



HORTEN
KOMMUNE

Kommunen og spesialisthelsetjenesten på habiliteringsfeltet

Stein Evensen

Kommunalsjef Helse og velferd

Horten kommune

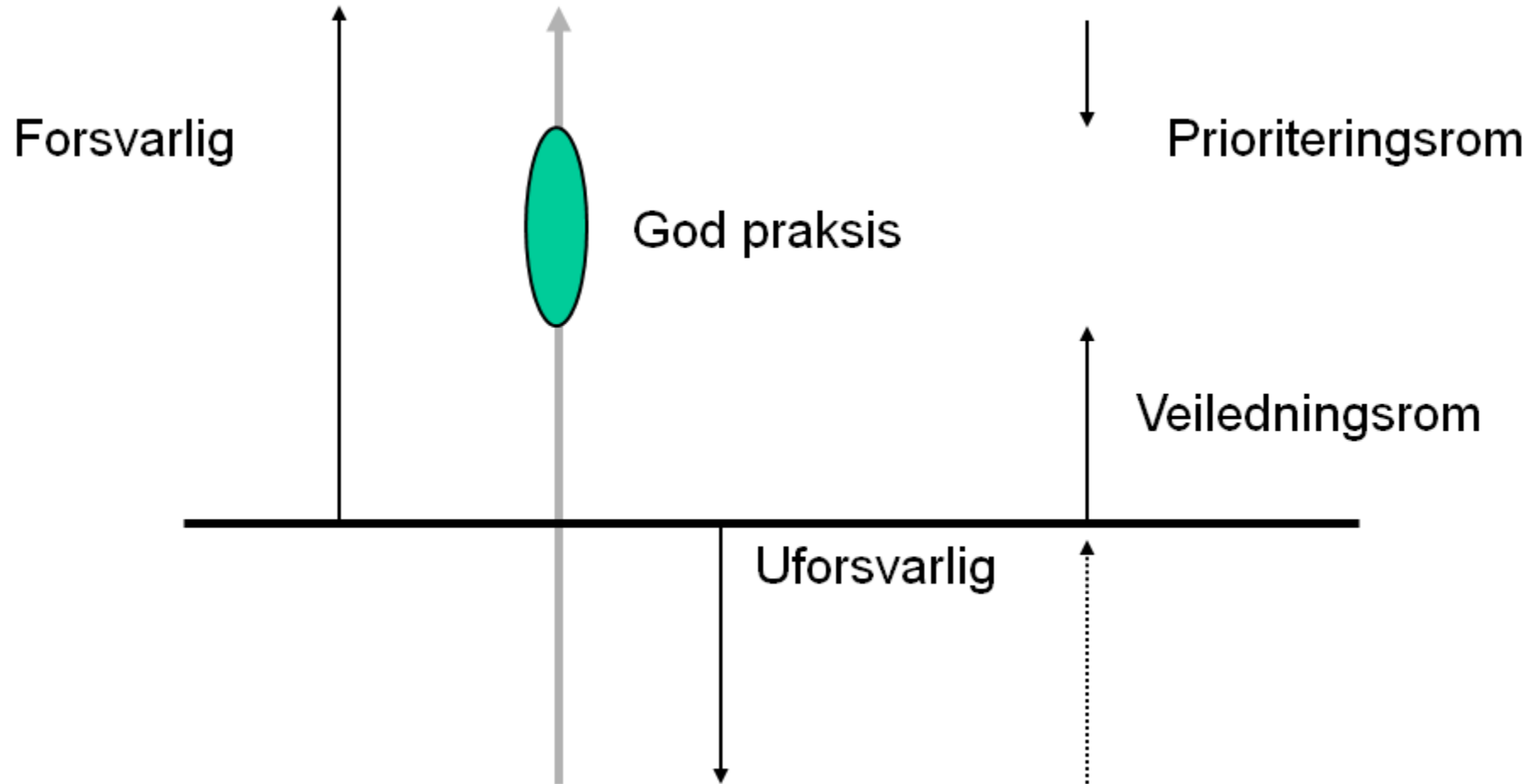
Kommunens rammer

- Juridisk
- Faglig
- Økonomisk

Kommunens perspektiv

- Helhetlig ansvar uavhengig av diagnose og lite rigget for å delta i diagnosespesifikke forløp
- Ingen styringslinje fra, eller til spesialisthelsetjenesten
- Tendens til kommunal «spesialisering» som er tydeligst i habiliteringsfeltet
- Undersøkelser viser at både kommuner og spesialisthelsetjenesten har til dels stort forbedringspotensial med tjenestene innen habilitering

Kvalitetslinjen - forsvarlige tjenester



NOU

Norges offentlige utredninger 2020:1

Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom



NORDLANDSFORSKNING
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE

**Kartlegging av spesialisthelsetjenester:
Autismespekterforstyrrelser og
Tourettes syndrom**

Kartleggingen viser at kvalitet og innhold i tjenestetilbudet og kompetansenivået varierer sterkt. Dette er tett knyttet til organiseringen av og samhandlingen mellom tjenestene. Det er vanskelig å få oversikt over tjenestene og over hvem som har ansvaret. Lav kunnskap og kompetanse om autisme og tourette i tjenestene og hos ansatte fører til manglende forståelse, tilrettelegging og nødvendige tiltak for gruppene. Mange personer med autisme og tourette, og deres pårørende, opplever å ikke få de tjenestene de har behov for og krav på.

Spesifikke utfordringer mellom kommune og 2.linje

- Finansiering
- Mekanismer for gjensidighet
- Forståelse av hverandres rammebetingelser
- Diagnose vs funksjon
- Kompetanse (særlig oppfølging)
- Personer med store atferdsvansker

Hovedutfordringer for mange tjenester og tjenestemottagere

- Kompetanse
- Koordinering /Samordning – mulighet til å påvirke egen situasjon
- Ressurser

Finnes eksempler på god samhandling

- Tidlig identifisering
- Kompetansedeling
- Koordinering
- Fleksibilitet
- Individuell tilpasning

Boks 6.1 Eksempel på et fungerende forløp – en forelder forteller

Vår sønn fikk diagnosen barneautisme for to år siden, i en alder av to og et halvt år. Jeg vil trekke frem fem nøkkelpunkter som har vært avgjørende for at det har fungert så bra.

1. Barnehage – tidlig oppdaging

Vi foreldre forsto ikke tegnene. Heller ikke helsestasjonen eller andre så dette. Tilfeldigvis begynte det en person i barnehagen med spesialkompetanse som så og forsto tegnene. Sønnen vår var da nesten to år. Hun iverksatte (i samråd med oss foreldre) observasjon av PPT, og det ble etter noen måneder konkludert med anbefaling om utredning. Uten denne personen ville ikke dette blitt oppdaget før på et langt senere tidspunkt, der man ville mistet fordelene av tidlig igangsetting av tiltak. Barnehagene må være nøkkelen til tidlig oppdaging.

2. Samlet kompetanse på spesialistenhet

Vi flyttet på det tidspunktet til en kommune i Vestfold, og utredning ble derfor gjort ved Glenne regionale senter for autisme i Borre. Første møte var i midten av juni. Utredningen ble gjennomført raskt, slik at konklusjonen var klar før barnehagestart i august og mulighet for tidligst mulig oppstart av EIBI. Vi opplever at Glenne er et senter der det er samlet veldig stor kunnskap om autisme. De har vært det avgjørende fundamentet i alt som har skjedd siden. Videre er flere deler av tjenestene samlet ett sted – utredning, oppfølging, kursing, lege etc. Vi har et sted å forholde oss til som har god oversikt og kunnskap om sønnen vår.

3. Praktisk oppfølging

Som foreldre er man i lett sjokk og står overfor et fullstendig ukjent terreng. Glenne visste nøyaktig hva som burde skje videre, og la opp en plan for dette. De la opp et detaljert, konkret EIBI-program, med utgangspunkt i utredningen de hadde foretatt. De har videre vært involvert

4. Koordinering

Glenne har vært uvurderlig med hensyn til å koordinere de ulike instansene. De tok kontakt med barnehage for å tilrettelegge EIBI-programmet. De koordinerte med kommunen for å få på plass de nødvendige vedtak. På under to uker hadde kommunen på plass vedtak om nødvendige ressurser til dedikert assistent og spesialpedagog i barnehagen, der de fulgte anbefalingene fra Glenne. Videre koordinerte de oppfølging overfor sykehuset for epilepsiundersøkelser etc. De vil også være involvert i overgangen til skole.

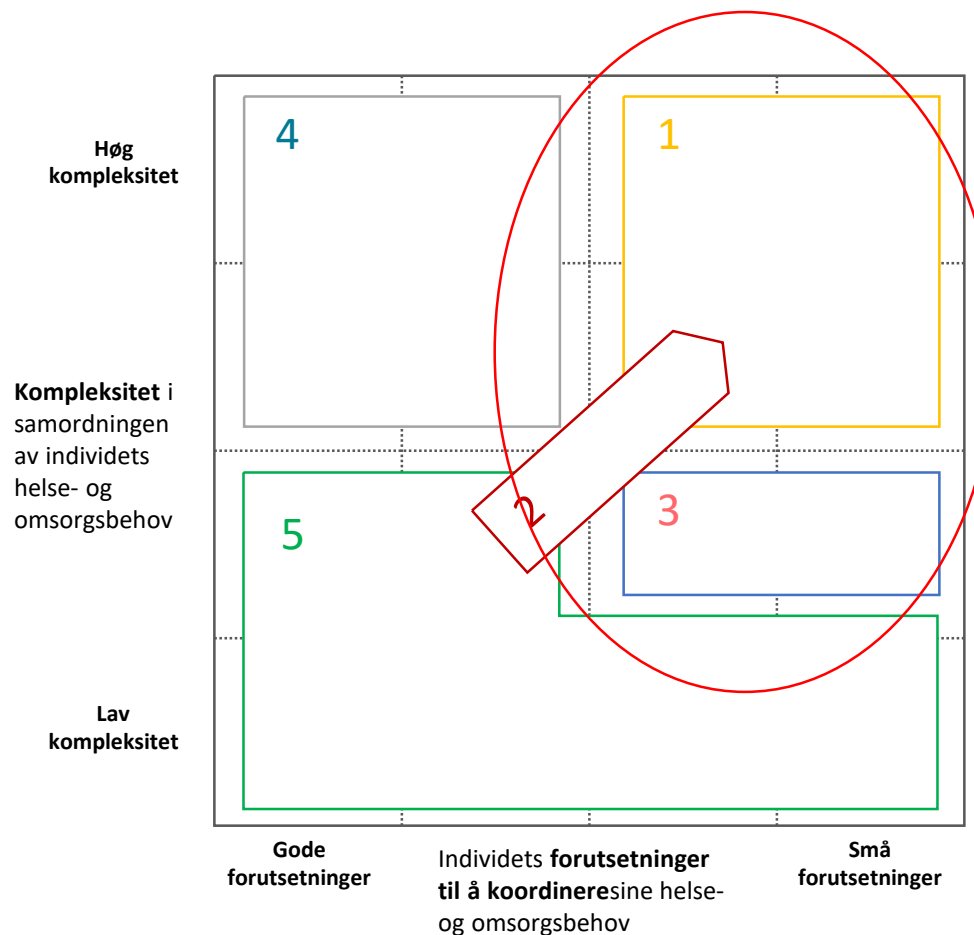
5. Kjennskap til hvert individuelt tilfelle

Om et år skal vår sønn begynne på skolen. Overgangen er planlagt. Et utrolig viktig poeng her er at skolen kjenner ham – utfordringene, styrkene og behovene hans. Siden skolestart og andre overganger må tilpasses individuelt til hver enkelt person med autisme, er det viktig at man ikke må starte helt «på nytt» med at alle de involverte må lære ham å kjenne.

Resultat

På det tidspunktet han fikk diagnosen, var han nonverbal, hadde tilnærmet null øyekontakt, viste ingen interesse for andre barn, reagerte ikke på navnet sitt, var veldig innelukket i sin egen verden og hadde periodevis «meltdowns» der han la seg ned og dunket hodet i bakken. I begynnelsen av EIBI-programmet måtte vi starte med å forsøke å få ham til å si en lyd – en hvilken som helst lyd – som respons på noe han ønsket. I dag, to år senere, er han i full gang med å utvikle språket. Han snakker i hele og stadig mer avanserte setninger. Han tar selv initiativ til samtaler, spør og svarer. Han leker med andre barn, han har masse øyekontakt, er veldig sosial og tilstedeværende. Han har ikke lenger «meltdowns». Hele hans væremåte har endret seg, og han er tydelig mer tilstedeværende og

Grupper med behov for koordinering og samarbeid



Gruppe 1

Personer med sammensatte behov og begrensede muligheter til på egenhånd koordineresine helsebehov:

Eksempler Gruppe 1:

- De mest syke eldre
- Personer med alvorlig psykisk-og somatisk multisykdom
- Folk som er i en sen palliativfase



Gruppe 2

Akuttsyke individer som raskt krever innsatse fra flera aktører og hvor det raske forløpet påvirker individets forutsetninger til å være delaktig i samordningen av sin helse og omsorg:

Eksempler Gruppe 2:

- Personer som nylig hatt slag
- Eldre mennesker som har falt



Gruppe 3

I hovedsak somatisk friske personermed begrensede muligheter til på egenhånd koordinere sine behov :

Eksempler Gruppe 3:

- Personer med kognitive eller nevropsykiatriske lidelser
- Barn med psykiske lidelser



Gruppe 4

Personer med sammensatte behov , men gode forutsetninger til å delta i koordineringen av sine behov :

Eksempler Gruppe 4:

- Individuer med flere samtidige kroniske sykdommer, men god psykisk helse
- Ofte pasienter med kroniske sykdommer som går til kontroll hos fastlegen



Gruppe 5

I hovedsak psykologisk og somatisk friske individer:

Eksempler Gruppe 5:

- Personer som er helt friske
- Personer som har en lettere kronisk sykdom
- Personer med nedsatt psykisk velvære

Kilde: Samordnad vård och omsorg: En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem, PM 2016:1. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

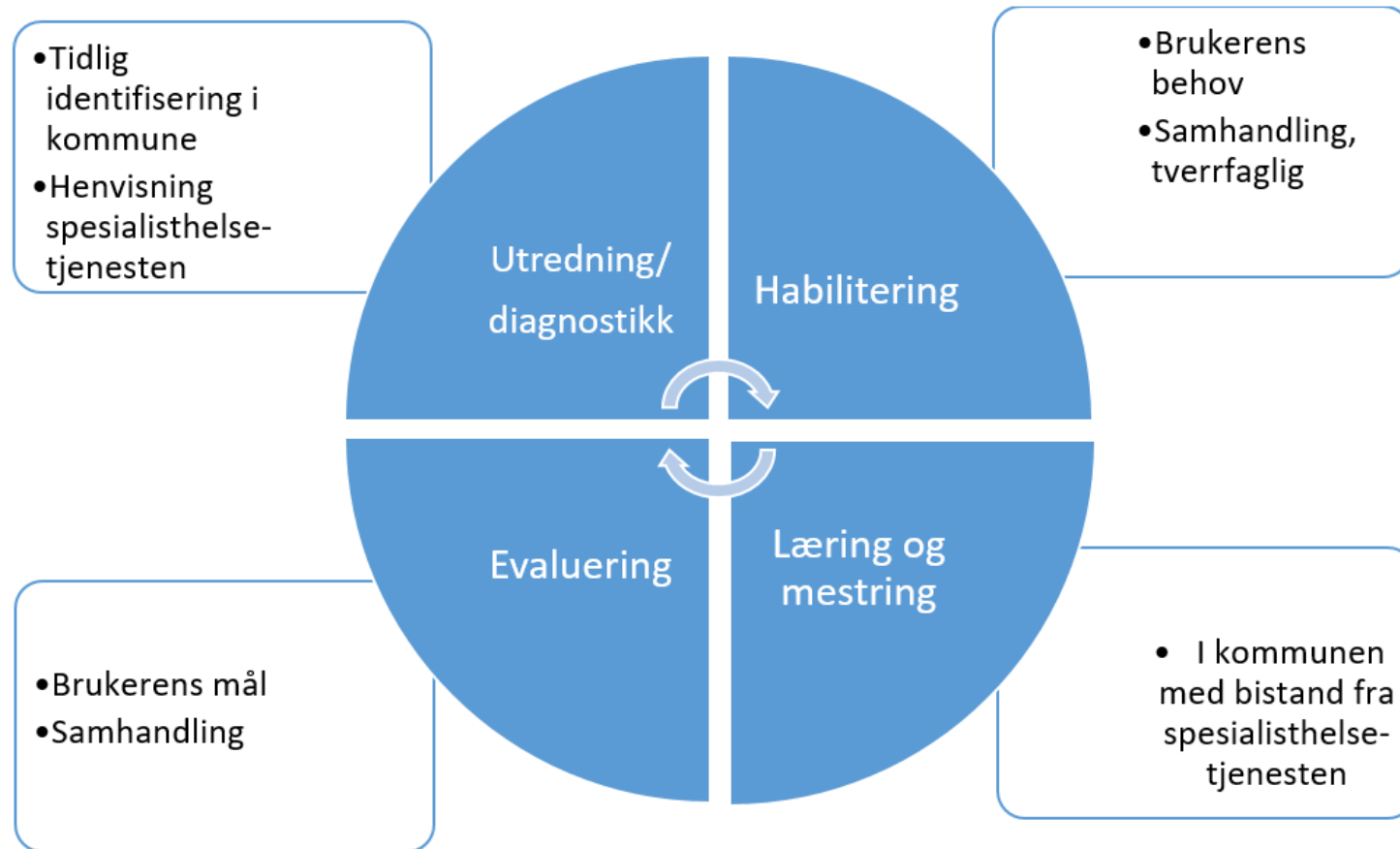
Basisforløp krever kompetanse

- Observasjon – vurdering – dokumentasjon – tiltak - mangler systematikk i kommunale tjenester



Helhetlige pasientforløp i hjemmet
«HPH»

Forenklet forløp fra prosjekt i Vestfold



Oppsummering av prosjekt i Vestfold (2017)

- Det er arbeidsgruppens generelle oppfatning at det finnes strukturer og systemer for samhandling, men at det kan stilles spørsmål om de er hensiktsmessige og fungerer etter hensikten.
- Spesialisthelsetjenesten for målgruppen er organisert ulikt i helseforetakene. I Vestfold (SIV) er det tre instanser, organisert i ulike klinikker, som har ansvar for målgruppen. Kommunene er ofte organisert i enheter, noe som kan gi unødvendige overganger for pasienten.
- Både spesialisthelsetjenesten og kommunene har Koordinerende enheter (KE). Det er arbeidsgruppens oppfatning at spesialisthelsetjenestens KE er for lite kjent for habiliteringsfeltet. Både Koordinerende enhet (KE) i spesialisthelsetjenesten i Vestfold og på regionalt nivå synes å ha mest fokus på rehabilitering, og ikke habilitering.
- Koordinerende enhet er organisert ulikt i kommunene. Det er arbeidsgruppens oppfatning at denne instansen kan brukes i større grad for å hindre fragmentering av kommunens tjenestetilbud.
- Etablering av forvaltningskontor i kommunene har bedret samhandling i kommunene og muliggjort mer helhetlige forløp (sikrer en dør inn og fordeling til utførende instans). Spesialisthelsetjenesten har også prosedyrer som sikrer et felles inntak som sender videre til utfører. Det er godt kjent at overganger mellom instanser øker sårbarheten for utfordringer og at forløpet bør forhindre negative konsekvenser av disse.

Forslag til forbedringsområder

1. **Styrke kompetanse i kommunen og spesialisthelsetjenesten**
2. **«En dør inn».**
3. **Informasjon.**
4. **Regional Koordinerende Enhet Habilitering (RKE)**
5. **Brukermedvirkning**
6. **Fritt behandlingsvalg**
7. **Sikre overganger**
8. **Brukertilfredshet**
9. **Analyse og forskning**
10. **Lærings- og mestringssentrene (LMS)**
11. **Delavtale mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene om habilitering, eller omtale i overordnet samarbeidsavtale**
12. **Ta i bruk teknologi.**
13. **Interkommunale døgnplasser.**