

# PASIENTENE INGEN VIL HA

---

**Men som kommunen likevel må ta..**

**SAMHANDLING OG SYSTEMUTFORDRINGER INNENFOR  
TJENESTEOMRÅDENE RUS OG PSYKISK HELSE**

**EN HISTORIE FRA GRIMSTAD KOMMUNE MAI 2010**

Innledning.....	3
Bakgrunn.....	3
Formål.....	3
Arbeidsmetodikk.....	3
SAMMENDRAG .....	4
OM ANSVARSDDELINGEN MELLOM STAT OG KOMMUNE PÅ FAGFELTET .....	5
Spesialistansvar versus generalistansvar .....	5
Virkemidler og tiltak på statlig side .....	5
Kommunale virkemidler og tiltak .....	6
RESSURSSITUASJONEN INNEN TJENESTEOMRÅDENE.....	6
Ventetiden til spesialisert behandlingsplass.....	6
Reduksjon i antall behandlingsplasser m.v. ....	6
Sykehusenes økonomiske rammer .....	6
Kommunens økonomiske situasjon.....	7
Den statlige refusjonsordningen for ressurskrevende brukere .....	7
Livsopphold til den enkelte; sosialhjelp eller arbeidsavklaringspenger .....	7
EN BRUKERHISTORIE.....	8
NOEN VIKTIGE PROBLEMSTILLINGER OG UTFORDRINGER .....	10
Pasienter med "dobbeltdiagnoser" faller mellom stoler .....	10
Andre pasienter som ikke passer inn i det spesialiserte behandlingssystemet.....	10
Alvorlige adferdsavvik defineres ikke som et spesialistansvar .....	11
Lang ventetid til rusbehandling og hvilke konsekvenser det kan ha.....	11
Samhandlingsproblemer og faglig uenighet internt i spesialisthelsetjenestene .....	11
Kompetanseunderskudd på begge nivåer, særlig hva angår adferdsproblemer.....	12
Økonomiske konsekvenser for kommunen .....	12
Samhandling mellom kommune og stat, rolleforståelse og definisjonsmakt .....	13

## **Innledning**

Allerede før denne rapporten ble ført i pennen, har den gått under navnet "Historien fra Grimstad". Ikke nødvendigvis fordi innholdet er veldig typisk for Grimstad. Historien kunne i og for seg blitt skrevet med utgangspunkt i mange norske mellomstore kommuner.

Når Grimstad likevel er valgt, er det fordi noen politikere og fagfolk der har et ønske om å formidle sine erfaringer om hvordan behandlingsapparatet fungerer, eller ikke fungerer for noen utvalgte brukere.

Historien handler således primært om en gruppe pasienter, som både har rusproblemer og psykiske problemer, ofte benevnt som pasienter med "dobbeltdiagnoser". Og den handler om noen viktige utfordringer som disse pasientene møter i hjelpe- og behandlingsapparat.

## **Bakgrunn**

Styret i KS Agder besøkte i mars 2010 Grimstad kommune og hadde møter med kommunens ledelse. Med bakgrunn i de signaler og informasjonen som ble gitt fra kommunens fagfolk og politikere, om situasjonen innenfor fagområdene rus og psykisk helse, har styret i KS Agder bedt om at det utarbeides en relativt kortfattet statusrapport om det aktuelle fagfeltet.

## **Formål**

Formålet med en slik rapport er å bidra til å synliggjøre noen problemstillinger og utfordringer innenfor fagfeltet rus og psykisk helse. Dette med sikte på at KS ønsker å bidra, ved å bringe problemstillingene videre inn i et konkret forbedringsarbeid knyttet til samhandlingsreformen, lokalt på Agder og/eller sentralt på landsbasis.

## **Arbeidsmetodikk**

Rapporten er laget med utgangspunkt i intervjuer og samtaler med følgende politikere og fagpersoner i Grimstad kommune: Ordfører Hans Antonsen, enhetsleder for sosial- og barneverntjenesten Vidar Gabrielsen, ruskonsulent Per Arne Bøe samt enhetsleder og rådgiver i Boveiledertjenesten Signe Ann Jørgensen og Albert Thingsaker.

Foruten synspunkter fra de nevnte personene, inneholder rapporten en klienthistorie (case), som er ført i pennen av Per Arne Bøe.

Arbeidet for øvrig er forankret i en egen koordineringsgruppe bestående av kommunalsjef Ivar Lyngstad og direktør i KS-Agder Jan Inge Tungesvik, sammen med sekretær for rapportarbeidet, som har vært rådgiver Rolf Henning Jensen, Arendal.

## SAMMENDRAG

I departementets rundskriv om rusbehandlingen står det at alle som har en dobbeldiagnose, dvs. en kombinasjon av et alvorlig rus- og psykisk helseproblem, har krav på et samtidig behandlingstilbud.

Denne historien fra Grimstad viser at det kan være langt mellom liv og lære innenfor norsk helsevesen.

Rapporten handler først og fremst om noen av de mest hjelpetrengende pasientene vi har i vårt samfunn, men som på tross av sine store problemer, i realiteten møter en stengt dør i det norske helsevesenet.

For å kompensere for et manglende spesialisert behandlingstilbud, har Grimstad kommune forsøkt å bygge opp et tilbud lokalt til disse pasientene.

*"Kommunene trenger å få økte muligheter til å styrke sine tilbud. Men inntil det skjer må vi likevel etter beste evne forsøke å gi disse ungdommene det rommet de trenger for å utvikle seg som mennesker. Det handler rett og slett om å vise respekt for menneskers verdighet."*

Det sier ordfører Hans Antonsen om utfordringene kommunene står ovenfor når det særlig gjelder pasientene med såkalte dobbeltdiagnoser.

I tillegg til et manglende tilbud innenfor statlig område til enkelte grupper, peker denne rapporten også på noen andre problemstillinger og utfordringer i behandlingsapparatet. Det gjelder ikke minst den lange ventetiden til spesialisert behandling, og alle de praktiske og økonomiske konsekvensene dette får for kommunene og for den enkelte pasient. I tillegg tar rapporten opp samhandlingsproblemene internt i det statlige behandlingssystemet samt utfordringene knyttet til kunnskap og kompetanse, både på statlig og kommunal side.

Rapporten peker også på manglende likeverdighet mellom stat og kommune, og statens noe dominante og overstyrende rolle overfor kommunene. Bl.a. er det som oftest det statlige fagapparatet som legger strenge føringer på utformingen av det lokale behandlingstilbudet.

Det er likevel grunn til å understreke at kommunens fagfolk ikke opplever at samarbeidet med statlig sektor er dårlig. Samhandlingsutfordringen dreier seg mer om å håndtere ulik faglig tilnærming og kulturforskjeller mellom de enkelte deler av systemene samt problemer av mer organisatorisk og strukturell art.

Rapporten kan således gi noen innspill til det videre arbeidet med samhandlingsreformen innenfor det norske helsevesenet, som planlegges gjennomført fra 2012.

## OM ANSVARDELINGEN MELLOM STAT OG KOMMUNE PÅ FAGFELTET

Før man går inn i kjernen av problemstillinger og utfordringer, kan det være greit å presentere for leserne noen grunnleggende trekk ved det hjelpeapparatet som behandlingen av personer med rusproblemer og psykiske helseproblemer må forholde seg til.

Behandlingstiltakene fungerer langt på vei som et sambruk mellom en første - og en andrelinjetjeneste, d.v.s. mellom en kommunal helse- og sosialtjeneste på den ene siden og en statlig spesialisthelsetjeneste på den annen. Disse to nivåene i behandlingssystemet samarbeider i stor grad om tilbudet til den enkelte pasient, noe avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad hos den enkelte.

For de lettere tilfellene vil spesialisthelsetjenesten sjelden eller aldri være involvert. For disse vil tjenestene fullt ut bli gitt av kommunen. Når det derimot gjelder de mer alvorlig syke pasientene, vil disse vekselvis motta tjenester fra h.h.v. kommune og spesialisthelsetjeneste, avhengig av hvilken fase av sykdommen den enkelte til enhver tid befinner seg i, samt alvorlighetsgraden, og hva som er hensiktsmessig behandling ut fra pasientens tilstand.

### Spesialistansvar versus generalistansvar

Ansvarsdelingen mellom stat og kommune innebærer at staten må sørge for et tilbud til pasienten i akutte faser av sykdommen, samt et spesialisert behandlingstilbud til pasienten, normalt knyttet til et institusjonsopphold. Det spesialiserte ansvaret innebærer også en faglig utredningsrolle samt en råd - og veiledningsfunksjon overfor kommunens helse- og sosialtjeneste.

Kommunens ansvar er på sin side et generalistansvar, noe som innebærer et ansvar for å utføre all annen behandling, støtte, omsorgstiltak m.v. som ikke har karakter av å være spesialisert.

Det er ikke mulig på objektivt grunnlag å trekke skarpe grenser mellom hva som tilhører generalistansvaret og hva som er et spesialisert ansvar. Grensen trekkes i praksis med utgangspunkt i en løpende faglig vurdering av den enkelte pasients tilstand.

### Virkemidler og tiltak på statlig side

Når det gjelder den spesialiserte behandlingen av personer med rusproblemer på Sørlandet, er det i stor grad to lokale institusjoner som benyttes. Det er Borgestadklinikken i Porsgrunn og Lolandsheimen i Vennesla. I tillegg fins det noen behandlingsplasser for personer som både har rusproblemer og psykiske helseproblemer (såkalt dualproblematikk) ved Sørlandet sykehus HF i Kristiansand, nærmere bestemt ARA (Afdeling for rus og psykiatri). For øvrig benyttes behandlingstilbud i hele helseregion Sør øst.

Det er kommunens helse- og sosialtjeneste, eventuelt fastlegen til den enkelte, som søker pasienten inn på de spesialiserte plassene. Søknaden behandles av et statlig inntaksteam, som tar stilling til søknaden og samtidig bestemmer type behandling og institusjonsstedet vedkommende skal få tilbud om.

Når det gjelder pasienter med psykisk helseproblemer som primærproblem, skjer behandlingen normalt ved en av de ordinære psykiatriavdelingene, enten i Arendal eller Kristiansand. Begge disse stedene er det også noen akutt-plasser, beregnet på pasienter som blir plutselig syke og trenger spesialisert behandling i en kortere periode til situasjonen er stabilisert, og vedkommende enten kan skrives ut igjen til hjemmet eller overføres til et annet og mer langvarig behandlingsopplegg.

Enkelte pasienter kan også få sin behandling ved å følge et poliklinisk opplegg via et av de distriktsmedisinske sentrene (DPS) i regionen. Dette kan skje som et selvstendig behandlingsopplegg eller det kan være i påvente av annen type spesialisert behandling, mens pasienten bor hjemme.

### **Kommunale virkemidler og tiltak**

Når det gjelder Grimstad kommunes virkemiddelapparat, består dette dels av at helse- og sosialpersonell tilbyr miljøtjenester, enten i private hjem eller knyttet til kommunale boliger. For en del av dem som trenger spesialisert behandling, vil kommunen være pålagt å kjøpe omsorgsplasser til pasientene i et privat marked under ventetiden på spesialisert behandlingsplass. Eksempler på slike private omsorgstilbud er evangeliesentrene, Mestringshuset på Vegårshei, ReHaBo på Notodden og Grubeli på Tonstad.

Grimstad kommune har også noen boliger med bemanning for personer med store omsorgsbehov. Noen av de som bor der har i tillegg betydelige adferdsavvik, som gjør det vanskelig for dem å få adekvat behandling fra spesialisthelsetjenesten.

## **RESSURSSITUASJONEN INNEN TJENESTEOMRÅDENE**

### **Ventetiden til spesialisert behandlingsplass**

Den gjennomsnittlige ventetiden for spesialisert behandling innenfor rusfeltet ligger for tiden på 8-10 måneder. For de unge pasientene, dvs. personer under 23 år, er ventetiden normalt litt kortere, da disse er prioritert i lovverket. For enkelte av de øvrige, kan ventetiden imidlertid være betydelig lengre. Det opplyses at ventetiden i enkelte tilfelle kan være opp til 2 år.

### **Reduksjon i antall behandlingsplasser m.v.**

Det er også knapphet på behandlingsplasser innen rusfeltet, særlig i forhold til det som var situasjonen før staten overtok den spesialiserte rusbehandlingen fra fylkeskommunene i 2004. (Rusreform II) Likeledes oppfattes tilbudene til å ha blitt mer innsnevret. Kommunens fagfolk poengterer viktigheten av å ha et mangfold av behandlingstilbud, som gjør det mulig å finne godt tilpassede løsninger for den enkelte pasient.

Før rusreform II ble gjennomført ble det ikke i nevneverdig grad trukket et skille mellom behandlings og omsorgstiltak. Den gang var det et to - delt økonomisk ansvar for opphold i institusjonene; kommunen ble belastet med en egenandel, mens spesialistinstansen, som da var fylkeskommunen, bidro med resten. Rusreform II innebar at Staten overtok det økonomiske ansvaret for institusjonene, men da kun for behandlingsplassene. Flere av de tradisjonelle omsorgsinstitusjonene ble ikke omfattet av denne kategorien og måtte i stor grad legge ned sin virksomhet.

### **Sykehusenes økonomiske rammer**

Utviklingen innenfor både psykiatri og rusfeltet over noe tid har vært at antallet spesialiserte behandlingsplasser har gått betydelig ned, kombinert med en klar nedgang i antall døgn den enkelte pasienten er innlagt. Dette er et bevisst strategisk valg fra sykehusenes side og et ledd i et målbevisst effektiviseringsarbeid relatert til en presset sykehusøkonomi. Sørlandet sykehus HF har de siste årene angivelig hatt et underforbruk av tjenester innen psykisk helsevern og overført midler fra psykisk helse til somatikk. Dette har også vært omtalt i media.

## **Kommunens økonomiske situasjon**

Grimstad kommune på sin side opplever økt press på sine budsjetter, både som følge av økt ventetid på spesialisert behandling og kortere liggetid i institusjonene.

Omsorgstilbudene som kommunen er avhengig av å kjøpe til pasientene mens de venter på behandlingsplass, koster ofte i størrelsesorden kr. 30.000 – kr. 40.000 pr. mnd. pr. pasient.

Grimstad kommune har tre brukere med dobbeldiagnose, som hver vil koste kommunen netto 1,1 – 1,2 mill. kr. pr. år. Kun en av disse bor i dag i bolig med døgnbemanning. De øvrige to bor i kommunale boliger med tilsyn kun på dagtid. For å løse behovet for den ene brukeren, måtte kommunen for inneværende år tilleggsbevilge kr. 1,5 mill. kroner.

Til å yte tjenester til andre brukere med rus- og psykiske helseproblemer, som bor i private hjem, har kommunen ansatt 3 personer (2,5 årsverk) for miljøarbeider.

## **Den statlige refusjonsordningen for ressurskrevende brukere**

Staten yter refusjon for en del av utgiftene til pleie-, omsorgs, og behandlingstjenester som kommunene har for de særlig ressurskrevende brukerne. Refusjonen omfatter ikke utgifter til undervisning. Kommunen er pliktig til selv å dekke kostnader opp til kr. 865.000 for den enkelte. For utgifter som overstiger dette beløpet, refunderer staten 80 %. Før 1.1.2010 var den statlige refusjonen på 85 % av det overskytende.

For brukere som er psykisk utviklingshemmet og over 16 år, får kommunen kompensert et særskilt tilskudd i rammetilskuddet, som utgjør kr. 560.000 pr. år pr. bruker. For disse brukernes vedkommende yter staten 80 % refusjon av utgifter, som samlet overstiger basisbeløpet på kr. 865.000 tillagt beløpet i rammetilskuddet på kr. 560.000, nærmere bestemt av det som måtte overstige kr. 1.425.000 pr. år.

I tillegg til reduksjonen i den statlige andelen fra 85 % til 80 %, har også refusjonsordningen blitt svekket på enkelte andre områder, sett fra kommunens ståsted. For Grimstad kommunes del har disse omleggingene av refusjonsordningen totalt sett medført en mindreinntekt i størrelsesorden 3 mill. kroner i 2009.

## **Livsopphold til den enkelte; sosialhjelp eller arbeidsavklaringspenger**

De aller fleste pasientene som trenger behandling, enten fra psykiatrien eller rusomsorgen, vil i realiteten være arbeidsuføre. Dersom de ikke allerede har fått innvilget en uførepensjon, vil de ha to muligheter for å få dekket sitt behov for livsopphold. Det er enten ved hjelp av arbeidsavklaringspenger, hjemlet i folketrygdloven (tidligere kalt rehabiliteringspenger). Eller de vil få økonomisk sosialhjelp fra kommunen med hjemmel i lov om sosiale tjenester i NAV.

Arbeidsavklaringspenger er likevel kun forbeholdt den relativt lille gruppa av pasienter, som i ventetiden for spesialisert behandling mottar et poliklinisk behandlingstilbud. Alle de andre må få økonomisk sosialhjelp fra kommunen.

## EN BRUKERHISTORIE

Ruskonsulent i Grimstad kommune Per Arne Bøe forteller i dette kapittelet en brukerhistorie fra virkeligheten, der han beskriver "karrieren" til en av sine klienter over en tidsperiode på noen år. Brukerhistorien handler om et menneske som virkelig trenger hjelp i form av tverrfaglig spesialiserte tjenester, men som spesialistene ikke vil vite av, og som derfor overlates til "generalistene" i det kommunale tjenesteapparatet.

*"Jeg har kjent gutten siden han gikk i barnehagen. Han ble allerede den gang lagt merke til. Han var "høyt og lavt" og kanskje ikke den som foreldrene ønsket egne barn skulle knytte de tetteste bånd til.*

*Det skulle gå mange år før jeg igjen møtte han. Jeg var begynt som ruskonsulent i kommunen og rett som det var, sto han der – han søkte økonomisk sosialhjelp og ønsket timer med ruskonsulenten. Det var et trist gjensyn og en ikke mindre trist historie han hadde å fortelle. Livet hans var på mange måter blitt slik jeg hadde sett det for meg den gang jeg kjente han i barnehagen.*

*Han var nylig "dimittert" fra en barnevernsinstitusjon. Oppholdet der hadde ikke gjort han spesielt godt. Fullbefaren rusmisbruker og kriminell.*

*Oppveksten preget han. Savnet av en stabil og trygg farsperson var fremtredende. Far var ikke til stede i livet hans bortsett fra i drømmene. Han fantaserte om å flytte til far og jobbe sammen med han. Far gjorde det visst bra i den geskjeft han bedrev. Han hadde stiftet ny familie også, men det var HANS far og han skulle få all fars oppmerksomhet når de bare kom sammen igjen.*

*Guttens liv har vært preget av stadig nye og like mange brutte relasjoner. Han har forsøkt å knytte seg til nye personer, for i neste omgang å bli avvist.*

*Kunnskapen fra barnevernsinstitusjonen kom etter hvert til anvendelse. Rusmisbruket tiltok, han måtte bort fra det vonde, fra savnet og da var rusen den beste flukt. Når økonomien strandet, var det naturlig å gjøre "et brekk" slik at han fikk til neste dosering. Raskt ble han gjenganger hos politi og i Kriminalomsorgen.*

*Rusmidlene virket kanskje i nuet, men medaljen har en bakside. Psyken hans ble mer og mer i ulage og han ble etter hvert preget av forfølgelsesvanvidd eller paranoia. Han både hørte og så at folk var ute etter han. Hadde han kjærest, kunne han se hennes utroskap så snart de var borte fra hverandre.*

*Livet ble mer og mer et helvete. Han preges etter hvert av angst og redsel, men fremdeles finnes troen og håpet, håpet om en reddende far. Bare han forsones med far, vil nok alt bli bra. Inntil da får han ta seg av truslene på sin egen måte. Han bevæpner seg. Har alltid kniv, stikk- eller slagvåpen med seg. Når han får økonomi til det, vil han kjøpe en "gunner".*

*Politiet snakker om en "tikkende bombe". Man frykter for konsekvensene dersom han møter en situasjon hvor han føler seg truet. "Han kan bli drapsmann", står å lese mellom linjene. Det har vært nære på, men heldigvis har hans vrede i det alt vesentlige gått ut over "døde" ting.*

*Sosialtjenesten blir hele tiden oppdatert om forholdene. Mor er ivrig. Gutten må få hjelp, men gutten er lite tilgjengelig for den hjelp sosialtjenesten kan by på. Han får økonomisk sosialhjelp og tak over hodet, men bor relativt kort tid på hvert sted. Det er så mange som er etter han. Han er redd. Må stadig flytte til ny adresse som "de andre ikke kjenner til". Gutten sliter og han sliter tungt. Er hele tiden på flukt. Det er seg selv og sitt følelsesmessige kaos han flykter fra, men han skjønner det ikke. Han vil ha hjelp, men evner ikke ta i mot.*

*Vi som står rundt han, roper på psykiatrien, men her vil de ikke ha han. Ikke slik å forstå, han kan gjerne legge seg inn frivillig, men det er fånytt å håpe på. Vi vil ha tvang! Bare tvang kan redde denne gutten. Han vet ikke*



sitt eget beste, men det gjør vi. Psykiatrien mener han ikke er tilstrekkelig psykotisk. Både psykiater og fylkeslege er skjønt enige om det. Han er kommunens ansvar og dessuten lider han av personlighetsforstyrrelse med rus og store atferdsforstyrrelser. Det ønsker man seg ikke der i gården!

Politiet fortviler. De må stadig rykke ut og ivareta gutten, som enten er til fare for seg selv eller andre. Han fremstilles for lege og psykiater og har de hellet på sin side, aksepteres begjæringen om tvungen observasjon. Han tvangsinnlegges, men neste dag er han ute igjen på full fart mot neste nederlag.

Han fremstår oppriktig i sitt ønske om hjelp. I hvert fall er han oppriktig i sitt ønske om å være normal – slik som andre. Det har etter hvert gått opp for den unge mannen at han ikke er som andre og at han trenger hjelp til å normaliseres. Men ingen hjelper! Det ender med desperate rop om hjelp. Selvskading og hærverk, trusler og antydning om vold, blir mer og mer vanlig. De fleste blir redd han. Også familien frykter. Han elsker sine over alt på denne jord, men klarer ikke styre seg når "tankekjøret" fyller både kropp og sjel. Han knuser og ødelegger hjemme også. Han truer med vold og det som verre er. Hans nærmeste må flykte. Det er da han lar all sin frustrasjon gå ut over seg selv. Han kutter seg opp. Blodet flyter og tilfeldigheter gjør at han reddes. Må sys og lappes sammen. Historier om "knivarbeidet" står å lese på kroppen hans. Han går ikke av veien for å legge løkken rundt halsen heller. Ved flere anledninger har han nesten klart å fullbyrde, men blitt reddet i siste liten. Det er nok rop om hjelp, men de må tas på alvor. Spesialister har en tendens til å bortforklare det suicidale og forklarer det hele med oppmerksomhetsbehov. Fortsatt ingen hjelp å få der i gården.

Inni mellom kan vi slappe av – vi som stort sett står der maktesløse og er vitner til tragedien. Vi har ingen tilbud gode nok for han i kommunen, men det hender seg at han må gjøre opp for seg bak lås og slå. Da "senker vi skuldrene" og glemmer han. Til tross for at vi vet han kommer tilbake, lar vi være å forberede de nødvendige tiltak. Vi har vært for opptatt med skadebegrensning og fremtidsplanene har vi ikke hatt kapasitet til å tenke på. En slik "krabat" er dessuten kostbar i drift for en kommune som sliter økonomisk, en trist og lite forutseende økonomisk betraktning, men dog den styrende. Men det er sannheten. Kommunen har ikke de nødvendige ressurser, ei heller tilstrekkelig kunnskap. Vi får ta det som det kommer. Og det kommer! I fengsel får man heller ikke kontroll på han. Han slår og sparker i alle retninger og er uønsket også her.

Rett som det er kommer han hjem igjen. Det vil si, - han kommer tilbake til kommunen – prøveløslatt. De vil ikke ha han i fengsel lengre enn nødvendig. Han slippes fri uten bolig eller andre tiltak. På 'n igjen, men nå fremstår han langt mer aggressiv og truende enn før. Han oppsøker kommunens lavterskeltiltak – Miljøtjenesten, og også sine gamle venner i rusmiljøet. Han er ikke velkommen blant sine gamle venner. De er redd for han.

Miljøtjenesten blir en slags redning, men det går ikke lange stunden før hans truende atferd blir for vanskelig også her. Tiltaket må stenges av hensyn til de ansattes sikkerhet. Løsningen blir igjen tvang, men nå etter Lov om sosiale tjenester § 6.2. Det må prøves!

Akuttvedtak skrives og med polititransport bærer det av gårde til innleggelse, en innleggelse som varer i ca. 1 time før man ved institusjonen finner ut at han ikke kan være der. Institusjonen er verken materielt eller faglig utrustet til å håndtere slike utfordringer.

Langt om lenge blir vedtaket motvillig effektivt av psykiatrisk avdeling – "sterkavdelingen" i Kristiansand. De har lite å tilby han. Det er snakk om oppbevaring, men dette er det eneste tiltaket som materielt sett kan ivareta en slik utfordring.

Etter 2 mnd. skrives han ut – tilbake til kommunen, men nå vet vi råd! Kommunestyret har bevilget penger slik at nødvendige tjenester kan kjøpes. Han får et nytt institusjonstilbud et sted langt borte.

Så får vi se hva som videre vil skje.."

## NOEN VIKTIGE PROBLEMSTILLINGER OG UTFORDRINGER

### Pasienter med "dobbeltdiagnoser" faller mellom stoler

I St. meld. nr.25 (1996-97) "Åpenhet og helhet - om psykiske lidelser og tjenestetilbudene" ble det lagt fram en helhetlig politikk for tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmisbruk ble delt i følgende tre grupper:

1. mennesker med psykiske lidelser som misbruker alkohol eller narkotika i perioder, når de får tilgang til rusmidler,
2. mennesker med misbruksproblemer som plages av psykiske symptomer, særlig angst og depresjon, og
3. mennesker med vedvarende alvorlig misbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektiv sinnslidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse.

Den første gruppen er anbefalt behandlet i det psykiske helsevernet, den andre innen tiltakene for rusmiddelmisbrukere. Videre er det tatt til orde for at begrepet "dobbeltdiagnose" bør reserveres til den tredje gruppen, og at hovedansvaret for utvikling av behandlingstilbud for denne gruppen skal ligge til det psykiske helsevernet.

I stortingsmeldingen er det også foreslått gjennomført en kartlegging av omfanget av mennesker med alvorlige psykiske lidelser som misbruker rusmidler, samt en utredning av hensiktsmessig bruk av ressursene til de psykiatriske ungdomsteamene. Stortinget ga sin tilslutning til disse forslagene.

Når det gjelder gruppen "dobbeltdiagnoser" er det slik at dersom man er diagnostisert fra psykiatriens side med en klar alvorlig psykose, for eksempel schizofreni, og har rusproblemer i tillegg, er det sjelden vanskelig å skaffe vedkommende et tilbud om spesialisert behandling.

Hvis derimot pasienten har en mer uspesifisert psykiatrisk diagnose i kombinasjon med et rusproblem, der den psykiatriske diagnosen som oftest er angitt som "alvorlig personlighetsforstyrrelse", er det i praksis svært vanskelig og tilby spesialisert behandling. Disse pasientene har ofte utagerende adferd, og i motsetning til de mer avklarte diagnosene, kan det være vanskelig for psykiatrien å finne effektiv medikamentell eller annen behandling for denne gruppen pasienter med dobbeltdiagnoser.

Konsekvensen blir som oftest at disse pasientene blir kasteballer mellom ulike deler av hjelpeapparatet, noe som til slutt ender med at det er kommunen som i realiteten må "behandle" disse menneskene.

Grimstad kommune har totalt ca 25-30 registrerte brukere som er diagnostisert med dobbeltdiagnoser. Tre av disse pasientene hører til den sistnevnte gruppen og kommunen har måttet organisere et svært omfattende regime rundt disse tre.

### Andre pasienter som ikke passer inn i det spesialiserte behandlingssystemet

I tillegg til dobbeltdiagnoser med uklar psykiatrisk tilstand som omtalt ovenfor, har også Grimstad kommune erfaring med en annen pasientgruppe, som heller ikke passer inn like godt i det statlige spesialiserte tilbudet. Det gjelder brukere som vurderes som psykisk utviklingshemmet og samtidig har et psykiatrisk helseproblem. I liket med gruppen dobbeltdiagnoser med uspesifisert psykiatrisk diagnose i kombinasjon med rus, har også enkelte pasienter i denne gruppen alvorlige adferdsavvik.

Adferdsavvik blir imidlertid av psykiatrien, ikke isolert sett, definert som et psykiatrisk problem. Snarere ses dette på som et omsorgsproblem, der behandlingsbehovet primært handler om miljøterapeutisk og sosialt tilretteleggende tiltak. Dette er pr. definisjon et kommunalt ansvar. Derfor blir også disse pasientene enten avvist av psykiatrien, eller de blir meget raskt skrevet ut igjen, dersom de i det hele tatt innlegges.

Det er i denne gruppen et lite antall brukere i Grimstad, fra 1-3 i tallet. Ikke desto mindre er også disse svært ressurskrevende pasienter for kommunen å lage et godt tilbud til.

### **Alvorlige adferdsavvik defineres ikke som et spesialistansvar**

Pasienter med store adferdsproblemer, enten rus/psykiatripasientene eller de som har adferdsproblemer i kombinasjon med psykisk utviklingshemming, opplever ofte at de ikke får et tilstrekkelig behandlingstilbud fra spesialisthelsetjenesten. Fagfolkene på statlig nivå mener som oftest at adferdsavvikene gjør pasientene utilgjengelige for medisinsk/faglig behandling, og definerer således pasientene bort fra et spesialisert behandlingsansvar.

Konsekvensen for den enkelte pasient er at han eller hun taper den lovbestemte retten til helsehjelp, noe som kan få alvorlige følger for vedkommendes videre liv og muligheter.

Kommunene på sin side sitter med et "restansvar" og et omsorgsansvar for den samme pasienten, som kommunene ikke på samme måte som staten, kan fraskrive seg.

### **Lang ventetid til rusbehandling og hvilke konsekvenser det kan ha**

Litt ventetid til spesialisert behandling kan være positivt for den enkelte. Da snakker vi om 2-3 måneder, som en periode for å bygge opp sin motivasjon og forberede seg godt til det som skal skje. Når ventetiden derimot blir opptil ett år, og kanskje lengre, er det en del som taper sin motivasjon for videre behandling, og i verste fall faller fra og havner "utpå" igjen.

Den lange ventetiden vil også kunne virke motivasjonshemmede, i den forstand at det tilbudet som etableres i mellomtiden, kan oppleves av den enkelte å ha positive behandlingmessige effekter. Man får mer orden på livet sitt og litt mer faste rammer. Dette kan i neste omgang føre til at enkelte ombestemmer seg når det gjelder videre spesialisert behandling. Omsorgstilbudene i ventetiden kan imidlertid kvalitativt sett sjelden eller aldri kunne erstatte mer grundig spesialisert behandling. Slik sett kan den lange ventetiden indirekte medføre at den enkelte ikke kommer seg videre i livet.

Det faktum at kommunen må iverksette foreløpige behandlingstilbud, virker også tilslørende på det reelle behovet for spesialiserte behandlingsplasser.

Den lange ventetiden skyldes at det er for få behandlingsplasser på statlig side, kombinert med at det spesialiserte behandlingsansvaret defineres snevrere og snevrere, slik kommunens fagfolk opplever det.

### **Samhandlingsproblemer og faglig uenighet internt i spesialisthelsetjenestene**

Kommunen opplever at det er intern faglig uenighet mellom enkelte instanser på statlig spesialisert nivå.

Når for eksempel kommunen henviser en person med dobbeltdiagnose til ARA (avdeling for rus og psykiatri), henviser ARA vedkommende videre til et behandlingstilbud i psykiatrien, fordi de definerer vedkommendes problem til primært å være et psykisk helseproblem. Psykiatrien på sin side henviser tilbake, fordi de mener rusproblemet må behandles først. ARA og rusomsorgen ser på vedkommendes rusproblem som et symptom, og

at det psykiske helseproblemet anses som det underliggende hovedproblemet. Med andre ord at den enkelte benytter rusmidler som en form for selvmedisinering av et underliggende psykisk helseproblem.

Psykiatrien på sin side definerer derimot rusproblemet gjerne som et selvstendig problem, som må behandles først og uavhengig av den psykiatriske sykdomstilstanden.

For kommunen og den enkelte pasient oppleves dette som at det er "vanntette skott" mellom de ulike delene av det statlige spesialiserte behandlingsapparatet. Konsekvensen blir at kommunen blir sittende igjen med ansvaret for å gi et tilbud til de pasientene som på denne måten blir kasteballer.

Dette skjer til tross for at myndighetene har trukket opp en tilsynelatende klar ansvars- og rollefordeling for disse pasientene. Det vises her til rundskriv I-36/2001 "Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmisbruk" <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2001/i-362001.html?id=108840>

## **Kompetanseunderskudd på begge nivåer, særlig hva angår adferdsproblemer**

De statlige institusjonene avviser en del pasienter, under henvisning til at pasientene ut fra faglige kriterier faller utenfor spesialistansvaret. I den grad de tar imot disse pasientene, får oppholdene lett preg av å være oppbevaring, med utstrakt bruk av fysiske tvangsmidler og neddoping som det toneangivende.

Etter kommunens oppfatning derimot, får ikke disse pasientene et akseptabelt tilbud, først og fremst fordi spesialisthelsetjenesten ikke har den nødvendige kompetanse til å gi dem et godt tilbud. Omfang og kompleksitet i deres hjelpebehov tilsier imidlertid neppe at de pr. definisjon ikke skulle anses å være et spesialistansvar.

Kommunen, som i utgangspunktet er dårligst rustet kompetansemessig, er likevel den instansen som opplever å bli sittende nærmest med ansvaret alene for disse pasientene, og må gjøre det beste ut av situasjonen.

I realiteten handler dette i første rekke om et betydelig kompetanseunderskudd på begge nivåer i forhold til å gi nødvendig helsehjelp til en svært hjelpetrengende gruppe pasienter.

## **Økonomiske konsekvenser for kommunen**

Situasjonen som er beskrevet ovenfor har på ulike vis noen økonomiske konsekvenser for kommunen.

For det første har den lange ventetiden på spesialisert behandlingsplass, den konsekvens at kommunen må gi tjenester i mellomtiden. Dette kalles for omsorgstilbud, men kan ha behandlingmessige effekter for den enkelte og en del av dem er også svært kostbare å kjøpe. Dette er kostnader som i utgangspunktet kommunen ikke skulle hatt, dersom behandlingsskapiteten på statlig side hadde vært tilfredsstillende.

Når det gjelder pasientene med dobbeltdiagnoser, oppleves et nærmest totalt fravær av spesialiserte statlige tilbud. Dette betyr at også disse kostnadene veltes over på kommunen. Kommunen må her etablere døgntilbud, ofte med en svært høy bemanningsfaktor, som er meget kostbare.

For de fleste av pasientene må i tillegg kommunen yte livsopphold til disse ved bruk økonomisk sosialhjelp, nærmest på ubestemt tid, da de normalt ikke vil ha rettigheter i folketrygdsystemet.

## Samhandling mellom kommune og stat, rolleforståelse og definisjonsmakt

Samhandlingen mellom kommune og stat oppleves som rimelig god, sett fra Grimstad kommunes side. Kommunikasjons- og samhandlingsproblemene anses å være en utfordring primært mellom de ulike deler av spesialisthelsetjenestene internt.

2.linjen har imidlertid definisjonsmakt, dvs. avgjørende innflytelse over hvilke pasienter som skal få spesialisert behandling, og hvilke som ikke skal få behandling, og hva behandlingen skal inneholde. De som ikke spesialisthelsetjenesten tar imot, må kommunen uansett selv gi et tilbud.

Definisjonsmakt innebærer også at spesialisthelsetjenesten gir "råd" om hva slags tilbud pasienten skal ha i kommunen, råd som ofte medfører økt ressursbruk, både økonomisk og personellmessig. Kommunen innretter seg etter disse rådene, bl.a. fordi man er avhengig av å bruke spesialisttjenesten i krisesituasjoner. Spesialisthelsetjenesten har nemlig i langt større utstrekning anledning til å bruke tvang overfor enkelte pasienter enn det kommunen har, og har således en langt større evne til å håndtere pasienter som er voldelige og utagerende.

Grimstad kommune ser på spesialisthelsetjenestens definisjonsmakt som en av de største utfordringene for å få til det beste pasientforløpet for disse pasientene.