



**Utredning og diagnostisering**  
av mennesker med psykisk  
utviklingshemning

**Side 4**

Mennesker med  
**utviklingshemning, og**  
**nettverksbygging**

**Side 10**

**Kompetansebygging**  
for omsorgsytere i kommunen

**Side 12**



LEDER

ANNE MARIT BYGDNES

## Det kan bare bli bedre

En mann midt i 50-årene fikk store psykiske problemer og ble akutt innlagt på en av landets universitetsklinikker for psykiske lidelser. Mannen ble medisineret, fikk en seng å sove i, og neste dag ble han sendt hjem. Han hadde utviklingshemning, i perioder sov han lite om natta, spiste lite, ivaretok ikke personlig hygiene, lot være å gå på arbeid og avviste tjenesteyterne. Han mottok tjenester fra kommunen og hadde god kontakt med sin familie. Regelmessig sendte de postpakker med ukeblad og godterier til han. Tre-fire dager etter at han var kommet fra sykehuset fikk han en pakke i posten fra apoteket. Han trodde at det var fra familien. Han spiste alt "sukkertøyet" i pakken. Da tjenesteyterne kom inn til han, sov han ved siden av medikamentpakken han hadde fått i posten. Han ble sendt på sykehuset for pumpling og neste dag var han hjemme i leiligheten sin igjen.

Denne lille historien illustrerer tilbudet som noen med utviklingshemning mottar hvis de får psykiske problemer. Et begrenset opphold på institusjon, og psykofarmaka.

Personer med utviklingshemning er en liten gruppe, men mange har tilleggs lidelser i form av psykiske lidelser og/eller utfordrende atferd. Undersøkelser i Norge viser at 35-50 % bruker psykotrop medikasjon enten på grunn av utfordrende atferd eller psykiske lidelser. Rapport fra Statens helsetilsyn i 2000 fastslo at tilbudet til personer med utviklingshemning og psykiske lidelser og utfordrende atferd var mangelfull. Dette gjaldt både det kommunale tilbudet og tilbudet fra spesialisthelsetjenesten.

Personer med utviklingshemning og psykiske lidelser/utfordrende atferd har svært sammensatte problemer. Når legen blir oppsøkt på grunn av psykiske lidelser/utfordrende atferd, er det som regel akutt. Legen har ofte ikke annet å tilby enn psykofarmaka og eventuelt et opphold på institusjon. Evalueringen av behandlingen er mangelfull og pasienter blir ofte stående på samme medikamenter lenge etter at den akutte situasjonen er over. Personer med så sammensatte problemer har behov for tjenester fra fagpersoner med spesialistkompetanse, både i medikamentell og miljøbasert behandling.

Psykiske lidelser kan være lært og kan være utløst av hendelser i miljøet. Miljøterapeutiske tiltak har ofte ønsket effekt på utfordrende atferd. Et senter i USA har en tverrfaglig modell som integrerer somatisk, miljøterapeutisk og psykofarmakologisk behandling. Først undersøkes og behandles pasienten for eventuelle somatiske plager. Dersom undersøkelsen viser sårbarhetsfaktorer i miljøet som kan være utløsende for psykisk lidelse, så tilrettelegges miljøet bedre. Behandling basert på psykofarmaka er siste alternativ, på grunn av faren for bivirkninger og skadevirkninger.

Nasjonalt fagnettverk om utviklingshemning og psykiske lidelser holder seminar på Gardermoen i slutten av oktober. Målet for seminaret er å øke kompetansen om dette emnet både på kommunalt nivå og hos spesialisthelsetjenesten. Med økt kompetanse hos kommunale tjenesteytere vil personer med utviklingshemning raskere kunne få hjelp fra spesialisthelsetjenesten og behandling herfra kan bli bedre fulgt opp i hjemmemiljøet.

Behandling av personer med utviklingshemning og psykiske lidelser krever ofte kompetanse langt ut over det man finner på første-linjenivå, samtidig som pasienter med slike utfordringer bør behandles i hjemmemiljøet. Spesialisthelsetjenestene må være ambulente og spesialistene må reise til pasienten, ikke omvendt. Når behandling gjennomføres i hjemmemiljøet, er det større muligheter for at effekten av behandlingen blir varig og at behandlingen følges bedre opp av nærpersoner. En ambulerende spesialisthelsetjeneste vil også bygge opp kompetanse hos personalet i nærmiljøet. Ved ambulerende behandling vil man slippe episoder hvor pasienter blir sendt på sykehus for behandling og at medikamenter ettersendes i posten, hvor det til sjunde og sist er flaks at behandling ikke ender med tragedie.

Derfor må spesialisthelsetjenesten både innen psykisk helsevern og habilitering sammen utvikle bedre kompetanse på diagnostikk og behandling i et forpliktende ambulant samarbeid med det kommunale apparatet.

Førstelektor Anne Marit Bygdnes  
Høgskolen i Akershus



### NAKUs hjemmeside

Besøk vår hjemmeside.

Den oppdateres fortløpende med interessant og nyttig stoff.

[www.naku.no](http://www.naku.no)

#### Redaktør

Karl Elling Ellingsen  
Ansvarlig redaktør og daglig leder, NAKU

#### Redaksjon

Anna Kittelsaa  
Seniorrådgiver  
Karl Elling Ellingsen  
Kim Berge  
Rådgiver  
Aud Selboe  
Seniorrådgiver  
Reidar Sandnes  
Rådgiver  
Geir Bjarte Gravdal  
Rådgiver  
Heidi Hjelle  
Rådgiver  
Marit Bendz  
Frilansjournalist

#### Foto

Forsidefoto: © Marit Bendz  
På bildet: John Havellen og Kjell Ove Ugulen i studio under spørjeprogrammet Lustragruppingen

Redaksjonen tar i mot tips på telefon 73 55 93 86

#### Kontakt

Telefon 73 55 93 86  
e-post [karl.e.ellingsen@hist.no](mailto:karl.e.ellingsen@hist.no)  
[www.naku.no](http://www.naku.no)

NAKU er opprettet som en selvstendig enhet ved HiST, Høgskolen i Sør-Trøndelag

#### Produksjon

Skipnes Kommunikasjon



# Nettverksseminar på Gardermoen

Tekst Geir Bjarte Gravdal

Den 28. og 29. oktober arrangerer Nasjonalt fagnettverk om utviklingshemning og psykisk lidelse seminar på Gardermoen. Nettverket teller pr. 12.9 250 medlemmer. Deltakeravgift på seminaret, hotellopphold og kost inklusiv fellesmiddag er gratis for medlemmer av Fagnettverket. Medlemskap i nettverket er også kostnadsfritt.

Det legges fram prosjektarbeid vedrørende status for Samhandling mellom 1. og 2. linjetenesta, Kompetansegrunnlag og -utvikling samt Utredning og diagnostisering av psykisk lidelse hos personer med utviklingshemning. Rundt disse tema har det vore samla fagkompetanse og arbeidet presenteres på seminaret.

Rådgiver i NAKU Anna Kittelsaa legg fram statusrapporten om psykisk utviklingshemning og psykiske lidelser. Rapporten er ein gjennomgang av kva som finnest og ikkje finnest av psykisk helsetilbud i dei ulike helseregioner for denne målgruppa. Utan å røpe for mykje av innhaldet kan ein slå fast at det er store regionale skilnader. Rapporten peiker også på mulege tiltak som svar på dei utfordringer som ein ser.

På seminaret tek Anton Dosen for seg behandling av personer med utviklingshemning og psykisk lidelse i eit europeisk perspektiv. Dosen er psykiater og er blant pionerene på dette feltet i internasjonal samanheng.

NAKU er også glade for å presentere John Havellen. Han har eit foredrag saman med Roland Schwarz der han

blant anna ser si eiga historie opp mot livet til filosofen Ludwig Wittgenstein.

NAKU har oppfordret deltakerne i innbydelsen til å ta aktiv del i dei framlagte prosjekta. Dette søker ein oppnådd gjennom at det arrangeres dialogforum i etterkant av prosjektframlegga. Det gis anledning til å komme med 10-15 minutter lange innlegg der ein legg fram eigne erfaringer relatert til aktuell problemstilling. NAKU ønsker at forumet vert ein arena for dialog og utveksling av kunnskap. Innlegg er meldt på førehand, men det vil også bli forsøkt lagt til rette for spontane tilbakemeldinger konkret til dei presenterte prosjekta.

Psykiatrisk avdeling for psykisk utviklingshemmede (PPU) ved Ullevål sykehus deler i seminaret sine erfaringer rundt bruken av flerfamiliegrupper. Det er avdelingssjef og psykiatrisk sykepleier Anne Karin Rudi og avdelingsleder og vernepleier Gunn Klevmoen som legg fram.

Mot slutten presenterer klinisk vernepleier Asbjørg Bjørkedal erfaringer dei har gjort seg ved Nordfjord psykiatrisenter når det gjeld å gje psykiatritilbud til personer med utviklingshemning.

Helsedirektoratet avslutter seminaret.



Geir Bjarte Gravdal

# Utredning og diagnostisering av med psykisk utviklingshemming

Karl Jacobsen NTNU, Bertil Bjerkan, Universitetet i Tromsø og Kari Tiller, Tiller DPS

Psykisk utviklingshemming ble opprinnelig diagnostisert kun på grunnlag av intellektuelle ferdigheter. Dette var også fokus for utredning og trening. Etter hvert ble det tydelig at mange mennesker med psykisk utviklingshemming hadde store helseproblemer og emosjonelle vansker. Det ble også fokusert mer på miljømessige tilrettelegginger og hvordan disse menneskene kunne bli forstått og kommunisert med. Å ta utgangspunkt i deres behov begynte gradvis å bli viktigere enn trening for tilpasning til samfunnet. På 90-tallet ble det vedtatt flere internasjonale konvensjoner som anbefalte at de fire områdene: Intellektuell fungering, emosjonell fungering, helse og miljø burde utredes før tilrettelegginger, behandling og opplæring av psykisk utviklingshemmede mennesker ble iverksatt. Dette var uttrykk for at fagmiljøene ville legge til rette for utvikling slik en gjør i vanlig utvikling, hvor barn og omsorgsgivere forstår hverandres ønsker, behov og korreksjonsbehov gjennom en gjensidig kommunikativ utbytting (transaksjon) over tid. Det er også denne gjensidige prosessen som er grunnlaget for differensiering av emosjoner og utvikling av emosjonsregulering.

I de senere årene har vi også fått mer diagnosespesifikk behandling av ulike psykiske vansker. Denne behandlingen er i en medisinsk modell hvor diagnostisering skjer på grunnlag av symptomer og behandlingsresultat måles i symptomlette. Dette har åpnet for at psykisk utviklingshemmede mennesker kan behandles spesifikt for affektive lidelser som bipolare lidelser og depresjon, belastningsrelaterte lidelser som angst og tilpasningsforstyrrelser, atferdsforstyrrelser og mer spesifikke lidelser som spiseforstyrrelser, søvnvansker og seksuelle dysfunksjoner. Dette er positivt fordi det kan hjelpe mange psykisk utviklingshemmede mennesker som strir med en psykisk vanske til å få et bedre liv, samtidig som det signaliserer at denne gruppen kan behandles gjennom samtaler, miljøterapi eller medikamentelt på samme

måte som hos resten av befolkningen.

For å diagnostisere flere tilstander hos samme person (komorbiditet) kreves det at de tilstandene en diagnostiserer skyldes uavhengige prosesser og ikke har samme underliggende årsak eller prosess. Det kan være svært vanskelig å vise at tilstedeværelse av symptomer som relateres til en psykisk lidelse hos en psykisk utviklingshemmet person ikke er en del av utviklingshemningen, men at symptombildet skyldes en selvstendig prosess. Dette skyldes at emosjonell umodenhet alltid er en følgetilstand til psykisk utviklingshemming. Den mangelfulle utviklingen av hjernen rammer nesten utelukkende korteks (hjernebarken) hvor kognitive funksjoner som oppmerksomhet, hukommelse, gjenkjennelse, forståelse og læring er lokalisert. Det synes som det limbiske system (mellomhjernen) hvor emosjoner er lokaliserte, ikke er redusert. Utvikling av emosjonell modenhet er å tillegge seg evnen til å styre sine emosjonelle impulser som kommer fra det limbiske system med kognitive funksjoner som for eksempel å forstå den konteksten en befinner seg i. Det er derfor vanskelig å skille mellom om de symptomene som kjennetegner diagnostiserbare psykiske lidelser er en del av en emosjonell umodenhet og dermed en følgetilstand til utviklingshemningen, eller skyldes en selvstendig prosess som er uavhengig av utviklingshemningen. Her er det en åpenbar risiko for overdiagnostisering med påfølgende feilbehandling. Den individuelle variasjonen blant mennesker med psykisk utviklingshemming er så stor når det gjelder emosjonell modenhet, at samme symptombildet for to personer, kan innebære at for den ene er det en selvstendig uavhengig prosess som ligger bak atferden, og at den dermed skal diagnostiseres som psykisk lidelse. Mens hos den andre er den observerbare atferden en del av utviklingshemningen, og skal således ikke diagnostiseres.

Mange mennesker med psykisk utviklings-

hemming er vanskelig å samhandle med nettopp på grunn av deres emosjonelle umodenhet. Vi kan derfor søke mot løsninger som gir muligheter for medisinerings- eller terapier som retter seg mot å korrigere atferd knyttet til spesifikke lidelser. Hvis den utfordrende atferden produseres av en emosjonell umodenhet eller er et resultat av hvordan miljøet har møtt umodenheten, gir atferden informasjon om hvor personen befinner seg utviklingsmessig og dermed hvordan en skal møte personen for å skape utvikling. Hvis en reduserer atferden gjennom medisinerings eller annen terapi, tar en vekk grunnlaget for å forstå hvor personen befinner seg modenhetsmessig og hvilke ulike terapeutiske tilpassninger som er gunstige for å fremme utvikling av emosjonell modenhet. En fjerner også personens kraft som ligger i det emosjonelle uttrykket. Hvis for eksempel et menneske med psykisk utviklingshemming har en emosjonell modenhet tilsvarende en treåring, er det å forvente at en møter mye trass og uregulert sinne. Denne alderen er nettopp rettet mot å etablere en bedre regulering av eget sinne. Gjennom å spille ut sitt sinne blir vi møtt med hva som er akseptabelt under ulike kontekstuelle forhold. Gjennom dette får vi et sinne som er tilgjengelig for oss og som vi kan regulere. Dette blir et sinne som blir tydelig, men som spilles ut på sosialt aksepterte måter. Et uregulert sinne er utviklingsgrunnlaget for et regulert sinne. Hvis vi diagnostiserer atferd som relaterer seg til emosjonell umodenhet som tilpasningsforstyrrelse eller atferdsforstyrrelse og behandler de som sådan, tar vi bort grunnlaget for utvikling.

Riktig diagnostisering av psykiske vansker hos mennesker med utviklingshemming krever mer komplekse modeller og langt mer tverrfaglighet enn det som praktiseres i dag. Det er sannsynligvis like viktig å utrede kognitive funksjoner, emosjonell fungering, helse og menneskets miljø som å fastsette et symptombilde for å diagnostisere riktig. Det kan være nødvendig med modeller som

Tekst: Olav Ose Evensen

inkluderer kognisjon, emosjoner, helse og miljø, og som kan se interaksjonen mellom disse, for å kunne avgjøre om observerbar atferd er en følgetilstand av utviklingshemning eller om atferden er symptomer på en selvstendig uavhengig prosess knyttet til psykiske vansker.

Diagnostisering og utredning av psykiske vansker hos mennesker med psykisk utviklingshemning er svært komplekst hvor vi står i fare for både å over- og underdiagnostisere. Mange er nok deprimerte av inaktivitet, for krevende liv eller av ensomhet, og har nytte av at dette blir sett og forholdt seg til. Det er også en høy risiko for at vi overdiagnostiserer der atferden skyldes emosjonell umodenhet og ikke er symptomer på en psykisk lidelse. En slik overdiagnostisering vil lett representere et gufs fra fortiden hvor vi skal ordne opp og tilpasse mennesker med psykisk utviklingshemning til samfunnets krav framfor å se hvor de befinner seg utviklingsmessig og hva som er deres ønsker og behov.



Karl Jacobsen

- Personer med utviklingshemning og psykoser
- Personer med utviklingshemning og alvorlige tilstander, som trenger stabilisering og/eller medikamentvurdering
- Personer med utviklingshemning som har behov for observasjons- og avlastningsopphold.

Tilbudet baserer seg på et nært samarbeid som er utviklet over tid mellom kommunehelsejenestene, Distriktpsikiatrisk Senter, Vesterålen og Habiliteringsteamet ved Nordlandssykehuset Vesterålen.

*Avslutningsordene fra rapporten er som følger;* Voksne mennesker med psykisk utviklingshemning, som har påviselige psykiske lidelser, får psykiatrisk behandling i Vesterålen lokalsykehusområde. I noen få tilfeller hvor tvangsinnleggelse ikke er til å unngå, vil akuttinnleggelse i psykiatrisk sykehus være nødvendig.

Kunnskap om psykisk sykdom og psykisk utviklingshemning er blitt betydelig bedret i Vesterålskommunene. Dette har økt muligheten for å identifisere personer med psykiske lidelser.

Når det har vært gitt psykiatrisk behandling i relativt stort omfang til denne gruppen pasienter, henger dette sammen med

et godt utviklet samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenestene.

Oppgavene fordeles da slik at kommunene har primært ansvar for den daglige omsorg og oppfølging. DPS og den kommunale psykiatritjeneste tar ansvar for behandlingen og habiliteringsteamet bistår med rådgivning og veiledning.

Det meste av behandlingen og veiledning gis ambulant i personens eget hjemmiljø.

Både DPS og habiliteringsteamet ved Nordlandssykehuset Vesterålen har gjennom flere år utviklet gode samarbeidsrelasjoner til kommunene i Vesterålen. Etter en tid er samarbeidet utvidet til å fungere mellom disse tre partene med ulike oppgaver.

De relativt små og oversiktlige miljøene har skapt nære relasjoner mellom ansatte i helse og sosialtjenestene og andrelinjetjenestens fagpersoner. Dette har bidratt positivt til å utvikle samarbeidet. Kommunenes positive vilje til å finne til dels utradisjonelle løsninger på vanskelige og sammensatte problemer har også vært et viktig bidrag.

Habiliteringsteamet har i sitt arbeid praktisert en aktiv påvirkning for å bringe den faglig best kompetente bistand til personer med utviklingshemning når hjelpebehov er blitt avdekket.

Rapporten kan lastes ned fra [www.naku.no](http://www.naku.no)

### Psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemning og autisme

er en regional avdeling ved Ullevål universitetssykehus HF, Psykiatrisk divisjon. Divisjonen skal være en psykiatrisk virksomhet med lands-, regions- og lokalsykehusfunksjoner.

Avdelingen yter psykiatriske spesialisthelsetjenester til personer med utviklingshemning og autisme med psykiske lidelser i befolkningen over 18 år, primært i Helse-region Sør-øst. Avdelingen samarbeider med habiliteringstjenesten i fylkene, DPS, kommuner/bydeler i Oslo og med psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

Vår adresse er: *Psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemning og autisme, Administrasjonsbygget, Dikemark 1385 Asker.*  
Tlf: 66 90 87 74 Fax: 66 90 86 97  
<http://www.ulleva.no/> og søk på "PPU"



# Møt dei på Nettverkseminaret på Gardermoen: Wittgenstein og eg

Teks: Marit Bendz Foto: Roland Schwarz

John Havellen (45) frå Luster er programleiar i nærradio, vedfraktar, postbod og pengeinnkrevjar. Dessutan held han føredrag om likskapane mellom filosofen Wittgenstein og seg sjølv. Og om korleis han opplevde å få utlevert mappa si.

John vart sendt på spesialskule då han var 9 år. I "mappa" står det at gutungen er åndssvak og ein fare for nabolaget. Det visste ikkje John då.

Ei jamaldra jente hugsar godt John, at det vart sagt at han var farleg. Dei erta han, lo av han og sprang sin veg. Kanskje ikkje så rart at han vart litt sint av og til? Nett slik Wittgenstein vart?

- Wittgenstein var ein hissigpropp, han var galen på bøndene fordi dei bråka sånn, fortel John. Han tykkjer dei to har mykje felles. - Dessutan vart han flink å teikne og fekk sparken som lærar, legg han til. Vi sit i stova til John saman med dei to "mentale krykkene" hans, sosialpedagog Roland Schwarz, leiar ved vaksnehabiliteringsavdelinga i Helse Førde og Odd Atle Stegegjerdet, leiar ved ATS (Arbeids- og treningssenteret) i Gaupne, der John jobbar.

## Identitet

*"Ein må av og til ta eit uttrykk ut av språket, bringe det til reinsing og så kan ein bringe det attende igjen."* (L. Wittgenstein)

Saman har dei tre reist attende til stadene John har budd, møtt menneska som har gjeve han mening - og nokre av dei som slett ikkje gav han noko mening.

- Vi måtte finne att identiteten til John, forklarar Roland. Alle vi andre har ein identitet, vi har røter, vi held kontakten med dei menneska vi har møtt og vorte glade i. Utviklingshemma får ikkje det.

Ein del av denne "rehistoriseringsprosessen"

var å skaffe fram alt som var skrivne om John opp gjennom åra. Dei leitte i alle offentlege arkiv og på dei ulike institusjonane. Det var ikkje alle som likte å gje frå seg papira.

Svært mange psykologar, psykiatrar, sosialsjefar og anna ekspertise har skrivne rapportar om tilfellet John Havellen. Mange namn er med i framsyninga "Wittgenstein og eg".

- Vi var på eit seminar i Tromsø, der fleire av desse ekspertane sat i salen. Det vart brått veldig stille, humrar Roland. For meir enn å seie noko om John, avslører desse avhandlingane dei som har skrivne dei.

- Dei var flinke til å skrivne, var kommentaren til han det handla om, og som så kasta alt i bosset.

## Scenevand

John, Roland og Odd Atle har reist rundt i Noreg og Tyskland med foredraget "Wittgenstein og eg", mellom anna ved universitetet i Mainz. Av og til er John glimrande, han dansar på scena, går ned til publikum med mikrofonen og snakkar med gamle kjende frå institusjonane han har vore på. Ein gong sovna han midt under seansen. Ein annan gong fann han ut at han ville ta seg ein sykkeltur og spaserte ut. "Å gå midt under eit føredrag", er også eit uttrykk. Slik er John. Og han bestemmer endeleg sjølv. No kan han gå i sokkelesten utan å få kjeft. I alle år prøvde folk å lære John til å ha skoa på, noko som visstnok er veldig viktig. No kan han ta dei av når han vil.

Av og til vert John lei av å svare. Då seier han berre ja og nei. Det skjer når han står på podiet også. Men då får han eit løynd teikn frå Roland som han forstår veldig godt, ein nedvendt tommel. Det betyr at det ikkje vert noko honorar om han ikkje yter noko. Så skjerper han seg.

## Ordkunstnar

Etter HVPU-reforma fekk John endeleg kome heim til Luster, og eige husvære i kommunesenteret Gaupne. Heim til familien, heim til den beste kommunen i landet, i følgje ei fersk undersøking. John var likevel ikkje heilt nøgd med den nye arbeidsplassen sin, og kalla ATS for "Johannes' oppbevaring" etter helse- og sosialsjefen Johannes Hauge.

Når dei pratar om erfaringane om ulike typar publikum under føredraga, seier han: - Det er bra eg ikkje let meg influere. John og språkfilosofen har meir enn temperamentet felles.

## Skape hendingar

*"Bring menneske i ein feil atmosfære og ingenting kjem til å fungere.*

*Det kjem til å virke "usunt" i alle sine delar.*

*Bring han attende til hans rette element og han kjem til å utfalde seg og verkar frisk att."* (L. Wittgenstein)

I alle år har diverse helsepersonell brukt ulike metodar til å lokke og lure den hyperaktive John inn i eit mønster, utan omsyn til kven John er.

- Vi må godta at John er John og sørgje for at han kan bruke energien sin innafor varierte oppgåver, forklarar dei to krykkene. John treng action.

- Eg gjer det eg har lyst til. Eg legg meg når eg har lyst, seier han med eit nøgd smil.

Det kunne han ikkje før. Han måtte legge seg klokka ni. No står han opp og går på jobb kvar dag. Fordi han har lyst. Fordi han får løn og kake og vere med på turar.

- Vi har lært mykje av kvarandre, John og eg, seier Odd Atle tenksomt.

John er allsidig. Han køyrer ut ved til kundar, arbeider ved postkontoret i Gaupne og har si eiga postrute, han er medprogramleiar på Radio Luster ein gong i månaden med sitt eige, lokale spørjeprogram Lustragruppingen.

## Bestemmer sjølv

Dei to neste oppdraga vert drøfta; først i Balestrand, så på Gardermoen på NAKU sitt Nettverksseminar om utviklingshemning og psykisk lidelse i slutten av oktober.

- I Oslo kan eg gå på Clas Ohlson! Eg liker å fly, slår John fast. Det kriblar så herleg når flyet akselererar og tek av.

- I Balestrand er det sikkert mange eg kjenner. Då kan eg ta meg ein sykkeltur, legg han til.

- Ja, men ikkje under førelesninga vår, seier Schwarz.

- Nei, kvelden før, lovar John frå Luster.



Lysande hobby: John Havellen viser nokre av sine tusen lyspærer og 167 lommelykter til leiar Odd Atle Stegegjerdet ved ATS.



Glade tær vert vener: Fridom er blant anna å kunne bestemme sjølv når skoa skal av.



Den UTviklingshemma, UTelligjåven og UTlendingen: Det er mykje humor mellom John Havellen og dei to mentale krykkene hans - Odd Atle Stegegjerdet (til v) og Roland Schwarz. (til h).

**FAKTA John Havellen:**

Født 1962 i Solvorn i Luster  
Budde på ulike institusjonar kring 1970-1990. Vestlandsheimen og Eikelund Spesial-skule i Bergen og Granlia i Balestrand  
Busett i eige hus i Gaupne i Luster sia 1991  
Arbeider ved ATS, Posten, Radio Luster og E-verket  
Kjent for sitt temperament, sin eigenart og store energi

**FAKTA Ludwig Wittgenstein**

Født 1889 i Austerrike - død 1951  
Språkfilosof, forfattar  
Professor ved Cambridge 1939  
Budde delar av livet i Skjolden i Luster, første gong i 1913  
Kjent for sitt temperament, sin eigenart og store energi

# Professor Anton Dosen

Tekst: Trine Lise Bakken

Dr. Anton Dosen er psykiater med tilleggsspesialitet i barnepsykiatri. Han er professor emeritus i psykiatri og utviklingshemning ved Universitetet i Redboud i Nijmegen i Nederland. Tidligere har han vært medisinsk direktør ved Senter for behandling av atferdsvansker og psykisk lidelse hos personer med utviklingshemning i Nieuw Spraeand, Oostrum. Dosen har tidligere vært leder av seksjon for psykisk utviklingshemning i Verdens psykiatriske forening (World Psychiatric association). Han var (sammen med andre internasjonalt anerkjente fagpersoner) initiativtaker til European Association for Mental Health in Intellectual Disability (EAMHID). Organisasjonen ble opprettet i 1992 og Dosen var president frem til 2003. Han er nå ærespresident for EAMHID.

Anton Dosen er en pioner innen fagfeltet psykiatri og utviklingshemning. Han har publisert en lang rekke vitenskapelige tidsskrifter og bøker. Han er forfatter eller medforfatter av ca. 200 artikler og har vært redaktør for 11 bøker om psykiatri og utviklingshemning. Bøkene er oversatt til en rekke språk. Han er medlem av rådgivende organer tilknyttet redaksjonen i flere internasjonale tidsskrifter.

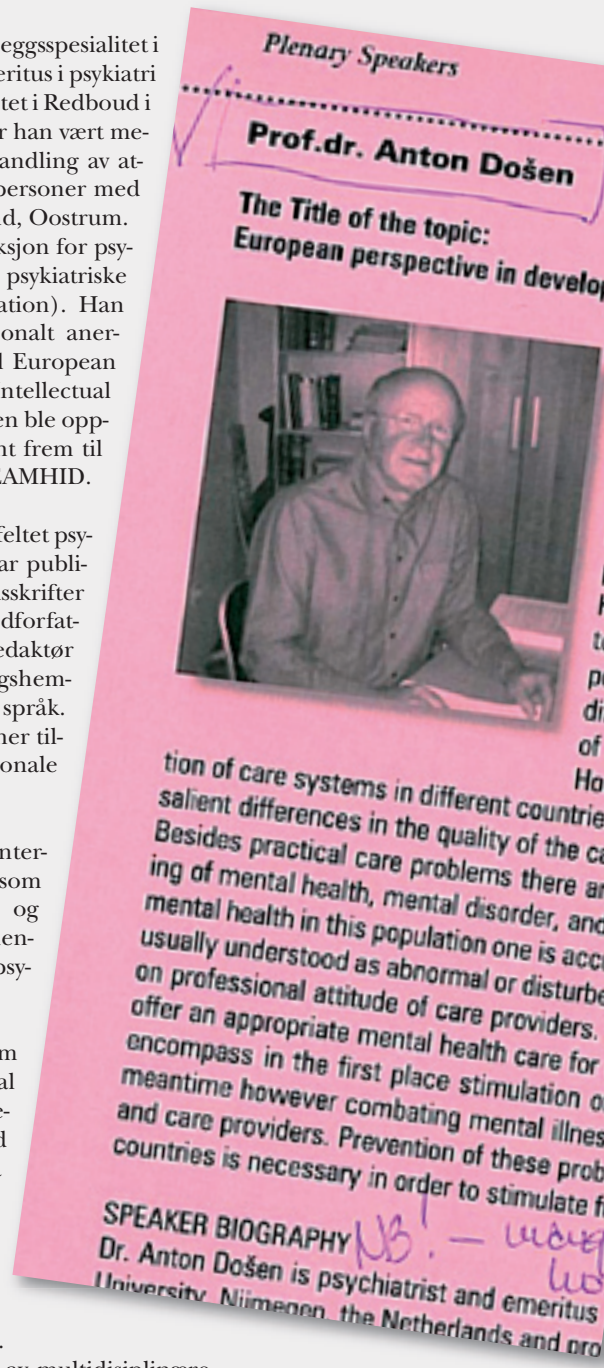
Dosen har vært deltager i mange internasjonale prosjekter som har hatt som målsetting å forbedre behandling og omsorg og å gi økt livskvalitet for mennesker med utviklingshemning og psykisk lidelse.

Dosen er opptatt av at kunnskap om psykiatri og utviklingshemning skal formidles. Han er engasjert i opplærings- og forskningsprosjekter med dette formål. Han deltar ofte på internasjonale kongresser hvor han holder foredrag.

Dosen er spesielt opptatt av at kunnskap om utviklingsperspektivet hos den enkelte person med utviklingshemning blir implementert i praksis.

Han er også opptatt av viktigheten av multidisiplinære team i behandling og oppfølging. Han fremholder nødvendigheten av at en integrert forståelse gjennomstyrer både utredning, diagnostikk og behandling samt oppfølging av personer med utviklingshemning.

Dosens metode som består i å anvende utviklingsperspektivet og et integrert perspektiv i forhold til utviklingshemmede, har vunnet tilslutning i vide kretser i Europa, og spesielt i Belgia og Nederland.



# UTREDNING og DIAGNOSTISERING av psykiske lidelser

Tekst: Jarle Eknes, SOR

NAKU's fagnettverksgruppe om utviklingshemning og psykiske lidelser har satt i gang et arbeid som blant annet innebærer å se nærmere på utredning og diagnostisering. Vi skal intervjuer sentrale fagpersoner som er kjent for å ha kunnskap om kombinasjonen utviklingshemning og psykiske lidelser, og vi skal intervjuer ledere ved distriktpsikiatriske sentra i alle helseregionene.

Gjennom dette skal vi belyse ulike oppfatninger om hvem som sitter med ansvar og kompetanse for diagnostisering, og hvilke utfordringer fagpersoner og fagmiljø mener man står overfor. Sentrale spørsmål vil være hvilke erfaringer man har gjort seg, hvorvidt praksisen varierer ut fra grad av utviklingshemning, hvor mange med utviklingshemning som blir henvist og eventuelt avvist, og eventuelle begrunnelser for at man vegrer seg for å diagnostisere psykiske lidelser hos denne gruppen. I dette inngår også informantenes analyse av hvorfor det er som det er, og deres tanker om hva som skal til for eventuelt å endre praksis.

Videre skal vi gi en oversikt over relevant litteratur og forskning, og redegjøre for etablerte faglige praksiser, offentlige føringer og dokumenter som berører temaet.

Informasjonen vil kunne gi oss et bedre grunnlag for å intervenere eller gi innspill som kan lede til en bedre praksis. For eksempel er det nærliggende å tenke seg at man i skriv eller veiledere fra Helsedirektoratet vil kunne komme inn på hvem som har ansvar for utredning av psykiske lidelser hos personer med utviklingshemning.

I den sammenheng vil vi fremheve det som forbilledlig at Helsedirektoratet i Nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten slår fast at "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" (høringsutkast, 2008). Tilsvarende presiseringer knyttet til utredning og diagnostisering vil kunne være nyttige for å bidra til at personer med utviklingshemning mottar adekvate helsetjenester fra psykisk helsevern.



Jarle Eknes



Boken gir en god oversikt over utredning og diagnostisering som er aktuell ved utviklingshemning. Forfatterne gir en detaljert gjennomgang av symptom-bildet og diagnostiske kriterier ved psykoser, angst, stemningslidelser, spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser, tvangslidelse, ticsforstyrrelser, delir, demens og ADHD. Videre får vi refleksjoner, betraktninger, klienteksempler og konkrete fremgangsmåter for å samle inn og vurdere relevant informasjon. Leserne guides til å gjennomføre best mulig kategorisering av vansker og forståelse av de sammenhenger som kan være involvert i psykiske lidelser og atferdsvansker. Forfatterne presenterer nettverkskartlegging, livskvalitetsmål, kartleggingsverktøy ved utfordrende atferd og mistanke om psykiske lidelser, somatisk differensialdiagnostikk og diagnostisering av utviklingshemning og autisme. Forfatterne er Jarle Eknes, Trine Lise Bakken, Jon Arne Løkke og Ivar R. Mæhle.

Målgruppen er studenter i helsefag og helseprofesjoner som arbeider for mennesker med utviklingshemning, deriblant vernepleiere, sykepleiere, pedagoger, leger og psykologer.

Teksten er hentet fra Universitetsforlaget.



# KOMPETANSEGRUNNLAG OG KOMPETANSEUTVIKLING

## - kort oppsummering

Tekst: Linda Morkemo

NAKU er i gang med å etablere et Nasjonalt fagnettverk om utviklingshemning og psykiske lidelser. Det viser seg at mennesker med utviklingshemning er mer utsatt for å utvikle psykiske lidelser enn resten av befolkningen, samtidig som de er underrepresentert når det gjelder utredning, behandling og generell faglig oppmerksomhet (Eknes, 2000 og NAKU, 2007). Målet med fagnettverket er derfor å øke oppmerksomheten, satsingen og utviklingen av det psykiske tjenestetilbudet til personer med utviklingshemning og psykiske lidelser. I den forbindelse ønsker man en kartlegging av dagens situasjon i forhold til tjenestetilbud, og det er iverksatt ulike prosjekter som skal se nærmere på dette.

Med utgangspunkt i dette har vi fått i oppgave av NAKU å utarbeide et prosjekt med fokus på kompetansegrunnlag og kompetanseutvikling. Flere studier har vist at noe av årsaken til det mangelfulle tilbudet til personer med utviklingshemning og psykiske lidelser kan henge sammen med for lite kunnskap og kompetanse i hjelpeapparatet, jf. St.meld. nr. 25 og Statens helsetilsyn, 2000. Man tror at et økt fokus på riktig kompetanse og kunnskap vil kunne lede til et bedre tilbud, samtidig som man er opptatt av å spre den kunnskapen som allerede finnes. Målsettingen med prosjektet er derfor å samle erfaringer og gi en beskrivelse av eksisterende praksis/ordninger innen kompetansegrunnlag og kompetanseutvikling.

Mye tyder på at kompetansen om utviklingshemning og psykiske lidelser finnest, men den er spredt og er ikke systematisert eller tilgjengelig for alle. Det å samle aktuelle og engasjerte miljøer og fagpersoner om dette temaet vil forhåpentligvis kunne gi et bilde av situasjonen som igjen gjør det enklere å sørge for at kunnskap når ut til flere og dermed skaper en kompetanse- og kunnskapsheving.

Rundt omkring i landet er det flere fagmiljøer og instanser som innehar mye kompetanse og kunnskap om utviklingshemning og psykiske lidelser. Når prosjektet ønsker å kartlegge forhold rundt temaet kompetansegrunnlag og utvikling, er det naturlig å ta kontakt med disse miljøene og fagpersonene. Gjennom dette ønsker vi å undersøke hvordan etablert faglig praksis og føringer er, og hvilket fokus de ulike fagmiljøene har på kompetanse og kunnskap. Vi ønsker å vite hvordan det blir lagt til rette for kompetansegrunnlag og kompetanseutvikling, og eventuelt hvordan dette blir brukt i forhold til arbeidet med personer med utviklingshemning og psykiske lidelser.

Kontakten med de ulike fagmiljøene/instansene vil i hovedsak skje gjennom telefon og via e-post. Vi vil da be de respektive miljøene gi oss en beskrivelse av hvordan de fokuserer på og forholder seg til kompetanseutvikling og kompetansegrunnlag. Her dreier det seg i hovedsak om å legge fram faglig praksis og føringer, men vi vil også kort komme inn på offentlige beslutninger med betydning for temaet og annen relevant litteratur.

Det vi konkret etterspør fra de ulike fagmiljøene er for det første hvordan tilbudet til denne gruppen er bygd opp i den respek-

tive kommune eller spesialisthelsetjeneste. Vi vil så vite noe om hvordan samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjeneste fungerer, og til slutt etterspør vi konkrete tiltak de ulike miljøer har i forhold til kompetanseutvikling. Stikkord vi etterspør i den forbindelse er blant annet kursing, fagdager og andre kompetansehevnende tiltak.

I et forsøk på å gi et mest mulig helhetlig og oversiktlig bilde vil vi ta kontakt med både 1. og 2. linjetjenesten, samt andre fagmiljøer som arbeider med temaet. Vi søker også å få informasjon fra miljøer rundt omkring i landet. En fullstendig oversikt over det som finnes vil nok være vanskelig å gi, men vi håper allikevel å kunne gi en framstilling av det mest relevante og en framstilling som gir et utgangspunkt for videre fokus på kompetanse og kunnskap om mennesker med utviklingshemning og psykiske lidelser.



Linda Morkemo

# Mennesker med utviklingshemning, og nettverksbygging

Tekst: Eirik Dahl, Vaksenhabiliteringa i Sogn og Fjordane

Når mennesker bygger nettverk, er dette ofte nært knytta opp mot identitet. Hvem identifiserer vi oss med? Hvem er vi? Vi speiler oss i andre, og responsen fra andre er med på å prege sjølbildet vårt.

I en inkluderingsprosess, kan det være vanskelig for mennesker med utviklingshemning å finne medmennesker som de kan identifisere seg med. De fleste av oss opplever at det er godt å møte noen, som er i noenlunde samme situasjon som oss selv. Vi har et slags interessefellesskap, eller også et slags skjebnefellesskap (Felles skjebne, felles trøst). Vi kan delvis kjenne oss igjen i den andre sin situasjon, og forstå hva den andre snakker om, fordi vi har kjent noe av det samme på kroppen, selv. Dette perspektivet har også vært utgangspunktet for opprettelsen av en rekke lag, organisasjoner og foreninger.

I voksenhabiliteringa får vi tilmeldt brukere, ofte med en eller annen form for atferdsproblematikk. Det er ikke uvanlig at atferdsproblematikk bunner i et kommunikasjonsproblem. Kanskje kan kombinasjonen av identitet og kommunikasjon, bringes opp på et annet plan, når vi faktisk får kommunisere med noen det er naturlig å kommunisere med; noen som har en identitet det går an å kjenne seg igjen i.

Vaksenhabiliteringa i Sogn og Fjordane har et tilbud som vi kaller "Åpen dag". Det er et tilbud til brukere som er tilmeldt oss, men som en gang i måneden ønsker å møte andre, for å utveksle erfaringer rundt aktuelle



temaer. Kombinert med dette, har vi valgt å ha fokus på fysisk aktivitet, i form av vandring. Mens vi vandrer, kommuniserer vi både med omverdenen, og våre medvandrere, og på denne måten blir vandringa satt inn i en sosial kontekst. Vi vandrer 4-10 kilometer i ulikt tempo og i all slags vær, blant annet for å kjenne at vi bruker kroppen. Erfaringsmessig gir dette en følelse av velvære, spesielt i kombinasjon med et måltid ute i det fri, eller under tak, i etterkant av turen. Totalt holder vi vanligvis på i 3 timer, men når folk reiser flere timer for å møtes, må de sette av en hel dag.

Når vi i fellesskap lager årsplan og program, åpner vi også for at den enkelte kan være vertskap. Det å være vertskap for "Åpen dag"-gruppa, kan være spennende og utfordrende, men det gjør samtidig noe med identitet og sjølbilde. Det å besøke hverandre, i heimen eller på arbeidsplassen, gir et

innblikk i hvordan andre organiserer sin hverdag. Åpen dag er en alternativ tilnærming til ulike problemstillinger hos våre brukere, og er også en berikelse i hverdagen. Dette er tydeligvis et tilbud som flere setter pris på i Sogn og Fjordane.



Eirik Dahl

## Pasienter, klienter og brukere

I helse- og sosialsektoren har det lenge vært et visst ordskifte om hvordan en best kan omtale mennesker som mottar tjenester fra ulike etater. "Kunde" er jo for eksempel ikke noe treffende ord så lenge sektoren i all hovedsak er offentlig og finansieres primært over skatteseddelen. Tre ord som er i bruk, er "pasient", "klient" og "bruker". Men det er vanskelig, kanskje umulig, å finne fram til én betegnelse som kan romme alle grupper.

### • Pasient

Dette ordet er det mest presise av de tre. En "pasient" er ifølge Bokmålsordboka (<http://www.dokpro.uio.no/ordboksoek.html>) en 'syk person, person som får behandling for sykdom'. Ordboka nevner "sykehjemmet har plass til 30 pasienter" og "tannlegepasient" som eksempler. "Pasient" kommer av et latinsk verb som betydde 'lide, (måtte) finne seg i, (måtte) utholde, tåle, tillate'. En ser her forbindelsen med det vanlige engelske ordet for "tålmodig" ("patient"), men på norsk har "pasient" alltid betydd bare det Bokmålsordboka oppgir.

En må altså være syk og (oftest) tatt under behandling av lege for å være pasient (skjønt også tannleger, og kanskje dyrleger, kan ha pasienter i våre dager). "Pasient" egner seg dermed dårlig som betegnelse på mange av de gruppene som mottar hjelp, ikke engang trafikkskadde er pasienter lenger når den egentlige legebehandlingen er over.

### • Klient

Slår en opp i Bokmålsordboka, står det at en klient er en 'person som søker bistand hos advokat, lege, sosialarbeider o.l.'. Lenge dreide dette seg mest om juridisk bistand, der mottakerne tidlig ble kalt klienter. Men historisk sett ble ordet først brukt om forhold i Romerriket, der "klient" betegnet folk som stod i et tvunget avhengighetsforhold til en rikmann, seinere også fattige som frivillig stilte seg i underordnet forhold til en mektigere for å få beskyttelse og understøttelse. Betydningen var opprinnelig kanskje 'en som bøyer seg', eller 'en som er bøyd', noe som kan ha hatt en helt konkret bakgrunn, siden klienter var undergitt andre og kanskje måtte bøye seg fysisk som tegn på undergivelse.

"Klient" har altså flere betydningslag og kan også svare til 'kunde' siden en må betale blant annet for advokatbistand. Når Bokmålsordboka sier at også leger, sosialarbeidere o.l. kan ha klienter, er dette trolig en nokså ny bruk. Norsk Riksmålsordbok (1937) berører den så vidt, og kjenner heller ikke "klientell" i den nedsettende betydningen 'type mennesker' som nevnes av en annen nyere ordbok ("det klientell man møter omkring storbyenes jernbanestasjoner"), bare i den mer generelle betydningen 'krets av klienter'. Og når det gjelder bibetydninger, er det klart at det er mer belastende å være for eksempel sosialklient enn en advokats klient.

### • Bruker

Dette er naturligvis det mest generelle ordet av de tre og betyr rett og slett 'person som bruker el. anvender noe ("brukerne av biblioteket", "eieren og brukeren av en gard") eller 'forbruker, konsument' (Bokmålsordboka). Sammenliknet med "pasient" og "klient" er det noe aktivt ved "bruker", som kan være positivt fordi et mest mulig aktivt liv ofte er et mål. Men dette kan òg være en begrensning ved ordet siden ikke alle mottakere av hjelp kan være like aktive.

# KOMPETANSEBYGGING

## for omsorgs



Anne Marit Bygdnes

I Lov om sosiale tjenester heter det at kommunen har ansvaret for nødvendig opplæring av sosialtjenestens personell. Personalet er forpliktet til å delta i opplæring som blir bestemt, og som anses nødvendig for å holde deres kvalifikasjoner ved like. Landsomfattende tilsyn i 2005 og 2006 om bruk av makt og tvang overfor personer med utviklingshemning avdekket at opplæringen i kommunene ikke var tilstrekkelig. Dette gjaldt både kunnskap om lovverket og prosedyrer og rutiner i forhold til den enkelte tjenestemottaker. Det er grunn til å tro at når opplæringen svikter på dette området som blir viet relativt mye oppmerksomhet blant annet gjennom statlige tilsyn, så er det rimelig å anta at opplæring også svikter på andre områder innen omsorgssektoren. Opplæring av omsorgspersonal er dyrt, og den største kostnaden er utgifter til vikarer for ansatte som er på kurs. Omsorg som ikke baserer seg på faglig kompetanse, men på privat og personlig oppfatning fra hver enkelt ansatt, kan fort bli enda dyrere både økonomisk og menneskelig i form av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemning og mye fravær og ustabile ansettelsesforhold blant ansatte. Det fins flere instanser utenfor kommunene som bidrar med både faglig og økonomisk støtte når det gjelder opplæring. De senere år har Kvæfjord kommune gjennomført flere kompetansebyggende tiltak som har basert seg på slik støtte.

Kvæfjord kommune er tidligere vertskommune for sentralinstitusjon for personer med utviklingshemning. Det bor omtrent like mange voksne personer med utviklingshemning i Kvæfjord som i byer som Tromsø, Ålesund eller Kongsberg. For Kvæfjord er det spesielt mange eldre personer med utviklingshemning og ca 18 % av brukerne har vedtak etter sosialtjenesteloven kapittel 4A om bruk av makt og tvang. De fleste vedtakene er omsorgsvedtak. Denne sammensetningen av brukere av omsorgstjenester krever at tjenesteytere i tillegg til generell kompetanse må ha høy kompetanse i aldring hos personer med psykisk utviklingshemning, innen etikk, målrettet miljøarbeid og saksbehandling knyttet til sosialtjenesteloven kapittel 4A. Kompetanseutviklingen har vært ret-

tet mot utfordringer som tjenesteyterne møter i det daglige, og kommunen har organisert mye av opplæringen. Det har vært i form av kurs, forelesning og seminarer. Når opplæringa skjer i kommunen vil langt flere tjenesteytere kunne delta. Opplæringstiltakene har vært politisk forankret gjennom Helse- og sosialplan, Opplæringsplan og budsjett/økonomiplan. Målet har vært å tilføre kompetanse til flest mulig av kommunens tjenesteytere uavhengig av utdanning.

### Systematisk arbeid med tvang

Da sentralinstitusjonen ble avviklet, besluttet kommunen å journalføre bruk av tvang overfor personer med utviklingshemning. I perioden fra 1991 til 1999 ble det registrert at 40% av disse personene ble utsatt for tvang en eller flere ganger. Da sosialtjenesteloven kapittel 6A (nå 4A) trådte i kraft i 1999, hadde tjenesteytere en forholdsvis høy bevissthet knyttet til denne problematikken. I samarbeid med spesialisthelsetjenesten har tjenesteytere arbeidet med miljøtiltak for å minimalisere bruk av makt og tvang. I enkelte tilfeller har det vært behov for spesialkompetanse ut over det som spesialisthelsetjenesten har bidratt med. Fagpersoner med spesialkompetanse er invitert til arbeidsseminar sammen med kommunens tjenesteytere og spesialisthelsetjenesten for å utarbeide opplegg. Dette har noen ganger blitt organisert som spleiselag med spesialisthelsetjenesten.

Kommunen har årlig opplæring i saksbehandling og andre juridiske utfordringer knyttet til loven ofte i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I tillegg kommer Fylkesmannens kurs om samme tema. Ansatte fra kommunen deltar på disse kursene, også som foredragsholdere.

Sosialtjenesteloven kapittel 4A er ikke bare en lov som skal begrense bruk av makt og tvang, men loven gir rett til at andre tiltak skal være prøvd før makt og tvang. Kunnskap om målrettet miljøarbeid vil være viktig for å kunne yte forsvarlige tjenester. I stedet for å sende fire – fem miljøterapeuter på kurs i målrettet miljøarbeid, så arrangerer kommunen sine egne kurs hvor vi leier inn kursholder. Slik får vi skreddersydde kurs, hvor 40 - 50 ansatte kan delta for samme pris som

# yttere i kommunen

det hadde kostet å sende 4 - 5 personer på kurs arrangert på en annen kant av landet. Sosialtjenesteloven kapittel 4A har medført en faglig utvikling med tanke på at miljøtiltak skal være strukturerte og evaluerbare. Spesialisthelsetjenesten er den viktigste bidragsyter når det gjelder opplæring av ansatte med sine regelmessige veiledninger, men kurs og seminarer er helt nødvendig for å holde på motivasjon og utvikle nye ideer hos tjenesteyterne. Spesialisthelsetjenesten tar ikke honorar for å holde kurs, og deltakelse på Fylkesmannens kurs er gratis i tillegg bidrar Fylkesmannen med stimuleringsmidler til kompetanseheving.

## Tjenester til eldre utviklingshemmede

Kommunen utarbeidet et prosjekt "Bedre eldreomsorg" hvor både Kommunenes Sentralforbund og Fylkesmannen var med på å finansiere prosjektet. Målet var å øke kompetansen for å møte eldrebølgen blant de utviklingshemmede. Prosjektet inneholdt bl.a. et 5-dagers kurs i regi av Utviklingsprogram for Aldring hos mennesker med utviklingshemming (UAU) og teambygging for å legge til rette for optimalt samarbeid mellom helseavdelingen og omsorgsavdelingen. Det er økende behov for helsetjenester som hjemmesykepleie, sykehjems plasser, ergoterapitjenester osv hos personer med utviklingshemming etter hvert som de blir eldre. For at samarbeidet mellom ulike faggrupper skal bli best mulig, må man ha kunnskap om hverandres kompetanse og begrensinger.

Flere av kommunens hjelpepleiere har videreutdanning i aldring hos personer med utviklingshemming. Kommunen planla i samarbeid med videregående skole denne videreutdanningen for hjelpepleiere. Prosjektet ble delfinansiert av bl.a. VOX via BKA-programmet (Basiskompetanse i Arbeidslivet). Utdanningen tilsvarte ½ år på fulltid og gikk over ett år. Studentene fikk stipend fra kommunen og turnuser ble tilrettelagt for hver enkelt. Det er også flere tjenesteytere som har tatt videreutdanning på høgskolnivå i aldring og psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming. Kommunen har en omsorgsgruppe som er spesielt tilrettelagt for å kunne yte god omsorg overfor personer med utvi-

klingshemning som utvikler Alzheimers lidelse eller andre aldersrelaterede lidelser. Omsorgsgruppen har et høgt faglig nivå når det gjelder pleie og omsorg til eldre personer med utviklingshemning og spesielt når det gjelder god omsorg ved livets slutt. Ansatte fra denne gruppen blir også brukt som forelesere om temaet på nasjonale kurs og konferanser.

## Andre typer kurs og opplæring

I tillegg holdes årlige kurs i legemiddelhåndtering, førstehjelp, brannvern, individuelle planer m.m. Lengden på slike kurs varierer fra 2 - 6 timer, ofte har kommunen selv foredragsholdere. Samme kurs kan holdes flere ganger og ansatte melder seg på en av forelesningene. På den måten ser vi at vi kan nå mange tjenesteytere. Kommunen gjennomfører pr. tiden datakurs i samarbeid med Folkeuniversitetet. Også i dette prosjektet er midler fra VOX via BKA-programmet med på å finansiere gjennomføringen. Kommunen har også søkt og deltatt som prøvekommune i ulike prosjekt. Ved å være prosjektkommune blir en ofte invitert med på ulike kurs og treffer andre fagfolk som er engasjert.

## Nye krav til å utvikle kompetanse

Storting, regjering og befolkningen for øvrig stiller høge krav til omsorgstjenester både når det gjelder kvalitet og omfang. Det skal legges vekt på at tjenestene er utformet slik at den tar hensyn til enkeltindividets ønsker og behov, det skal være høg standard på tjenestene og dette skal utføres innenfor begrensede økonomiske rammer. Ansatte må ha en faglig forståelse for arbeidet og må tilsidesette egne synspunkter og handlemåter til fordel for aktivt deltakende teamarbeid. Omsorgstjenesten har behov for å forbedre eksisterende praksis og utvikle ny praksis. Det beste "verktøyet" man har i omsorgstjenesten er engasjerte tjenesteytere med faglig kompetanse. Skal omsorgstjenesten holde på et faglig og engasjert personell må fagkompetansen vedlikeholdes. Det må være en plan over opplæring og kompetanseheving som involverer flest mulig ansatte. Planen må være politisk forankret.

# Rapport om utviklingshemning og psykiske helsetjenester

Tekst: Anna Kittelsaa

I forbindelse med at NAKU fikk i oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet (senere Helsedirektoratet) å etablere og drive et nasjonalt fagnettverk om utviklingshemning og psykisk lidelse, ba direktoratet samtidig om å få utarbeidet en kortfattet kunnskapsoppsummering av hva som finnes / ikke finnes på området. Rapporten skulle også inneholde forslag til hvordan en best kan styrke psykisk helsevern for personer med utviklingshemning i Norge ut fra dagens situasjon. Rapporten vil bli ferdigstilt i løpet av september i år og vil bli tilgjengelig blant annet på NAKUs hjemmeside. Rapporten vil også bli presentert på konferansen om utviklingshemning og psykiske lidelser som vil bli holdt på Gardermoen 28.-29. oktober i år.

Basert på norsk og utenlandsk tallmateriale viser rapporten at antallet personer med utviklingshemning som også har psykiske lidelser, er stort. Mellom 40 og 50 % av alle personer med utviklingshemning har psykiske lidelser av ulik alvorlighetsgrad. Til tross for dette er psykiske lidelser hos personer med utviklingshemning underrapportert, noe som for manges vedkommende fører til at de ikke får den helsehjelpen de har behov for. En årsak til dette kan knyttes sammen med det en kan kalle diagnostisk overskygging. Det vil si at symptomer på psykiske lidelser hos personer med utviklingshemning, blir sett på som kjennetegn ved det å ha en utviklingshemning. For eksempel kan vansker som kommer til syne i form av uønsket atferd, skyldes psykisk lidelse, men blir i mange tilfelle tolket som tegn på utviklingshemning. Det har også vært brukt argumenter som at personer med utviklingshemning har for svake kognitive evner til å kunne utvikle psykiske lidelser. Imidlertid er spesialister på utviklingshemning og psykiske lidelser nå enige om at personer med utviklingshemning har samme type psykiske lidelser som andre. I tillegg kan enkelte ha særskilte og sjeldne tilstander som krever spesialisert behandling.

Rapporten har tatt sikte på å gi en bred oversikt over hvilke tilbud som i dag finnes for personer med utviklingshemning som har en psykisk lidelse. Det viser seg at det finnes kompetanse, men den er spredt og knyttet til enkeltpersoner og enkelte fagmiljøer. Enkelte spesialiserte behandlingsmiljøer finnes. Blant annet finnes det en egen avdeling ved Ullevål universitetssykehus, Psykiatrisk avdeling for psykisk utviklingshemmete, PPU. Avdelingen er primært rettet mot det tidligere Helse Øst, men har hatt søkere fra hele landet til utredning og behandling. Ut over landet har det enkelte steder blitt etablert godt samarbeid mellom kommuner, habiliteringstjenesten og distriktspsykiatriske sentre, men dette ser så langt ut til å være mer unntak enn regel.

Et betydelig problem er at personer med utviklingshemning og psykiske lidelser har to sett av vansker, og disse har tradisjonelt vært behandlet innenfor to ulike fagområder; habiliterings-tjenesten og psykiatrien. I tillegg vil flere også ha somatiske plager. Habiliteringstjenesten har som ansvar å bistå kommunene i forhold som angår personer med utviklingshemning. Imidlertid mangler habiliteringstjenesten ofte psykologer eller psykiatere som kan bistå i forbindelse med psykisk lidelse. Psykisk helsevern har slike fagpersoner, men det viser seg at personer med utviklingshemning ofte blir avvist av allmennpsykiatrien med argumenter om at habiliteringstjenesten og kommunale omsorgsyttere vet mer om utviklingshemning enn det psykiatrien gjør. Mangelfull kunnskap og svikt i kommunikasjon kan føre til at psykiske lidelser hos personer med utviklingshemning ikke blir oppdaget, eller at en ikke får behandling. Det er derfor klart behov for kompetanseutvikling både innenfor habiliteringstjenestene og psykiatrien for at personer som trenger bistand fra begge disse fagområdene skal bli ivaretatt. I dag fører manglende samarbeid ofte til at de personene det dreier seg om, blir kasteballer mellom systemene. Dette innebærer betydelig problem for dem selv, pårørende og det kommunale tjenesteapparatet.



En av rapportens konklusjoner er at når det gjelder personer med utviklingshemning og psykiske lidelser, er det problemer på individnivå og svikt på systemnivå. Det ser ut til å være tilfeldig om psykisk lidelse hos personer med utviklingshemning blir oppdaget, og det kan være svært tilfeldig om de får hjelp. Utvikling av kompetanse på alle nivå er derfor sentralt. Dette betyr at pårørende og ansatte i det kommunale tjenestesystemet må kunne henvende seg til både habiliteringstjenesten og det psykiske helsevernet og be om hjelp uten å bli avvist fordi personen ikke anses å høre hjemme der. Det må være spesialisthelsetjenestens ansvar å samhandle i saker hvor det er tvil om hvem som er rett instans. For personer med utviklingshemning og psykiske lidelser vil habiliteringstjenesten og psykisk helsevern ha et felles ansvar for diagnostisering og behandling. Begge har i tillegg ansvar for å bidra med overføring av kunnskap til det kommunale tjenesteapparatet. Behandling bør primært foregå i personenes nærmiljø og i nært samarbeid med pårørende og kommunalt ansatte. Her vil også fastlegen ha en sentral rolle. I enkelte tilfelle vil det være behov for sengeplasser. Da vil distriktspsykiatriske sentre kunne være aktuelle, særlig for personer med mild til moderat utviklingshemning, mens spesialiserte enheter i større grad vil kunne ta seg av personer med alvorlig og dyp utviklingshemning.



Anna Kittelsaa

## ER SOMMERSEX FARLIG?

I sommer er det mange som har hatt sex, både de med og de uten funksjonshemninger. Sol og varme bidrar til økt kroppstemperatur og kjemiske reaksjoner i kroppen til store og små og stimulerer lysten til både det ene og det andre. Siden været i sommer jamt over har vært meget godt med mye sol og varme her til lands, må vi anta at den seksuelle aktiviteten har vært høy, og altså ikke bare i Syden. Og det er fint, for sex kan være både godt og morsomt om en gjør noe utav det, og det kan virke stimulerende og totalt sett bidra til et godt liv på så mange måter.

På den andre siden kan også sex være farlig og bidra til det motsatte. Uønsket feriesex (et paradoksalt uttrykk egentlig) gir uønskede virkninger, kan vi lese. Sex kan bidra til alskens sykdommer, problematiske infeksjoner og føre til at nærmest usynlige små, ekle hårete dyr med mange føtter farer i full fart over fra det ene mennesket til det andre under seksuell aktivitet. (Det er i alle fall noe i den retning jeg forestiller meg farlige virus.)

Ikke rart at alle disse nettsidene som gir sexopplysning og som svarer på spørsmål fra unge blir flittig besøkt. Jeg tenker på nettsider som Lommelegen (utrolig nært kjønnsorganene...) og Doktor online. Sidene med opplysende navn er for så vidt greie å forholde seg til. Verre er det når nettsider i samme sjanger opererer med forkortelser som RFSU, KSO, SUSS, MBD, NRF, og lignende.

Spørsmålene sexekspertene på disse sidene får er naturlig nok svært så ulike, alt etter spørsmålsstillerens alder, modenhet og erfaring. Noen av de jeg har registrert i det siste er f. eks. "Er kondom sikkert hvis man har piercing?" Ja, nå spør det jo hvor man har den piercingen. Er den for eksempel i øret burde det ikke være så farlig, i alle fall slik jeg ser det.

"Kan jeg ta angrepillen en måned etter sex?" Selvfølgelig kan en angre seg etter å ha hatt sex, men en måned er vel ærlig talt vel lenge å gå og spekulere på om en skal gjøre noe med



saken? Pillen kan en imidlertid gjerne ta. Kanskje er den sukret og smaker godt? Ikke vet jeg. Men nå leser jeg også at halvparten av de unge jentene her til lands har hatt uønsket sex. Dårlig kommunikasjon kan være forklaringen, mener faglig ansvarlig og psykiater Mette Hvalstad ved Senter for ungdom, samliv og seksualitet. Det vi i alle fall vet, ifølge pastor Adam Hamilton, er at det er de kristne som har best sex. Men hvordan kan han vite det?

"Hvordan kan penisen min bli større?" Tja, si det... Kjenner på at det er et spørsmål alle vi gutter har stilt oss en eller flere ganger og i ulike situasjoner.

På enkelte nettsteder kan de unge også sende inn spørsmålene anonymt via sms, og bra er det, for vi foresatte er ikke de som er flinkest til å gi svar på slike spørsmål.

De funksjonshemmede har de samme spørsmålene. Flott at de spør, men kan vi svare skikkelig?

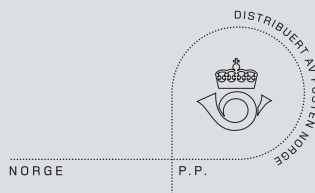
Om de unge selv eller vi velger å gå på biblioteket for å finne svar på spørsmålene, er ikke alle opplysningsbøkene der like gode. En av de nyeste bøkene om dette temaet, nemlig Jacqui Balileys bok "Hår både her og der. En bok om å bli voksen", månedens bok i Bokklubben, opplyser ungdommen om følgende: "Ikke tro at onani er galt. Du blir ikke blind av det, og du får ikke hår inni håndflatene hvis du onanerer." Betryggende opplysning, spør du meg.

Det tryggeste er selvfølgelig avhold. Som foresatte kan vi oppfordre våre unge til det. Men da bør vi også bidra til at de har en skikkelig frimerkesamling å vise fram om de ber med seg noen hjem. Men vi kan også gi dem en kortstokk om vi ikke tror helt på det med avholdenhet. For som jenta sa: "Sex er som bridge. Du trenger enten en god makker eller en god hånd."

*Kai Lennert Johansen*

# B

Returadresse: NAKU,  
Ranheimaveien 10, 7004 Trondheim



## Kunstneren

Navn:  
Else Christensen

Født:  
1953

Materiale og teknikk:  
akvarell med oljepastell

Tittel:  
Uten tittel

Else Christensen har arbeidet på Atelier Karavana i 15 år og har bidratt på samtlige utstillinger og prosjekter som atelieret har deltatt i.

**Gratis abonnement**  
Henvendelse: [naku@hist.no](mailto:naku@hist.no)

Elektronisk versjon:  
[www.naku.no](http://www.naku.no)