengelig (1,2). I spesialisthelsetjenesten er det koordinerende enhet på to nivå; det er enhet i alle fire helseregioner (regionale koordinerende enheter) og det er koordinerende enhet i alle helseforetakene(3), for illustrasjon, se eksempel fra Helse Vest, fig 1.



Oppgaver for koordinerende enhet på de tre nivåene

Koordinerende enhet i kommunen skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere. Enheten skal blant annet ta imot meldinger om mulige habiliteringsbehov som personellet blir kjent med i tjenesten med mindre kommunen bestemmer en annen instans for slike meldinger. Videre skal KE ha overordna ansvar for arbeidet med IP. Dette innebærer å ta i mot meldinger om behov for IP og

sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med IP. Tilsvarende KE i helseforetaket skal KE i kommunen ha overordna ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatører i sin kommune (6).

Rutiner og prosedyrer for arbeidet med IP i helseforetak og kommuner bør forankres i de lovpålagte samarbeidsavtalene innen habilitering og rehabilitering mellom kommuner og helseforetak (7,8,9).

Den koordinerende enheten i hvert helseforetak skal blant annet ha en generell oversikt over habiliteringstiltak i helseregionen og bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter med behov for habilitering. Videre skal enheten ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliteringsvirksomheten i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Enheten skal ha overordna ansvar for individuell plan (IP) som innebærer å ta imot meldinger om behov for IP for pasienter, og sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med IP i helseforetaket. Enheten skal også ha overordnet ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatører i spesialisthelsetjenesten¹ (6,7). Koordinators ansvar i forbindelse med institusjonsopphold innebærer å sørge for nødvendig samordning av spesialisthelsetjenestene før, under og etter innleggelse i institusjon, eksempelvis ved polikliniske forundersøkelser, ved oppfølging og etterbehandling. Samhandling med kommunen, herunder oppstart av IP der det er behov for dette, er viktig for å sikre helhetlig oppfølging etter utskrivning (3)

Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (RKE) gir blant annet informasjon om regionale og nasjonale habiliteringstilbud. RKE i helseregionene samarbeider om drift og betjener forespørsler på den nasjonale informasjonstelefonen for ReHabilitering tlf. 800 30 061 for pasienter, pårørende og helsepersonell. RKE skal ha oversikt over og kontakt med KE i både helseforetak og kommunene i regionen, og man kan ta kontakt med RKE i egen region for å få opplysninger om KE i aktuell kommune. Videre skal RKE ha en

¹ Et endringsforslag i spesialisthelsetjenesteloven mm. fra Helse og omsorgsdepartementet av juni 2013, sier at KE likevel ikke skal ha ansvaret for oppnevning og opplæring. Pr 10.februar 2014 er saken ikke ferdigbehandlet.

koordineringsfunksjon på systemnivå, for habilitering og rehabiliteringsarbeidet i helseregionen. Det vil blant annet si å etablere nettverk og møteplasser via KE i helseforetakene, og ut i kommunene. Alle de fire RKE har etablert nettsider med informasjon om habilitering- og rehabiliteringstilbud, kontaktnettverk, møteplass, rutiner for arbeidet med Individuell Plan (IP), koordinatorrollen med mer (ibid.) RKE er også pådrivere for den årlige nasjonale ReHabiliteringsuka. Mer informasjon og nettsider for de regionale koordinerende enhetene finns på helsenorge.no og de enkelte regionale helseforetakene sine nettsider(4,5).

Utfordringer og mulige løsninger innen habiliteringsområdet

Erfaringer tilsier at utfordringsbildet er nokså komplekst når det gjelder å ivareta utviklingshemmede med psykisk sykdom sine behov for habilitering eller annen oppfølging. I denne artikkelen blir det pekt på tre grunnleggende utfordringer som også er forslag til løsninger. Disse vil i hovedsak gjelde for KE i kommunen og i noen grad også for KE i spesialisthelsetjenesten. Andre sentrale utfordringer kan være samhandlingen mellom aktuelle avdelinger i sykehusene, bruk av IP på tvers av helsetjenestenivå og etater, samt bruk av elektronisk IP. Disse utfordringene vil imidlertid ikke bli nærmere omtalt i denne artikkelen.

Ta i bruk koordinerende enhet på alle nivå

Erfaringene til de regionale koordinerende enhetene og kartlegginger som er utført av Helsedirektoratet (1) viser at mange kommuner og helseforetak i de senere årene har gjort et betydelig arbeid for å sikre etablering og forankring av koordinerende enhet. Det gjenstår imidlertid fortsatt en del arbeid for funksjonen og rollen er på plass i samsvar med ny lovgivning (1).

Gjennom dialog med kommuner og helseforetak og via Nasjonalt nettverk for utviklingshemning og psykisk helse, har man fanget opp behov for informasjon om de tjenestene koordinerende enheter kan bidra med også for denne målgruppen. I følge Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011 (2) skal koordinerende enhet være synlig og lett tilgjengelig for brukerne. Manglende markedsføring av KE i kommuner påpekes også

som en utfordring i rapport fra Kunnskapsenteret fra 2011 (10). Det er derfor viktig at både tjenesteytere og brukere/pasienter/pårørende er kjent med funksjonen til de koordinerende enhetene og oppsøker eller melder til disse ved behov. For eksempel kan det være behov for koordinator eller individuell plan (IP) til brukere som trenger flere ulike og langvarige deltjenester. Bruker skal ved behov bli tilbudt koordinator uavhengig av om bruker ønsker IP (6,7,11). Med behov for «langvarige» tjenester menes at behovet må være av en viss varighet. Det er ikke et krav til et visst antall måneder eller år (12).

Samhandling mellom tjenester for psykisk helse og koordinerende enhet

Det finnes kommuner som har egne enheter for oppfølging/rehabilitering av personer med langvarig psykisk lidelse. Når bruker har en utviklingshemning og samtidig psykisk lidelse, kan vedkommende havne mellom flere stoler og bli en kasteball i systemet. KE i kommuner erfarer at pasienter blir henvist til den instans som har ansvar ut fra diagnose. Ofte blir psykiske lidelser relaterte til personen sin utviklingshemning, og ikke fulgt godt nok opp. Manglende retningslinjer for ansvarsdeling og samarbeid mellom KE, enheter for psykisk helse, habiliteringsavdelinger i kommuner (i de kommuner der disse finnes) og fastlege, kan tenkes å være noe av årsaken. Å utarbeide gode nok prosedyrer, internkontrollsystem og kvalitetshåndbøker beskrives også som en av hovedutfordringene til KE, i følge Rambøll sin undersøkelse av KE i kommuner i 2009 (13). KE skal imidlertid bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering (6). Tjenesten skal derfor bistå personer med nedsatt funksjonsevne uavhengig av alder og diagnose. Enheten skal altså i følge lovverket ivareta alle med habilitering/ rehabiliteringsbehov eller som fyller kriteriene for koordinator eller IP (ibid). Det synes derfor hensiktsmessig at det finnes interne rutiner for samhandling mellom enheter for oppfølging av psykisk helse og koordinerende enhet i kommunen i disse tilfellene.

Samhandling, og organisering av koordinerende enhet

For å lykkes med å nå Samhandlingsreformens mål om å sikre koordinerte tjenester til de som trenger det, er det en vesentlig faktor at KE i kommuner er organisert som et tverretattlig og tverrfaglig team (10). Representasjon fra både somatisk sektor og psykisk helse bør inngå sammen med øvrige relevante etater, som eksempel kan nevnes utdanning og NAV. Koordinerende enhet i Suldal kommune er ett eksempel å trekke frem her, likeså Askøy og Kongsberg kommune, der koordinerende enhet har styringsmyndighet på tvers av kommunens enheter. Imidlertid er man ikke avhengig av én type organisatorisk valg for en velfungerende KE. Det som er viktig er at KE er synlig innad i kommunen, blant kommunens tjenesteytere og at KE samhandler tett med relevante aktører (14). KE i kommuner sier at det ofte er en utfordring at tjenesteytere i kommunen unndrar seg ansvar for reel medvirkning og oppfølging i IP samarbeid. Ansvar for oppfølging av tjenestemottaker og de enkelte tiltakene i planen overlates i mange tilfeller til den som er oppnevnt som koordinator. Det er koordinator sitt ansvar å bidra til at tiltakene blir koordinerte. Det vil for eksempel si at tiltakene kommer til rett tid i forhold til hverandre med utgangspunkt i brukerens behov, og at koordinator innkaller til samarbeidsmøter. Den enkelte tjenesteyter er faglig ansvarlig for å følge opp det enkelte tiltak sammen med brukeren. For at brukerne skal få reelt koordinerte tjenester og helhetlig behandling, synes samarbeid mellom de ulike aktørene innlysende og avgjørende. Samarbeidsplikten mellom de instanser som har plikt til å utarbeide individuell plan er verdt å minne om (7,8,15,16,17,18).

Koordinerende enhet som knutepunkt for habilitering og rehabilitering

En velfungerende KE i kommune vil kunne bidra til en sammenhengende helsetjeneste ved å være et bindeledd i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner, og et knutepunkt for habilitering og rehabiliteringsvirksomhet innad i kommunen. Eksempelvis ved at habiliterings-tjenestene eller avdeling for psykisk helsevern i sykehusene, melder behov for IP, koordinator

eller oppfølging direkte til KE. I følge nytt lovverk har helseforetaket meldeplikt til KE i kommunen så snart som mulig når de ser behov for IP til en pasient. Helseforetaket er pliktig til å medvirke i kommunens arbeid med IP når spesialisthelsetjenesten yter tjenester til pasienter som har rett til slik plan. Uavhengig av om pasienten ønsker IP, skal det tilbys koordinator for pasienten når vedkommende er innlagt i sykehus (6,7). Rutiner og retningslinjer/prosedyrer i sykehuset for IP og koordinator beskriver oppgavefordeling internt, for eksempel hvem som har ansvar for å gi melding til KE i kommunen om behov for IP. I foretaksovergripende retningslinje for koordinator i Helse Bergen er dette ansvaret lagt til den enkelte pasient sin koordinator (19). Optimalt sett skal KE få melding om aktuelt behov før en eventuell ambulant oppfølging av en pasient eller bruker i kommunen. KE i kommune ville da oppnevnt en koordinator som kunne deltatt sammen med ambulant tjeneste på hjemmebesøk. På denne måten ville kommunen være bedre forberedt på oppfølging etter utskriving/poliklinisk konsultasjon. Nødvendig kontakt og samhandling mellom helsetjenestenivåene ville blitt rutinemessig etablert, og kommunal koordinator ville blitt oppnevnt som viktig bidragsyter for koordinerte tjenester til brukerens beste.

Oppsummering

Som tjenesteyter, bruker eller pårørende kan man ta kontakt med KE i sin kommune. Noen kommuner har egen nettside som gir opplysninger om koordinerende enhet og enkelte kommuner har utarbeidet informasjonsbrosjyrer om tjenesten. For øvrig har regional koordinerende enhet kontaktinformasjon for koordinerende enheter i kommuner tilhørende sin helseregion. For ytterligere opplysninger kan man som bruker, pårørende eller helsepersonell ringe den nasjonale informasjonstelefonen for ReHabilitering tlf. 800 30 061 eller benytte nettsiden til det enkelte

helseforetak eller den enkelte helseregion (4).

Koordinerende enhet har et koordineringsansvar på systemnivå der koordineringen skal bidra til at hver enkelt bruker får et helhetlig tjenestetilbud ut fra sine behov (13). Ved at KE er lett tilgjengelig, organisert som et tverretattlig og tverrfaglig team og har én adresse, vil KE kunne fremstå som «døren inn» for brukere som har behov for habilitering.

Også for helsepersonell/andre ansatte som skal melde om brukeres behov for koordinerte tjenester, individuell plan og koordinator vil denne organiseringen være hensiktsmessig (10).

Veileder til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er pr 2014 under arbeid i Helsedirektoratet. Veilederen vil erstatte Veileder til forskrift om individuell plan fra 2010² (5)

Artikkelen har vært forelagt medlemmer av Nasjonalt nettverk for regionale koordinerende enheter, og koordinerende enheter i sykehus og kommuner i Helseregion Vest for synspunkt.

² <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Sider/default.aspx>: Veilederen er et hjelpemiddel i arbeidet med individuell planlegging og gir nærmere utdyping av praksis. I forbindelse med nytt og revidert lovverk blir denne utgaven av veilederen revidert.

Ressursboks

- Mer om koordinering og koordinerende enhet finner du her: <http://www.helsedirektoratet.no/>
- Og her <http://naku.no/node/135>

Referanser

1. <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/koordinerende-enhet/Sider/default.aspx>
2. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011
3. IS-5/2013, rundskriv, Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer
4. www.helse-nord.no/rehabilitering, www.helse-midt.no/rehabilitering, www.helse-vest.no/rehabilitering, www.helse-sorost.no/rehabilitering
5. Helsedirektoratet.no
6. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
7. Lov om spesialisthelsetjenesten m. m
8. Lov om kommunale helse og omsorgstjenester
9. Meld.St.45 (2012-2013) Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemning
10. IS-1909, Koordinerende enhet binder tjenestene sammen (Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten 2011)
11. Pasient og brukerrettighetsloven § 2-5
12. Prop. 91 L, (2010-2011), Lov om kommunale helse og omsorgstjenester
13. IS -0288, Perspektiver på god praksis, rapport fra undersøkelse av koordinerende enhet i kommuner (Rambøll 2010)
14. IS-1841, Knutepunkt for koordinering – koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i fem kommuner (Rambøll 2010)
15. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
16. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen
17. Lov om grunnskolen og den vidaregående opplæringa
18. Lov om barneverntjenester
19. Retningslinje koordinator/kontaktperson i Helse Bergen

ARTIKKEL 7

Overordnet mandat for fylkesmannsembetet



WENCHE JENSEN
Seniorrådgiver,
Fylkesmannen i
Buskerud.



HEGE KYLLAND
Seniorrådgiver,
Fylkesmannen i
Buskerud
Helseavdelingen

Fylkesmannen er statens representant i fylkene og har ansvar for at vedtak, mål og retningslinjer fra Stortinget og Regjeringen blir fulgt opp. Oppdrag knyttet til helse- og omsorgstjenestene utføres på vegne av Helsedirektoratet og Helsetilsynet. Helsedirektoratet gir Fylkesmennene i oppdrag å følge med på og bidra til at gjeldene regler og statlige føringer blir fulgt opp i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Oppdrag knyttet til oppfølging av Samhandlingsreformen er sentral. Fylkesmennene har gjennom Statens helsetilsyn ansvar for å overvåke og kontrollere helse- og omsorgstjenesten. Dette gjøres gjennom områdeovervåkning, tilsyn og klagesaksbehandling. Fylkesmennene gir også generelle råd og veiledning, og har et særskilt ansvar for å prioritere sårbare grupper og den individuelle rettsikkerhet. En av de sentrale oppgavene fylkesmennene har overfor personer med utviklingshemning er overprøving av kommunenes vedtak om bruk av tvang og oppfølging av disse gjennom stedlige tilsyn. I tilknytning til dette arbeidet følger også kursvirksomhet, veiledning og rådgivning. Fra i år har også fylkesmennene ansvar for vergemål.

Det rettslige grunnlaget ble gjennomgått av Professor dr.juris Aslak Syse i temahefte 1, psykisk utviklingshemning og psykisk helse – grunnleggende tema om utviklingshemning og psykisk helse. Det er som Syse skrev, ingen særlige lovbestemmelser som gjelder for mennesker med utviklingshemning som får psykiske lidelser.

Overordnede føringer

Målet med samhandlingsreformen er å forebygge

mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Det sentrale er at pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp når de trenger det nærmest der de bor. Målet er rett behandling, til rett tid, på rett sted, og gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Tilbudet i kommunen skal bli bredere og det skal bli lettere å få helsehjelp lokalt. Det er laget samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenestene og kommunene for å bidra til at pasienter og brukere opplever helhetlige og sammenhengende helsetjenester.

Etter at St. melding nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet slo fast at psykisk helsevern hadde store mangler og at det var behov for omfattende styrking og omstrukturering, har det skjedd store endringer i tjenestene gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 1997-98). Målene med opptrappingsplanen var å gi virkningsfulle og trygge tjenester, involvere brukere og gi dem innflytelse, god samordning og kontinuitet i tjenestene, god ressursutnyttelse, gi tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling. Fylkesmennene skal følge opp tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Kommunenes ansvar

Kommunale helse- og omsorgstjenester til mennesker med psykiske lidelser omfatter forebygging, utredning og behandling, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte og veiledning. I tillegg ytes andre helse- og omsorgstjenester som for eksempel støttekontakter, fritidsassistenter,

avlastning og ulike dag- og treningstilbud. Tilbud til barn og ungdom med utviklingshemning og psykiske lidelser og deres familier, er et prioritert område.

Fastlegen har en sentral rolle for å sørge for at pasienter med psykiske lidelser får medisinsk utredning og behandling, og de fleste av pasientene blir behandlet og fulgt opp av fastlegen. Fastlegene skal være «døråpnere» til andre tjenester og ytelser. Dette gjelder både som henvisningsinstans til spesialisthelsetjenesten og andre tiltak. Det er viktig at fastlegene samarbeider med annet helsepersonell og at kommuneoverlegene bidrar i planarbeid for å sikre helhetlige og faglig gode tjenester overfor den enkelte. Kommunene må sikre denne oppfølgingen gjennom fastlegeavtalene. Kommunen må også sikre at de har kriseberedskap i akutt – og krisesituasjoner. Dette gjøres ofte gjennom avtaler med de distriktspsykiatriske sentra og gjennom kommunale eller interkommunale legevaktsordninger.

Kommunene har en plikt til å gi et forsvarlig tjenestetilbud jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Dette innebærer at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Kommunene har stor grad av valgfrihet innenfor det kommunale selvstyret. De velger selv hvordan de organiserer tjenestetilbud til mennesker med utviklingshemning og psykiske lidelser så fremt de tjenestene de tilbyr er forsvarlige. Kommunene har også en plikt til å sikre brukermedvirkning, både på systemnivå og ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester overfor enkelt personer. Det er imidlertid svært viktig at kommunene sørger for at de nærmeste hjelperne har tilstrekkelig kunnskap til å kunne avdekke psykiske plager og vite når fastlegen må kontaktes. Videre er det viktig at kommunene sikrer kompetanse hos de ansatte, slik at de kan legge til rette for å forebygge psykiske plager hos mennesker med utviklingshemning. Kommunene har også en plikt til å begrense og forebygge bruk av tvang jf. kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven, og iverksette tiltak med bruk av tvang overfor enkelte mennesker med utviklingshemning dersom de utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade. Det er et hovedvilkår at andre løsninger er prøvd før tvangstiltak iverksettes, hvorav krav til utredning og behandling av psykiske lidelser.

Familie og pårørende kan gi svært viktig informasjon og deres bekymringer må tas på alvor dersom de er bekymret for brukerens psykiske helse. Dersom pasienter med psykiske lidelser mener at de ikke får tilbud om forsvarlige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, kan pasienten eller dennes representant klage på avgjørelsen til Fylkesmannen jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Klagen skal sendes til den instansen i kommunen som har truffet avgjørelsen eller vedtaket.

Spesialisthelsetjenestens ansvar

De regionale helseforetakene skal tilby spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon til mennesker som har behov for helsetjenester på grunn av psykiske lidelser. Helsetjenestene som tilbys eller ytes, skal være forsvarlige jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Det er de distriktspsykiatriske sentrene (DPS) som har hovedansvar for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne. Tilbudet består i akutt- og krisetjenester, spesialisert utredning og behandling. DPS'ene skal ha et tett samarbeid med kommunene og øvrig spesialisthelsetjeneste, bistå kommunene med råd og veiledning og ivareta kontinuiteten innad i spesialisthelsetjenesten.

Habiliteringstjenesten har ofte en funksjon som «døråpner» inn i spesialisthelsetjenesten for mennesker med utviklingshemning. Habiliteringstjenesten er ofte inne tidlig i livet til mennesker med utviklingshemning gjennom utredning og diagnostisering. Oppgavefordelingen mellom Habiliteringstjenesten og psykisk helsevern er en viktig og utfordrende problemstilling. I følge veilederen fra Helsedirektoratet om Habiliteringstjenesten for voksne (spesialist-helsetjenesten IS-1739), bør pasienter med lettere utviklingshemning og psykiske lidelser få tilbud ved de distriktspsykiatriske sentrene. Pasienter med alvorlig og moderat utviklingshemning og samtidig alvorlig utviklingshemning vil kunne ha behov for innleggelse i døgnheter i psykisk helsevern for voksne.

Ved behov for akuttinnleggelse ved psykiske lidelser, skal mennesker med utviklingshemning få tilbud i ordinære akuttposter eller DPS. Det kan fattes vedtak om tvunget psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven § 3-3 dersom pasienten ikke samtykker til behandling. Det vil ofte være behov



for nær samhandling mellom Habiliteringstjenesten og avdelingen som skal behandle pasienter med utviklingshemning og psykiske lidelser, fordi symptomutformingen ved psykiske lidelser hos pasienter med psykisk utviklingshemning kan være annerledes enn i befolkningen for øvrig.

Spesialisthelsetjenesten, i hovedsak Habiliteringstjenesten, har også en plikt (etter helse- og omsorgstjenesteloven § 9-9) til å bistå kommunene ved utarbeidelse av vedtak om bruk av tvang og gjennomføring av tvangstiltak. Våre erfaringer er at spesialisthelsetjenesten ofte gir bistand for å diagnostisere og behandle pasienter med utviklingshemning for psykiske lidelser, når de bistår kommunene i vurdering av behovet for bruk av tvangstiltak.

Dersom pasienten eller dennes representant mener at de ikke får tilbud om nødvendig og forsvarlig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ved psykiske lidelser, kan avgjørelsene påklages jf.

pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Klagen skal sendes til den instansen i spesialisthelsetjenesten som har truffet avgjørelsen eller vedtaket.

Fylkesmannens tilsynsrolle

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landets kommuner og skal utøve myndighet i samsvar med lover og forskrifter. Etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten skal Fylkesmannen føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i fylket, med alt helsepersonell og annet personell som yter helse- og omsorgstjenester. Formålet med statlig tilsyn er å identifisere uønskede hendelser, bidra til å stanse pågående uforsvarlig virksomhet, veilede og fremme læring. Det overordnede målet er å sikre kvaliteten på tjenestene og fremme tilliten til helse- og omsorgstjenestene.

Fylkesmannen følger opp helse- og omsorgstjenestene gjennom hendelsesbaserte tilsynssaker hvor

vi avgjør om helsetjenesten eller helsepersonell har brutt plikter i helselovgivningen i tilfeller hvor det er gitt helsehjelp. Vi vurderer både om det enkelte helsepersonells utførelse har vært forsvarlig jf. helsepersonelloven § 4 og hvordan virksomheten er organisert for at helsepersonellet skal kunne overholde pliktene om forsvarlig helsehjelp jf. helsepersonelloven § 16, helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. På bakgrunn av informasjon Fylkesmannen får, vurderer vi om det er grunnlag for å undersøke forholdene gjennom tilsyn. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 kan pasienter, brukere eller andre som mener de ikke har fått forsvarlig og omsorgsfull hjelp, be Fylkesmannen om å vurdere hendelsen som en tilsynssak. Terskelen for å igangsette tilsyn skal være lav.

Videre gjennomfører Fylkesmannen årlige landsomfattende systemrevisjoner på spesielt utvalgte temaer valgt av Statens helsetilsyn og egeninitierte tilsyn basert på en risiko- og sårbarhetsanalyse i eget fylke. Det gjennomføres også stedlige tilsyn, spesielt knyttet opp mot bruk av tvang overfor personer med utviklingshemning og tilsynsmøter der dette vurderes som hensiktsmessig. Fylkesmannen har et områdeovervåkningsperspektiv og følger med på det som skjer i fylket.

Fylkesmannens hovedinntrykk er at de fleste fastleger følger opp pasienter med utviklingshemning og at de henviser videre ved behov, mens andre ikke har tilstrekkelige kunnskap om mennesker med utviklingshemning og psykiske lidelser. Vi ser imidlertid at henvisningene kan ta lang tid og at fastlegene dessverre får mangelfulle opplysninger om pasienter med utviklingshemning. Vi ser at journalføringen og dokumentasjonen rundt den enkelte pasient ofte er svært mangelfull ute i kommunene. Vi er også dessverre kjent med eksempler på fastleger som ikke gjennomfører kliniske undersøkelser av pasienter med utviklingshemning før de foreskriver medikamenter, og vi hører tidvis om fastleger som bruker for lang tid til å sende henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Fylkesmennene har ulike erfaringer med hvor tilgjengelig og samordnet helsehjelpen som gis fra spesialisthelsetjenesten er. I noen fylker fungerer samarbeidet mellom Habiliteringstjenestene og DPS 'ene godt og det blir avklart hvem som skal

gi tilbud om helsehjelpen, mens andre har erfaring med at det er stor uenighet om hvem som skal følge opp pasientene. Mennesker med utviklingshemning med psykisk lidelse vil ofte både ha behov for tilrettelegging på grunn av utviklingshemningen og for behandling for sin psykiske lidelse. Det er avgjørende med et godt samarbeid for å sikre en forsvarlig behandling.

Gjennom Fylkesmannens tilsynsvirksomhet og råd- og veiledningsansvar, møter vi pårørende eller helsepersonell som erfarer at mennesker med utviklingshemning ikke får tilstrekkelig helse- og omsorgstjenester når de får psykiske helseplager. Mange pårørende og ansatte i kommunene er også bekymret for mennesker med utviklingshemning, psykisk lidelse og rusproblematikk som ikke selv ønsker å ta imot helse- og omsorgstjenester. Vi møter også pårørende som ønsker større inngripen i livet til voksne mennesker med lett utviklingshemning, men hvor ansatte i helse- og omsorgstjenesten vurderer at bruker har samtykkekompetanse til å ta egne valg.

Mennesker med utviklingshemning kjenner i liten grad til at de har klagerett og må ha hjelp fra verge eller pårørende med fullmakt for å klage. Det er også mange som selv ikke forstår hva slags hjelp de kan ha rett på, og de vet ikke om hjelpen som er tilbudt er tilstrekkelig i omfang og kvalitet. Vi er også bekymret for om vergene har tilstrekkelig kunnskap og innsikt til å klage på vegne av brukere og pasienter som ikke får tilstrekkelige kommunale tjenester. Vi ser at en del verger er passive på dette området. En annen utfordring er at verge eller pårørende ikke daglig er involvert i personens liv. Verge er derfor ofte avhengige av at ansatte i kommunene melder ifra om manglende helse- og omsorgstjenester slik at rettsikkerheten blir ivaretatt. Vi får tidvis henvendelser fra ansatte i kommunene som synes det er vanskelig å vite hva de kan gi pårørende og verge informasjon om. Det er en utfordring dersom det ikke er vurdert om pasienten eller brukeren har samtykkekompetanse til å bestemme hvilken informasjon som skal gis. Dette må avklares slik at retten til medvirkning blir ivaretatt.

Fylkesmannens rolle som klageinstans

Fylkesmannen er klageorgan på alle vedtak og avgjørelser etter pasient- og brukerrettighetsloven og overprøvingsretten finnes i § 7-6 i samme lov.

Klager kommunen eller spesialisthelsetjenesten ikke imøtekommer, skal sendes til Fylkesmannen for behandling og endelig avgjørelse jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Det kan være pasienter som ikke får utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten, at tidsfrister ikke er overholdt eller at pasienter ikke får velge sykehus m.m. I kommunen kan det eksempelvis være at et menneske med utviklingshemning og psykisk lidelse ikke får psykiatriske støttesamtaler eller støttekontakt for å avhjelpe situasjonen.

Fylkesmannen skal ta stilling til om klager har fått oppfylt sine rettigheter, og dersom dette ikke er tilfelle kan Fylkesmannen fatte vedtak om hvilke tjenester som skal tilbys. Det er ingen oversikt over hvor mange klager Fylkesmennene har når det gjelder manglende tjenester til mennesker med utviklingshemning og psykiske lidelser. Flere fylkesmenn oppgir at de har svært få klager på at det ikke gis tilstrekkelige tjenester i kommunene eller spesialisthelsetjenesten.

Det er helt avgjørende

Mange mennesker med utviklingshemning har behov for hjelp og er, prisgitt at de nærmeste, både familie, verger og ansatte i helse- og omsorgstjenesten, følger med på hvordan de har det, for å kunne gi tidlig hjelp ved mistanke om psykiske lidelser. Organiseringen av tjenestene i kommunene, samarbeid med pårørende og verger, turnus, møtevirksomhet, faste tjenesteytere og tid til individuell oppfølging, er ofte avgjørende for å avdekke og forbygge psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning.

Referanser:

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Vedtatt 2.7.1999.
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Vedtatt 24.6.2011.
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
 Lov om pasient- og brukerrettigheter. Vedtatt 2. juli 1999.
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (spesialisthelsetjenesteloven). Vedtatt 7.6.1961.
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
 Helsedirektoratet (2004), Lov om sosiale tjenester kapittel 4A. Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med utviklingshemning. Oslo: Helsedirektoratet.
 Helsedirektoratet (2009), Habiliteringstjenesten for voksne – i

spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet.
 Sosial- og helsedirektoratet (2006), Psykisk helsevernloven for voksne. Distriktpsikiatriske sentre-med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Ressursboks

- Felles nettside for alle fylkesmannsembetene: <http://www.fylkesmannen.no/>
- Fylkesmannens sider om hele- omsorg og sosiale tjenester: <http://www.fylkesmannen.no/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/>

Nettverksgruppa

NETTVERKSGRUPPA NASJONALT FAGNETTVERK OM PSYKISK UTVIKLINGSHEMNING OG PSYKISK HELSE:

Ulla-Maija Ahokas, teamleder, Habiliteringsavdelingen, UNN

Merethe H. Boge, rådgiver, Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, Helse Vest

Jarle Eknes, psykologspesialist, leder, Samordningsrådet, SOR.

Karl Elling Ellingsen, leder, NAKU

Olav Ose Evensen, enhetsleder, Psykiatrisk Innsatsteam, Nordlandssykehuset

Nanna Gjersøe, brukerrepresentant. Autismeforeningen, Oslo fylke, PPU Brukerrådet.

Gro Kalvenes, fagrådgiver, Psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemning, UIO,

Monica Røstad, fagkoordinator, veileder, Trondheim kommune og HIST

Geirmund Skeie, psykiater, rådgiver.

Ann Elin Tingvik, avdelingsleder, Stavanger kommune

Synnøve Aasan, rådgiver, NAKU

Hefter i temaserien Psykisk utviklingshemning og psykisk helse

- 1) Grunnleggende tema
- 2) Veiviser til psykiske helsetjenester
- 3) Psykotrop medikasjon (foreligger som e-hefte)

Heftene kan lastes ned fra naku.no

Eller bestilles i papirutgave fra naku@hist.no

NAKUs hovedoppgave er å utvikle det faglige grunnlaget for å skape gode levekår for utviklingshemmede, og hovedmålgruppen er kommunalt ansatte. Kompetansemiljøet skal bidra til at kommunalt ansatte kan dra nytte av erfaringer i andre kommuner, av faglig veiledning i nettverk og av tilgang på forskning og fagutvikling ved høyskoler og universitet.



NAKU

NASJONALT KOMPETANSEMILJØ
OM UTVIKLINGSHEMNING