

# **ERFARINGER FRA ET LOKALT HABILITERINGSTEAM**

## **LEGETJENESTER FOR MENNESKER MED PSYKISK UTVIKLINGSHEMMING. 2009**



### **RAPPORT UTARBEIDET AV HABILITERINGSTEAMET NORDLANDSSYKEHUSET VESTERÅLEN VED LEDER ÅGE HANSEN**

## **Innledning.**

I denne rapporten ønsker vi å rette fokus mot vår erfaring med hvordan legetjenester, for personer med psykisk utviklingshemming fungerer i vårt område. Habiliteringsteamet ved Nordlandssykehuset Vesterålen har, som et team med få personer og uten spesiell medisinsk kompetanse, alltid måttet fungere i et samarbeid legetjenester.

Dette gjelder både legetjenesten i kommunene, ved sykehus og mer spesialisert helsetjeneste.

I mange utredninger er det redegjort for hvordan situasjonen, med hensyn til medisinske tjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming, er i dag. Vi vil her vise til Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) fra 2007 og arbeid som er gjort av Arbeidsutvalget for Voksenhabiliteringstjenestene i Norge, 2006.

Vi ønsker i denne fremstillingen å trekke frem synspunkter på problematikken fra et ståsted hvor habilitering og legetjenesten er knyttet til 5 relativt små og spredt befolkede kommuner i Vesterålen.

## **HISTORIE**

### **Utvikling av habiliteringstjenesten i Nordland.**

Den fylkeskommunale habiliteringstjenesten ble etablert i forbindelse med ansvarsreformen 1991. Denne skulle avløse den fagkompetanse som tidligere befant seg i helsevern for psykisk utviklingshemmede, ved sentralinstitusjonene og fylkesteamene for HVPU.

Nordland fylkesting vedtok oktober 1990 en handlingsplan for utvikling av fylkeskommunale helse og sosialtjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming. Her var det en diskusjon om stillingene burde plasseres direkte i kommunene/interkommunalt, tilknyttet PPD (Pedagogisk psykologisk tjeneste) eller de fylkeskommunale sykehus. Kommunene var skeptiske til en sentralisert modell og ville foretrekke fagfolk i små team i hver region fremfor større sentrale team. En organisering i sykehus ble valgt. Dette har til en viss grad gitt de enkelte team mulighet for å utvikle sin egenart, arbeidsmåter og ideologiske retninger.

Intensjonene i denne nyetableringen av habiliteringstjenesten var å oppnå en sterkere tilknytning til den øvrige sykehusbaserte spesialisthelsetjenesten.

Nordland fylke har en meget geografisk spredt befolkning.

Fylket har 6 lokalsykehusområder og det ble knyttet fagteam for habilitering til hvert av sykehusene i områdene. Lokalsykehusområdene har hvert et befolkningsgrunnlag på ca. 20.000 til 35.000 innbyggere.

I fylkeshovedstaden Bodø, med sentralsykehus, ble det etablert 3 team.

Habiliteringsteam for barn var samlokalisert med barneavdeling ved Nordlandssykehuset. Autismeteam med ambulans team og observasjonsavdeling var en del av Barnepsykiatrisk avdeling.

Voksenhabiliteringsteam var underlagt nevrologisk avdeling.

Som en videreføring av en del av fagmiljøet som var bygget opp ved sentralinstitusjonen Vensmoen ble det etablert et ambulant team, for å gi tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming og svært utagerende atferd. Dette teamet, benevnt Akuttjenesten, ble etablert som en erstatning for, og med midler som opprinnelig var ment til drift av en sengeavdeling.

Habiliteringstjenesten i Nordland bestod av 35 stillinger, hvor ca. halvdelen var ansatt ved de lokale sykehusene. Det var da en forutsetning at de sentrale teamene skulle yte tjenester over hele fylket når sakene var av en slik art at dette var nødvendig.

Habiliteringsteamet for voksne ble pålagt ansvar for koordinering av tjenesten og ivareta en faglig utvikling. Gjennom kvartalsvise samlinger i perioden 1991 til 1996 ble det avviklet 25 habiliteringsfaglige kurs som var av stor betydning for kompetanseutvikling og å skape en felles faglig basis i tjenesten.

I en lang periode, frem mot lovvedtak om begrenset bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemming, ble det gjennomført omfattende opplæring i blant annet etikk, menneskesyn, brukermedvirning og rettsikkerhet. Denne fagutviklingen var av stor betydning og la grunnlag for gode relasjoner mellom teamene.

Etter omorganiseringen av sykehustjenesten til helseforetak, som ikke fulgte fylkesgrensene, ble denne fagkontakten sterkt redusert.

Det særegne med organiseringen av habiliteringstjenesten i Nordland var etablering av habiliteringsteam bestående av 3 fagstillinger knyttet til hvert av lokalsykehusene. Ingen av disse stillingene var legestillinger.

Nordlandssykehuset Vesterålen, valgte en organisering hvor Habiliteringsteamet ble en del av den Distriktskykiatriske poliklinikken i Vesterålen. Habiliteringsteamet ble positivt mottatt og hadde i mange år felles kontorlokalteter og felles resepsjons- og kontortjenester med psykiatrisk poliklinikk. De nære relasjonene ga også grunnlag for positive personlige relasjoner og utvikling av god forståelse av det faglige arbeidet i teamene.

Kunnskap om hverandres fagområder førte etter hvert til henvisning av saker teamene i mellom og til et nærmere samarbeid i enkeltsaker.

Faglig har denne organiseringen hatt betydning. Både arbeidsmåte og faglig ståsted har blitt påvirket og kunnskap fra psykiatri har preget habiliteringsteamet. I en tidlig etableringsfase ble habiliteringsteamet invitert til å delta på felles fagutvikling med psykiatrien. Ansatte i habiliteringsteamet har fått anledning til å ta videreutdanning sammen med ansatte i psykiatrien.

Handlingsplanen, som la grunnlaget for etablering av habiliteringstjenesten, anbefalte følgende fagsammensetting av lokalteamene: Psykolog, sosionom spesialpedagog/vernepleier fysioterapeut og lege.

Etableringen ved lokalsykehus ble gjennomført uten at det ble stilt krav om legetilknytning. Dette har medført at tjenesten har hatt en utvikling uten særlig fokus på somatiske legetjenester.

Habiliteringsteamene har måttet basere seg på kontakt med kommunelege og velvillighet fra leger ved ulike avdelinger på lokalsykehusene.

I handlingsplanen ble det tatt høyde for at sentralteamene gjennom nettverksorganisering skulle komplettere lokalteamenes manglende kompetanse og kapasitet ved behov.

Legedekning for barnehabilitering har hele tiden vært god, mens det for voksenhabilitering i Bodø har vært nødvendig å leie inn psykiater på timebasis og være knyttet organisatorisk til nevrologisk avdeling.

Det er først i de senere år at legetjenestene ved voksenteamet i Bodø er kommet på plass.

### **Teamets tilknytning til somatiske legetjenester.**

Et viktig argument, for å etablere habiliteringstjenesten ved de somatiske sykehus var det medisinske fagområdets store betydning for diagnostisering, behandling og gode forutsetninger for ivaretagelse av mennesker med psykisk utviklingshemming.

Til tross for denne organiseringen i sykehus, er de somatiske spesialist legetjenestene overfor voksne personer med psykisk utviklingshemming, mangelfulle. Legetjenester er som regel ikke organisert som en del av habiliteringstjenestene.

Habiliteringstjenestens arbeidsområde er i hovedsak rettet mot fagområder som psykiatri, psykologi, pedagogikk/vernepleie/miljøterapi, ergo - og fysioterapi.

Habiliteringstjenesten mottar henvisninger som gjelder de mest kompliserte og sammensatte tilfeller av psykisk utviklingshemming. Kompleksiteten i tilfellene berører ofte flere fagområder.

For den enkelte klient er det viktig at den totale omsorgssituasjonen blir vurdert.

Med bakgrunn i at dette i hovedsak gjelder personer med svært begrenset kommunikasjonssevne, er det spesielt viktig at medisinsk kompetanse er representert når beslutninger om behandling tas.

I og med at habiliteringstjenesten ikke har legetjeneste som en del av teamet, skulle en tro at slik tjeneste var lett tilgjengelig fra de øvrige avdelingene ut i fra teamenes plassering i somatisk sykehus.

Dette er imidlertid ikke tilfelle.

Pasientrettighetslovens § 2.1. sier klart at det er kun lege som kan vurdere grunnlaget for og ta avgjørelse om behandling i spesialisthelsetjenesten.

Slik situasjonen er i dag foretar som regel habiliteringsteamene inntak av klienter uten at lege medvirker. Dersom lege henviser klienter til habiliteringsteamet foregår dette ofte etter anmodning eller påtrykk fra kommunal omsorgstjeneste eller andre kommunale instanser.

Internt i sykehusene er ofte ikke habilitering særlig påaktet og ingen fokusert tjeneste ut fra medisinskfaglig synspunkt. Tradisjonelt har ikke mennesker med psykisk utviklingshemming vært særlig påaktet innefor den medisinske fagtradisjon. Det tidligere helsevern for psykisk utviklingshemmede var underlagt sykehusloven og formelt omfattet av forskrifter som var knyttet til helsetjenesten.

Medisinsk personell som leger og sykepleiere ved institusjonene utgjorde et lite mindretall, mens flertallet av ansatte var ufaglærte eller hadde forskjellig annen yrkesbakgrunn.

Det synes som om arbeid med mennesker med psykisk utviklingshemming ikke har gitt tilstrekkelig status innefor fagområdet medisin til at medisinsk personell synes det er attraktivt å arbeide der.

Holdningen preger på samme måte sykehusene i dag. Leger ansatt ved sykehus kjenner i liten grad til habiliteringstjenesten. Medisinsk problematikk, knyttet til psykisk utviklingshemming og habiliteringsarbeid i forhold til denne gruppen, synes i stor grad å være fraværende.

I den grad leger viser spesiell interesse for dette feltet er det oftest gjennom personlige erfaringer og ikke gjennom utdanning eller arbeidskompetanse.

### **Habiliteringsteamets forhold til medisinske tjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming.**

De medisinske tjenestene til voksne personer med psykisk utviklingshemming blir i hovedsak ivaretatt av den medisinske 1. linjetjenesten i hver enkelt kommune. Ordningen med fastlege gjelder også her.

I utgangspunktet synes dette å være en funksjonell ordning som burde sikre de nødvendige legetjenester. Ut fra den enkelte leges engasjement er det i noen kommuner iverksatt mer systematisk oppfølging med årlige helsekontroller av gruppen. Flere leger har vist et sterkt engasjement overfor mennesker med funksjonshemminger og har også gitt god medisinsk informasjon og veiledning overfor pårørende og personalgrupper.

Svakheten ved denne tjenesten ligger i flere forhold.

Kommunene i Vesterålen er distriktskommuner som har en viss turnover av leger. Turnusleger og nytilsatte leger har behov for en relativt lang introduksjonstid for å bli kjent med de spesielle pasientene og å tilegne seg kunnskap om medisinske tilstander som er knyttet til denne gruppen. Men uten kontakt med det spesielle fagmiljøet knyttet til denne pasientgruppen er innsatsen ved kunnskapsoppdatering urimelig stor.

Legens arbeid overfor mennesker med psykisk utviklingshemming er tidkrevende og forutsetter god kontakt med miljøpersonale, familiemedlemmer og andre nærpersoner, for å få frem gode symptombilder.

Ved behandling av psykiske lidelser er slik informasjonen spesielt viktig.

Medisinering kan i enkelte tilfeller bli for sterkt influert av miljøpersonalet, dersom ikke legen har nær kjennskap til den enkelte pasient. Psykiatrisk behandling av mennesker med psykisk utviklingshemming kan i mange tilfeller svært omfattende og komplisert og vil ofte kreve spesiell faglig kompetanse.

### **Arbeidsoppgaver for medisinskfaglig spesialist i habiliteringsteam.**

En legespesialist vil kunne foreta medisinske utredninger, diagnostiseringer og direkte veiledning overfor enkeltpasienter. Dette er oppgaver som i dag i hovedsak må henvises til andre sykehus eller eventuelt formidles til leger ved andre sykehusavdelinger.

Lege i habiliteringsteamet vil også kunne drive utstrakt informasjonsarbeid, undervisning og avholde kurs for samarbeidspartnere ved sykehuset. For primærlegene vil en slik spesialist være en viktig ressurs, for og kunne ivareta spesielle hensyn ved henvisninger til habilitering og ved innleggelser i sykehus.

Legen vil opparbeide bred kunnskap om habiliteringstjenestens virksomhet og over det tilbud som kan gis av den samlede spesialisttjenesten.

Ved å opprettholde nær kontakt mellom primærleger og ansatte i kommunale botiltak vil det være lettere å sikre at en god medisinsk tjeneste blir fulgt opp og samsvare med den enkelte klientens spesielle behov.

Med en utstrakt ambulant virksomhet vil denne legen i stor grad kunne sikre at de kommuneansatte, både leger og miljøarbeidere, innehar kunnskap om aktuell sykdomsproblematikk og ha et sted å henvende seg for å få utdypet informasjon.

### **Forhold til andre tjenester.**

Psykisk utviklingshemmede kan ofte ha behov tjenester knyttet til svært sjeldne lidelser og syndromer. Det vil være viktig at legen kan representere et bindeledd mellom disse helt spesielle tjenestene, habilitering, kommunale tjenester og direkte overfor pasienten.

Som regel er det tverrfaglige aspekter som bør ivaretas, hvor det ofte er mangelfull eller fravær av representasjon fra det medisinske fagområdet. For en del av disse tjenestene er det kun lege som har fullmakt til å foreta henvisninger.

### **Legens formelle funksjon som behandler i spesialisttjenesten.**

Ved behandling og innleggelse i sykehus er det lege som har overordnet ansvar for all behandling. Dette gjelder også de tjenester som habiliteringstjenesten representerer.

For habiliteringsteam uten egen legekompentanse, vil det i hvert tilfelle bli vurdert om det vil være tvingende nødvendig å konsultere medisinsk kompetanse.

Det kan nok oppleves liten imøtekommenhet og interesse fra legene ved sykehusenes øvrige avdelinger, i å medvirke i saker som angår mennesker med psykisk utviklingshemming.

For habiliteringsteamets øvrige medlemmer er dette en svært tungvint arbeidsform.

En generell tilstedeværelse av lege ved tverrfaglig gjennomgang av klienter, ville ha styrket muligheten for umiddelbar justering av medisiner, drøfte medisinske spørsmål med hele personalgrupper og på et tidlig tidspunkt kunne fange opp symptomer på sykdom.

Spesielt viktig ville det være med medisinsk kompetanse for å kunne klargjøre årsaksforhold ved utagerende atferd. Personer med liten kommunikasjonsevne eller manglende språk, kan

ikke gi uttrykk for kroppslige smertetilstander på en adekvat måte. Differensialdiagnoser mellom psykiske/ miljømessige, somatiske og sterke tilstander av uro er avgjørende for å kunne hjelpe pasienten.

### **Eksempel.**

*Dette eksemplet gjelder en kvinne med en alvorlig psykisk utviklingshemming og som i tillegg har sterke autistiske trekk. Dessuten er hun språkløs og ute av stand til selv å ta ansvar for sin egen hverdag.*

*Gjennom lang tid har hun fungert relativt godt i det daglige liv betinget av godt strukturert og tilrettelagt tilværelse. Det er avgjørende for henne at hun opplever stor grad av forutsigbarhet i alle gjøremål i daglige og mer langsiktige hendelser.*

*Hun har egen bolig og mottar omsorgstjenester fra en fast personalgruppe det meste av døgnet.*

*Kvinnen blir etter en tid tiltagende urolig. Hun ødelegger ting i sin bolig og viser frustrasjon og sinne. Personalet gjør sitt beste for hindre den utagerende atferden med økt bemanning og enda bedre tilrettelegging av aktiviteter.*

*De utagerende hendelsene øker i omfang og styrke og fører til at hun knuser og ødelegger alt inventar. Utageringen var så voldsom at hele leiligheten med hvitevarer, kjøkkeninnredning og badrom var fullstendig rasert.*

*Habiliteringsteamet blir kontaktet og det blir gjennomført grundige analyser og utprøving av en rekke tiltak for å finne en årsak den ekstreme endringen i atferd.*

*Kommunelege foretar medisinske undersøkelser og psykiater gjennomfører endinger i medisinerer ut fra mulighet for at tilstanden kan være forårsaket av en psykotisk tilstand.*

*Denne vanskelige situasjonen har vedvart i flere måneder og etter hvert blitt en betydelig økonomisk belastning for en liten distriktskommune.*

*Situasjonen blir helt uholdbar ved at det forekommer flere umotiverte angrep rettet mot personalet. Flere av miljøpersonalet blir påført fysiske skader. Kommunens ledelse uttrykker sterk bekymring for ivaretagelse av både beboer og personalgruppe.*

*Det ble så besluttet at det skulle foretas en grundig medisinsk undersøkelse, som ville medføre innleggelse i sykehus og at prøvetaking og undersøkelser kunne gjennomføres i narkose.*

*Resultatet av denne undersøkelsen viser at kvinnen har magesår. Behandling blir gjennomført og etter kort tid forandret atferden seg til den tilstanden som var før utageringen startet.*

Dersom en dyktig og erfaren lege hadde vurdert den situasjonen som oppstod, på et langt tidligere tidspunkt og forordnet en grundig somatisk undersøkelse, ville kvinnen, personalet og pårørende vært spart for store belastninger.

Legeundersøkelse som må foretas i narkose, med medvirkning av leger med ulik spesialistkompetanse, krever en omfattende tilrettelegging. Narkosetidspunktet blir styrende for de som skal medvirke og alt må legges til rette for en rask gjennomføring.

Dersom Habiliteringsteamet hadde hatt tilsatt egen lege ville en slik oppgave med tilrettelegging av undersøkelse og koordinering ha gjort gjennomføringen mye enklere. Det ville sannsynligvis ført til at den grundige undersøkelsesprosedyren hadde vært gjennomført på et tidligere tidspunkt.

Erfaring viser at legetjenester, som i hvert tilfelle må tilkalles for å supplere habiliteringsteamet, ikke fungerer tilfredsstillende. Velvillighet fra andre sykehusavdelinger er ikke tilstrekkelig.

En funksjonell løsning på legetjenester i habiliteringsteam må bestå i at legen er et fullverdig medlem og formelt ansatt i teamet. Habiliteringsteamets budsjett må ha post for lege og denne må ha sin arbeidstid i teamet. Stillingsstørrelsen for legen kan variere i forhold til befolkningsgrunnlag, men den avsatte tid må benyttes til oppgaver i teamarbeidet.

### **Psykatri og somatisk medisin.**

Personer med psykisk utviklingshemming har en sterk overhyppighet av psykiske lidelser sammenlignet med den øvrige befolkningen. Henvisninger til habiliteringsteam vil ofte bringe frem spørsmålsstillinger som vedrører psykiatri. Legens kompetanse vil i slike tilfeller styrke en vurdering om det vil være nødvendig med henvisning til psykiatrisk spesialisttjeneste. Sammensatte diagnoser med psykisk utviklingshemming og psykiatrisk problematikk er komplisert og krever et godt samarbeid mellom habilitering og psykiatri. Psykiatriske distriktssentra vil ha nytte av samarbeid ved utredning av psykiatriske pasienter med sikte på en avklaring av eventuell psykisk utviklingshemming. Legen vil være et viktig bindeledd i den videre behandlingen i et samarbeid med kommunal psykiatri og omsorgstjeneste.

Viser til egen rapport utarbeidet Nordlandssykehuset Vesterålen 2008.

---

Rapport:

Psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser.

Denne rapporten er lagt ut på NAKU

**naku.no**

**Nasjonalt fagnettverk om psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser.**

**Se 3 prosjekter, Nordlandssykehuset Vesterålen.**



### **Overgang fra barne- til voksenhabilitering.**

De fleste tilfeller av avvikende utvikling hos barn blir i relativt tidlig barnealder diagnostisert ved pediatriske avdelinger ved de større sykehusene. I vårt område vil dette i hovedsak være Nordlandssykehuset i Bodø.

Det nære samarbeidet mellom de pediatriske avdelingene og barnehabiliteringsteamene fører som regel til at den medisinske oppfølgingen blir godt ivaretatt.

Det etableres ofte et direkte samarbeid mellom barnets foreldre og sentralt barnehabiliteringsteam med tette forbindelser til medisinsk spesialistkompetanse.

For legene i den kommunale helsetjenesten er dette ofte pasienter som i løpet av barnealder ikke vært i kontakt med den lokale helsetjeneste og vil være ukjent for kommunelegen.

Barna er blitt fulgt opp med medisinsk behandling fra leger ved pediatrisk avdeling. Dette har også omfattet foreskriving og justering av medikamenter gjennom hele pasientens oppvekst. Habiliteringsteamene ved de lokale sykehusene som også arbeider med barnehabilitering har heller ikke hatt kjennskap til alle tilfeller tilmeldt det sentrale teamet.

Når pasienten blir 18 år og barnehabiliteringens ansvar opphører, ligger det formelle ansvar for pasienten hos den kommunale fastlegen.

Det er ikke utarbeidet formelle prosedyrer for overføring. I mange tilfeller fører dette til at primærlegen står overfor en ny pasient hvor alle medisinske opplysninger må innhentes og i en overgangsfase kan mangelen av svært viktig informasjon skape problemer både for pasient og behandler.

Lege tilknyttet voksenhabiliteringsteam ville i sammenhenger med overføring av kunnskap ha en svært viktig funksjon med å ivareta kunnskapsoverføring. Med sin spesielle kunnskap om psykisk utviklingshemming og de sykdommer og syndromer som kan medfølge tilstanden, vil legen kunne fylle en viktig funksjon med informasjon og veiledning av primærlege og ansatte i den kommunale omsorgstjenesten.

Et system for samarbeid mellom barnehabilitering, voksenhabilitering og for eksempel psykiatri /nevrologi er av stor betydning for å sikre klienten gode tjenester.

### **Ambulant virksomhet.**

Voksenhabiliteringens arbeid foregår i stor utstrekning ambulant. Legens funksjon i forhold til voksenhabilitering må også utøves med grunnlag i den samme behandlingsmodell.

For brukerne er det en stor fordel at observasjon og behandlingsrettede tiltak foregår i eget kjent miljø. Det vil øke muligheten for at brukeren fremstår på en reell måte i forhold til sin daglige funksjon og ha større trygghet i møte med nye personer. I løpet av en tid med gjentagne kontakter vil det under kjente forhold kunne utvikles en mer tillitsfull kontakt mellom behandler og klient.

Den gode informasjonsutvekslingen og samarbeidet med den kommunale omsorgstjenesten er det ambulante teamets styrke.

Ved organisering av system for behandling / vurderingsmøter vil alle som har ansvar overfor den enkelte bruker kunne møtes for utveksling av informasjon og gis en felles opplæring når behovet er til stede.

Legen vil i mange tilfeller utgjøre en nøkkelfunksjon ved kartlegging av årsaksforhold ved utagerende atferd og eventuelle smertetilstander.

I sammenheng med den ambulante virksomheten, vil kontakt med primærlegen om oppfølging av medisinsk behandling, være en viktig del av oppgavene for teamets lege.

### **Rekruttering og organisering.**

Ved en gjennomgang av materiale hvor fokus har vært satt på helsetjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming, er det ved en rekke anledninger avholdt seminarer og rapportert om utilstrekkelige helsemessige tjenester overfor denne gruppen.

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) utga i 2007en rapport om helseoppfølging av mennesker med psykisk utviklingshemming. Rapporten konkluderer med at det må iverksettes tiltak for å heve kunnskap og kompetanse som kan bedre de helsemessige forhold, for mennesker med psykisk utviklingshemming på alle nivåer i tjenesteyting. Dette gjelder både brukernes nærpå personer, helsetjenestene på kommunalt nivå og spesialisthelsetjenestene.

I tiden etter utgivelsen av rapporten er det fortsatt ikke gjennomført tiltak som kan oppfattes som en endring med sikte på å heve omfang eller kvalitet av helsetjenester.

Denne situasjonen har vært relativt uforandret siden ansvarsreformen ble iverksatt i 1991.

Det er fortsatt overlatt til den enkelte lege og sykehus å ta ansvar og prioritere tjenesten overfor den enkelte psykisk utviklingshemmede.

Erfaringen viser at det ikke er tilstrekkelig å overlate disse oppgavene til enkelte legers personlige initiativ og sykehusenes prioriteringer.

Sykehusenes ledelse må ta ansvar for at nødvendig medisinsk kompetanse på spesialistnivå blir er tilgjengelig for de som trenger det.

Problemene knyttet til en forsvarlig helsetjeneste ligger ikke i mangel av kunnskap om hvordan denne tjenesten bør være.

Hovedsaken er mer en utfordring for den som har ansvar for organisering av tjenestene.

Medisinsk kompetanse må få en plass i helseorganisasjonen hvor innflytelse og spesialkunnskap har best kan påvirke alle berørte i omsorgs og helsetjenestene.

En slik posisjon vil etter vår mening best kunne oppnås ved i første omgang styrke den medisinske tjenesten i Habiliteringstjenesten.

Habiliteringsteamene må tilføres en legeressurs av en slik størrelse at det er et samsvar med befolkningsgrunnlaget som sykehuset dekker.

Dersom dette ikke vil utgjøre en hel stilling, må den stillingsandel som er knyttet til habiliteringsteamet benyttes fullt ut til denne tjenesten.

Avlønning av stillingsandelen må minst være på nivå med annen spesialistkompetanse ved sykehuset. Kompetanse på dette området er i dag ikke egen medisinsk spesialitet, men det burde vurderes en mulighet for at dette kan etableres. Alternativt at slik kompetanse knyttes til eksempelvis psykiaterutdanningen hvor en relativt stor andel utgjøres av en spesialisering rettet mot psykisk utviklingshemming.

En lege som skal fungere i en spesialistfunksjon på dette området bør i utgangspunktet ha erfaring og interesse for feltet. Oppgaven kunne egnet seg for en erfaren og interessert spesialist allmenlege i det aktuelle området. En del av legens stilling kunne være som spesialist på området psykisk utviklingshemming i habiliteringsteamet.

### **Avslutning.**

Vi har i denne rapporten omhandlet erfaringer som habiliteringsteamet i Vesterålen har tilegnet seg, i samhandling med legetjenestene. For pasientene har nok tjenestene vært variable og i mange henseende mangelfulle. I sammenhenger hvor habiliteringsteamet har vært involvert i medisinske problemer har vi erfart at velvilje fra leger og annet helsepersonell ikke er tilstrekkelig for å gi god og forsvarlig tjeneste til denne pasientgruppen. Økonomiske ressurser må sikres gjennom budsjettet for sykehusene og midlene avsatt til medisinske tjenester må benyttes fullt ut til dette formålet.

Peder Joakimsen er lege i voksenhabiliteringsteamet ved Universitetssykehuset Nord Norge i Tromsø. I et notat har han laget en oversikt over arbeidsoppgaver for en legetjeneste for psykisk utviklingshemmede. Notatet er interessant og inneholder synspunkter som vi absolutt slutter oss til. Med Joakimsen`s tillatelse legges hans notat ved rapporten.

Notatet er utarbeidet som innspill til delplan for voksenhabilitering i Helse Nord:

1.1: Utredninger, diagnostiseringer og veiledning til pasienter. Koordinering av innleggelser, informasjonsarbeide, grupperettede tiltak, undervisning/kursing overfor samarbeidspartnere: Rådgi primærleger og kollegaer i spesialisthelsetjenesten omkring spesielle hensyn vedrørende målgruppens behov ved henvisninger/innleggelser.

Inneha oversikt over enhetens virksomhet og over spesialisthelsetjenestens samlede tilbud til målgruppen og sikre at deres rettigheter blir holdt i hevd.

Sikre at medisinskfaglige aspekter blir vurdert gjennom hele pasientforløp i enheten.

Påvirke primærleger og boliger til å samarbeide tettere, slik at god medisinskfaglig oppfølging blir gitt i hht pasientgruppens spesielle behov.

Sikre at boliger og primærleger innehar kunnskap om sykdommen og vet hvor de skal henvende seg for utdypende informasjon.

1.2: Psykisk utviklingshemning, kompleks CP, andre alvorlig funksjonshemmede og autister med behov for komplekse og langvarige tjenester.

1.3: Lege innehar det overordnede medisinske ansvaret i spesialisthelsetjenesten, så også her.

1.3.1: Legen må ha god kunnskap til faglige ressurser innen enheten og skal kunne vurdere henvisninger, ha oversikt over det faglige arbeidet og dermed kunne stå inne for epikriser og det samlede tilbudet i enheten. Alle henvisninger og epikriser bør være godkjent av lege. Det bør sikres at jevnlig oppdateringer over tjenestetilbudet for hver enkelt pasient gjennomgås i tverrfaglig plenum med tilstedeværelse av lege. Ved behov bør det være mulighet for andre faggrupper å ta opp medisinske spørsmål med lege med kompetanse innen fagfeltet.

1.3.2: Vurdere om somatiske problemstillinger er hensyntatt eller undersøkt i henvisninger, i utredningen og ved saksavslutningen. F.eks. epilepsi/obstipasjon/gastritt etc. som årsak til utfordrende eller endret adferd, eller om medisinerer er korrekt.

Rådgi boliger, primærleger og eget personale i slike spørsmål. Ved behov henvis til relevante undersøkelser og vurdere svar på disse ift grunnlidelsen. Viderehenvis til andre fagenheter hvis en selv ikke innehar nødvendig kompetanse.

1.3.3: Vurdere psykiatrisk sykdom og medisinerer som faktor i henvisningsperioden. Gi råd om viderehenvisning og faglig råd til primærleger om tiltak. Være samarbeidspartner til psykiatrien omkring målgruppens spesielle behov.

1.3.4: Vurdere om etiske hensyn er ivaretatt i henvisningsperioden, om indikasjoner for undersøkelser er til stede eller om undersøkelser kan ivaretas på alternativ måte for å spare pasienter for unødig lidelse. Se om observasjoner eller undersøkelser kan gjennomføres på pasientens hjemmeplass i stedet for ved sykehus/legestasjon.

1.4: Det må etterstribes tette bånd og samarbeide mellom Voksenhabilitering, barnehabilitering, rehabilitering, psykiatri, nevrologi og geriatri. Behovet for ambulant virksomhet finnes i hele dette spekteret og bør samordnes mtp legeressurser, spesielt ved mindre helseforetak. Det bør utarbeides samarbeidsavtaler. Disse bør sikre en god overføring av pasientgrupper og samarbeide omkring enkeltpasienter.

*BarneHAB:* Overføring av pasienter ved behov etter fylte 18 år.

*Psykiatri:* Samarbeide ved komorbiditet, spesielt ved kombinasjonen psykoser/PUH, ADHD/PUH. Utredninger av PUH hos psykiatriske pasienter og v.v.

*Nevrologi:* Utredninger av epilepsi, CP, nevralførdefekter, medfødte muskelsykdommer.

*Geriatri:* demensutredninger, multifarmakologi, demens og Downs syndrom/PUH.

*Fys.med/ART:* Funksjonsvurderinger, arbeidsrehabilitering, pårørendearbeide.

2.1: Det bør etterstribes rekruttering av erfarne leger med interesse for fagfeltet og god kjennskap til kommunehelsetjenesten (helst med lokal tilknytning). Begrunnelsen er den relativt lave vektingen av feltet i grunnutdannelsen og viktigheten av tverrfaglig samhandling med kommunene. Kompetanse innen psykiatri og rehabilitering bør etterstribes.

Når feltet senere har en solid basis i regionen, vil det være riktig å satse mer på rekruttering av nyutdannede leger.

2.2: Tradisjonelt er habiliteringsfeltet hjemmehørende under spesialiteten Fysikalsk-medisin/Rehab, men er lite vektlagt i utdanningsplaner/sjekklistene for gjennomføring av spesialiseringen. Andre interessante spesialiteter vil kunne være allmenn- og samfunnsmedisin, grunnet feltets skjæringspunkt mellom første- og andrelinjetjenesten og behovet for utpreget tverrfaglig samarbeide og grupperettet virksomhet.

Spesialister i psykiatri eller nevrologi med spesiell interesse for habiliteringsfeltet vil naturligvis være aktuelle, men disse fagfeltene er i seg selv såpass små og truede i regionen at det vil være vanskelig å satse på disse i en rekrutteringsfase.

2.3: Nettverksbygging viktig. Problem at habiliteringsleger vil være isolert. Fokuserer på manglende vakter, fleksibel arbeidstid, tverrfaglighet og interesse for en spesiell pasientgruppe. Ikke så hektisk og med konkurransejag som i andre fag. Attraktivt for spesiell type leger (idealister, småbarnsforeldre, utslitte fastleger). Kursing og veiledning viktig. Egen veileder. Lønnsvilkår bør kompensere for den ambulante delen og manglende vakter og samtidig være konkurransedyktig ift andre områder.

2.3.1: Det er viktig at tjenesten kan telle som en del av spesialistutdannelsen og at man kan opprettholde mest mulig stabil tjeneste innen habiliteringen under så lange perioder som mulig av spesialistutdannelsen. I dag inngår ikke tjeneste i habilitering som en del av spesialisering til Fys.med. og rullering av tjenester på forskjellige nivå (poliklinikk, sengepost) og vakttjeneste vanskeliggjør en tilhørighet i hab.feltet under utdannelsen.

Det bør derfor sees på om ikke hab.feltet kan tilrettelegges innen annen spesialistutdanning. Samfunnsmedisin er en utdanning som sliter med rekrutteringen og som kan være aktuell. I så tilfelle er det viktig å fokusere på tverrfagligheten, samarbeidet med primærhelsetjenesten og den grupperettede delen av faget. En slik tilhørighetsendring må avklares med spesialist- komité i DnLF.

Det bør sikres at hver nye lege får egen veileder og et veiledningsprogram som fører til spesialistutdanning, uavhengig hvilken spesialitet som er målet.

2.4: En bør sikre legedekning i alle hab.team. Teamenes behov vil i utgangspunktet kreve deltidsstillinger i 20-40%. Stillingskombinasjoner med ART, evt også geriatriske team eller barnehab., vil muliggjøre at man kan tilby større stillingsprosenter. Der dette ikke er mulig vil en kombinasjon med kommuneoverlege- eller fastlegestillinger være et alternativ. Dette vil også muliggjøre samlede konkurransedyktige lønnsvilkår. Forutsetter avtaler med kommunen og reduksjon av vaktbelastning.

Filnavn: LEGE HISTORIE HAB mai 09.doc  
Katalog: \\ans-fil-rv-1\home-rv\$\kimbe\System\Skrivebord\Div under arbeid  
Mal: \\ans-fil-rv-1\home-rv\$\kimbe\System\Programdata\Microsoft\Templates\Normal.dot  
Tittel: HISTORIE  
Emne:  
Forfatter: AAH  
Nøkkelord:  
Merknader:  
Opprettelsesdato: 12.05.2009 14:06:00  
Versjonsnummer: 2  
Sist lagret: 12.05.2009 14:06:00  
Sist lagret av: kimbe  
Samlet redigeringstid: 7 minutter  
Sist skrevet ut: 12.05.2009 14:46:00  
Ved siste fullstendige utskrift  
Antall sider: 13  
Antall ord: 5 244 (ca.)  
Antall tegn: 27 796 (ca.)