Rådgiver Marit Hagevik og vernepleierne Øystein Brun og Jane M.A. Hellerud:

De gode eksemplene:

Om enden er god, blir alt så mye bedre! – når samarbeid virker

Rådgiver *Marit Hagevik* og vernepleier *Øystein Brun*, Bergen kommune, og vernepleier *Jane M.A. Hellerud*, psykiatrisk divisjon, Dikemark sykehus.

TEKST: **BENTE N. OWREN**

FOTO: **THOMAS OWREN**

– Samfunnet produserer stadig flere syke mennesker, sosial ulikhet er et faktum. Mange opplever å møte veldig stengte dører. Har det noe med verdi- og menneskesyn å gjøre? spør Marit Hagevik, og fortsetter med å si at vilje til samarbeid er det viktigste. – Vi vet hva som er problemene, men gjør vi noe med det? Det koster penger å gjøre noe, men mindre penger enn om vi ikke hadde gjort noe. Dette handler om politikk og menneskesyn.

Bergen kommune er organisert etter to-nivå modell, der vi har sju byrådsavdelinger med hver sin kommunaldirektør, et antall underseksjoner, rådgivere, stab og økonomioppfølgingsenhet på det ene nivået, og de enkelte resultatenheter og lederne på nivået under. Innenfor byråd for helse og omsorg er det tilsammen 107 resultatenheter, 13 av disse innenfor tjenesteområde for utviklingshemmede. Hvert av disse har en resultatenhetsleder, som sammen utgjør et fagnettverk. I april 2006 ble det, i kommunaldirektørens stab, tilsatt en rådgiver på tjenesteområdet for utviklingshemmede. Rådgiveren skal bidra til faglig kvalitetssikring av tjenesten både internt og eksternt i forhold til aktuelle samarbeidspartnere.

Et eksempel på saker vi har tatt fatt i, er ordningen med tildeling av boliger i bofellesskap som ikke har fungert tilfredsstillende. For å kvalitetssikre prioriteringen av boligsøkerne, er det ved seksjon for helse og omsorg etablert et representativt prioriteringsutvalg bestående av en representant fra Byrådsavdelingen og 3 resultatenhetsledere, i tillegg til rådgiver for tjenester til utviklings-

hemmede. Vi har hatt mange diskusjoner rundt dette med rolle. Medlemmene i utvalget har ikke spesialkompetanse i forhold til diagnose etc, men på å håndtere og drive tjenesteutøvelse i forhold til målgruppen. Målsettingen er at det skal være likhet for alle ved tildeling av bolig, uavhengig av hvor du befinner deg, og det skal være et sterkt fokus på fagutvikling og kvalitet i forhold til behov. Der det er behov for dette, skal det settes inn strategiske tiltak.

I Bergen kommune omfatter tjenestene til utviklingshemmede 9 avdelinger for botjenester (63 bofellesskap), en kompetanseenhet for avlastning (8 avlastningsboliger og privat avlastning) og en for dagtilbud (9 dagsentre) som begge er byomfattende, og to kompetanseenheter for mennesker med autisme og kombinasjonsdiagnoser (13 bofellesskap).

Kompetanseenhet Sør og Vest

Kompetanseenhet Sør og Vest har spesialkompetanse på tjenesteutøvelse til mennesker med autisme og/eller atferdsproblematikk, og på kombinasjonsproblematikk som psykiatriske tilleggsvansker og døvblindhet i tillegg til utviklingshemning. Enhetene har ansvar for botjenester og i enkelte tilfeller også dagtilbud til beboerne i bofellesskapene. Enhetene omfatter 13 bofellesskap, i tillegg til tilbud til hjemmeboende utviklingshemmede. Enhetene har også ansvar for saksbehandling og gjennomføring i forbindelse med vedtak og melding om bruk av tvang.

Målsetting med denne måten å organisere tjenestene på, er å kvalitetssikre tjenestene til disse gruppene, gjennom standardisering, spesialisering og sterkt fokus på fagutvikling og kvalitet. Vi vektlegger muligheten for strategiske og målrettete tiltak, og å styrke rettssikkerheten for brukerne. Målet er også å skape attraktive arbeidsplasser og myndiggjorte medarbeidere.

Styringskort

I 2005 ble det innført *styringskort* på tjenestene til utviklingshemmede. Tjenestens *formål* er å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre. Tjenestens *visjon* er å fremme **s**elvbestemmelse, mestring og utvikling for den enkelte.

Styringskortets har fire ulike perspektiver; brukerperspektivet, medarbeiderperspektivet, økonomiperspektivet og arbeidsprosessperspektivet. Hvert av disse perspektivene har egne strategiske mål. Vi skal sikre den enkelte bruker av tjenestene god livskvalitet, trygghet og forutsigbarhet, og bidra på alle livets områder, når det gjelder dagtilbud, helse, bolig og fritid. Vi skal ivareta personale, gjennom for eksempel tilbud om videreutdanning. Vi skal sikre at de ansatte har tilstrekkelig og god kompetanse, og at det er en høy etisk standard på arbeidet som utføres. Vi skal skape gode holdninger hos den enkelte, og utvikle ansvarsbevisste og myndiggjorte medarbeidere. Vi skal stimulere til fleksibilitet og omstillingsevne. Vi skal ivareta HMS-arbeidet, sikre kvalitet og internkontroll, og sikre tverrfaglig samarbeid. Samtidig skal vi ha en sterk økonomistyring, budsjettkontroll og god ressursutnyttelse. Det skrives individuelle lederavtaler med den enkelte resultatenhetsleder. Det stilles krav og forventninger til de enkelte resultatenhetene i forhold til tjenesteutøvelse, økonomi, medarbeiderfokus og arbeidsprosesser. Man veier, teller og måler. Dette påvirker tjenestene.

CASE 1

Vanskelige oppvekstvilkår, med manglende stabile boforhold og registrert problematferd allerede fra småbarnsalder. Tidlig debut i rusbelastet miljø. Svikt fra involverte instanser på alle nivå i det offentlige systemet, skole, PPT, barnevern,

Marit Hagevik.

Øystein Brun.

BUP, BUPA, rusomsorg og psykiatri. Vedkommende ble en kasteball mellom forvaltningsnivåene, og mellom hjemkommunen og Bergen kommune. Det har vært manglende utredning og sen diagnostisering. Vedkommende har i dag et omfattende bistandsbehov.

CASE 2

Hjemmeboende hos eldre foreldre fram til 35 års alder. Sykdom i foreldrehjemmet innleder endring i rammebetingelsene for personen. Dette medfører en omsorgskrise som forsterkes av det aktuelle funksjonsnivå; brukeren viser tegn på psykiske problemstillinger. Forskjellige avlastningstilbud preger tiden før egen bolig. Vedkommende utvikler et alvorlig atferdsavvik som krever mye av personalet, og som gjør livet svært vanskelig for ham selv. Han bodde i et bofellesskap som ikke hadde rammer og forutsetninger for å dekke det faktiske tjenestebehovet. Stor turnover i personalgruppen forsterker psykopatologien. Vi fikk hjelp til å henvise vedkommende videre til Dikemark sykehus.

Kandidatene ble, ut fra sitt bistandsbehov, tildelt bolig i Kompetanseenhet Sør. For å kvalitetssikre framdriften, rekruttering, opplæring og oppfølging av personale, dokumentasjon og informasjonsflyt ble det valgt en prosjektløsning, med ½ stilling som prosjektleder. Prosjektleder hadde hovedansvar for kontakt med henholdsvis Sandviken sykehus og Dikemark, og rapporterte direkte til rådgiver for utviklingshemmede i byrådsavdelingen. Prosjektet ble organisert innenfor eksisterende budsjettramme, med en tidsavgrensing på 6–8 måneder og en kostnad på ½ terapeutstilling.

Dikemark sykehus

Psykiatrisk divisjon ved Ullevål universitetssykehus har funksjon både som landsdekkende, regionalt og lokalt psykiatrisk sykehus. I hovedregel kreves hensvisning fra DPS, habiliteringstjeneste eller lege fra spesialist-helsetjenesten. Vi har for eksempel hatt flere innleggelser etter bestilling fra habiliteringstjenesten i Bergen.

Psykiatrisk avdeling for psykisk utviklingshemmede, PPU, foretar utredning i forhold til psykiske lidelser eller personlighetsforstyrrelser hos psykisk utviklingshemmede, og har som mål å være ledende i Norge på utredning og behandling av utviklingshemmede med gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og psykiske lidelser.

Prosessen i forkant av innleggelse

Før en eventuell innleggelse, må enkelte faktorer avklares. Hva er problemet? Er det foretatt en kartlegging? Har personen det gjelder en kjent psykisk lidelse? Er alle hensiktmessige miljøterapeutiske tiltak prøvd? Er det snakk om en vesentlig funksjonsnedsettelse i senere tid? Er det noen grunner til at vedkommende *ikke* bør innlegges? Vil han tåle innleggelse i psykiatrisk avdeling? Har vedkommende samtykkekompetanse? Er det snakk om frivillig eller tvungen innleggelse?

Behandlingsmodell

PPU arbeider multiteoretisk og eklektisk ut fra pasientens behov og forutsetninger. Det utarbeides individuelle strategier for å møte pasienten der han eller hun er.

Utredning er en kontinuerlig prosess, som foregår i tett samarbeid med pårørende og 1. linjetjenesten, det vil si det personalet som arbeider nærmest brukeren. Vi samarbeider også med den lokale psykiatritjenesten, og/eller Habiliteringstjenesten der de har vært inne i bildet. I diagnostiseringsarbeidet brukes det er rekke ulike kartleggingsredskaper; ICD-10, DSM IV, DC-LD, PAS-ADD, Vinland, Wechsler, Infomål, WISC/WAIS..

I behandlingen er *fleksibilitet* et nøkkelord. Miljøpersonalet må kunne endre tilnærmingsmåter etter pasientens tilstand, enten det er snakk om psykisk tilstand eller dagsform. Behandlingen kan ha et biomedisinsk, psykodynamisk, kognitivt, atferdsanalytisk, eksistensielt eller systemteoretisk fokus. Vi arbeider etter ulike terapiformer som psykoterapi, kognitiv terapi og støtteterapi. Medikamentell behandling igangsettes når det anses som nødvendig.

Videreføringen av kunnskap og erfaringer vi gjør oss i løpet av innleggelsestiden, er en viktig del av arbeidet vårt. Kompetanseoverføringen til pasientens nærmiljø, skjer gjennom undervisning og veiledning til 1. linjetjenesten, hospitering, samt informasjon om våre vurderinger til den lokale spesialisthelsetjeneste og psykisk helsetjeneste i kommunen.

Relasjonsbygging et nøkkelord

Vernepleierne er ofte gode på dette med rutiner, men det er ikke greit med rutiner hvis det innebærer tvang. Det går for eksempel an å være litt rund i forhold til måten å sette krav på! For å lykkes med å få folk til å utføre ting de vegrer seg mot, er lystbetonte aktiviteter en viktig motivasjon. Relasjonsbygging er *uhyre* viktig. Hvert enkelt personal må ha et godt forhold til personen de skal hjelpe. Det er lov å være uegnet. Ikke alle kan jobbe med alle. Også for brukerne må det være en rett å slippe å ha personale som ikke liker deg.

I dette tilfellet hadde vedkommende en utfordrende atferd som virket støtende på andre mennesker. Han hadde ikke vært ute av leilighe-

ten sin på 1 år. Personalet ville ikke jobbe med ham. Høy turn-over forsterket de psykiske problemene. Før han kom til oss, bestemte vi oss for å like ham. Fra dag 1 jobbet vi etter forebyggende prinsipper med tanke på tvangslidelse og depresjon. Pasienten fikk tilbud om dagsenter og skole. Vi foretok kontinuerlig evaluering og tilpassing av miljøarbeidet, og fortsatte kartleggingen av ham som person. Det er viktig å få tak i hele historien, så vi ikke gjør samme feilen igjen!

Samarbeidspartnerne var en viktig del av det hele. For denne brukeren var det snakk om familie, hjelpeverge, habiliteringstjenesten, DPS, eksisterende bolig, dagsenter og ny bolig. Det er viktig at en ikke er redd for å ta en telefon og spørre hvis det er noe en lurer på! Hva likte han *før*, for eksempel? Vi arrangerte videokonferanser der flere av samarbeidspartnerne deltok. Det kan en lære mye av, sier Hellerud, og legger til: – DPS er kanskje ikke så god på psykisk utviklingshemmede, men de er veldig gode på psykiatri! De har mye å lære oss. Og vi kan lære noe til dem. Det er snakk om en gjensidig kompetanseheving.

Samarbeidet fortsetter

Vi har fortsatt noen utfordringer, men den det gjelder har det relativt bra, og har en aktiv hverdag. Kanskje ikke de helt store tingene, men han er i gang! Han er en flott person, men han har sine problemer.

Hva trenger han? Økonomi er et nøkkelord når det gjelder disse brukerne, både når det gjelder personaleressurser og fysiske lokaliteter. I mange tilfeller er ny bolig en nødvendighet. Det samme med alternativ turnusordning, for å redusere antallet personale. Det var det også behov for i dette tilfellet. Det måtte utformes nytt 4A vedtak, basert på en ny vurdering. Han trengte også egen bil, sånn at han kunne komme seg ut av boligen.

Jane M.A. Hellerud.

Etter 1 ukes hospitering av nøkkelpersoner, opplever vi å ha etablert en felles forståelse. Nå må vi i gang med en prosess med ansettelse av nytt personale. Det er behov for høy fagkompetanse rundt ham, og det er viktig at personalet har samme diagnoseforståelse. Derfor må samtlige kurses i forhold til diagnose, tilnærmingsmåte og behandling. Vi må sørge for tilstrekkelig personalstøtte i form av debriefing og veiledning. Vi skal ikke gjøre samme feilen om igjen!