
Psykiatriske problemer hos psykisk utviklingshemmede

REDAKSJONELT

GEIRMUND SKEIE

Geirmund Skeie (f. 1947) er spesialist i psykiatri og leder av Medisinsk forening for mental retardasjon og habilitering.

Habiliteringstjenestene
for voksne funksjonshemmede i Hedmark
2312 Ottestad

I Norge har det funnet sted store endringer i organiseringen av tjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming de siste 20 år. En institusjonsbasert særomsorg er erstattet av en desentralisert modell der kommunene har primæransvaret. Ideologisk har reformen vært basert på rettighetsprinsipper om deltakelse og likeverd og verdien av en mest mulig normalisert livssituasjon for den enkelte. HVPU-reformen representerer store utfordringer når det gjelder å gjøre spesialisttjenester tilgjengelig for den enkelte. Blant annet kreves nye samarbeidsformer mellom første- og annenlinjetjenesten. I tillegg er det nødvendig med bedre samarbeid mellom den psykiatriske og den somatiske spesialisthelsetjenesten. Artikkelen til Skullerud og medarbeidere i dette nummer av Tidsskriftet illustrerer den aktuelle problematikk som både det psykiatriske helsevesenet og habiliteringstjenestene møter (1).

Midt i 1980-årene ble det konstatert at institusjonsomsorgen for psykisk utviklingshemmede i liten utstrekning praktiserte spesialiserte medisinske tjenester, selv om den formelt var en del av spesialisthelsetjenestene (2). Hvordan spesialisttjenester best mulig kunne inngå i den nye omsorgsmodellen, var i liten grad drøftet i forarbeidene til HVPU-reformen, som i all hovedsak konsentrerte seg om tilrettelegging av de basale omsorgstiltakene på kommunenivå. Foran gjennomføringen av reformen ble det imidlertid presisert at de "ordinære" spesialisttjenestene skulle være tilgjengelige og tilpasset også denne målgruppen. Fylkene fikk i tillegg ansvar for å etablere tverrfaglige habiliteringstjenester.

Klientene skulle være mennesker med medfødt eller tidlig ervervet, alvorlig sammensatt funksjonshemning (3). I denne sammenheng ble funksjonshemning definert som psykisk utviklingshemning, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser inkludert autisme, omfattende cerebral og/eller motorisk eller sensorisk skade/lyte eller degenerative nevromuskulære lidelser og visse smågrupper av sjeldne syndromer. Målgruppen kan også beskrives ut fra hvilken tilleggsproblematikk til selve funksjonshemningen som tilsier at habiliteringstjenesten på annenlinjenivå blir involvert.

Skullerud og medarbeidere berører i sin artikkel et av de mest sentrale og samtidig også mest kompliserte problemområdene (1). I særomsorgsepoken hadde man i vestlige land ett omsorgsapparat for mennesker med psykisk utviklingshemning og ett for mennesker med alvorlige sinnslidelser. Dette har medført to atskilte behandlingskulturer. Parallelt med dette har det eksistert forestillinger om at kompliserte atferdsmessige forhold hos mennesker med psykisk utviklingshemning primært er å anse som en naturlig del av funksjonshemningen og ikke som uttrykk for innlært eller psykiatrisk tilleggsproblematikk.

Det er først i løpet av de siste 20 – 30 år at utviklingen av et fagfelt som konsentrerer seg om psykiatriske/atferdsmessige forhold hos mennesker med psykisk utviklingshemning har skutt fart på verdensbasis (4). Dette må ha både en biologisk, en psykiatrisk og en sosial referanseramme. Allmennmedisin, nevrologi og psykiatri har viktige bidrag å gi, men vil hver for seg komme til kort. Internasjonalt arbeides det med å utvikle autoritative konsensusbeskrivelser, men det er underskudd på psykiatere innen fagfeltet (5). European Association for Mental Health in Mental Retardation og International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities (www.iassid.wisc.edu) er eksempler på internasjonale interessegrupper for mental helse hos mennesker med psykisk utviklingshemning.

Behovet for psykologisk og psykiatrisk bistand til funksjonshemmede ble nylig tatt opp av Sosial- og helsedepartementet (6). Mennesker med psykisk utviklingshemning krever spesiell tilrettelegging fra flere instanser og spesialiteter. Habiliteringstjenesten skal koordinere spesialisthelsetjenesten for disse menneskene (3). Det er her viktig med kommunikasjon og nettverk. I praksis har habiliteringstjenesten hatt begrenset myndighet og handlekraft til å bygge opp dette. Det har også vært vanskelig å rekruttere leger til dette arbeidet.

Stortingsmelding nr. 25 (1996/97) omtaler problematikken, men presenterer fragmenterte snarere enn integrerte forklaringsmodeller og løsningsforslag (7). I kjølvannet av stortingsmeldingen ble det satt i gang en kartlegging av hvordan kommunene vurderer tilbudene om spesialisttjenester. Oppdraget ble gitt til Senter for velferdsutvikling, og rapporten foreligger nå (8). Det er svikt både i habiliteringstjenestenes og psykiatriens tilbud.

Nytt kapittel 6-A i lov om sosiale tjenester innebærer at alternativer til anvendelse av tvang/makt skal utredes og være prøvd. På fylkesnivå er det habiliteringstjenestene som primært omfattes av denne lovgivningen. Kravet

om alternativer innebærer at psykiatrisk kompetanse må involveres ved behov. Planlegging av nye strafferettslige særreaksjoner er et overlappende problemfelt.

Disse forhold tilsier at tiden er moden for at det tas skritt for å planlegge hvordan tiltak fra habiliteringstjenestene og psykiatrien kan utøves slik at de oppleves som helhetlige og integrerte i forhold til hverandre. Det er i dette perspektivet oppløftende at Statens helsetilsyn i disse dager er i ferd med å nedsette et utvalg som skal ta for seg dette.

LITTERATUR

1. Skullerud E, Linaker OM, Svenning AC, Torske H. Psykisk helse blant mennesker med psykisk utviklingshemning Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3246 – 8.
2. Levekår for psykisk utviklingshemmede. NOU 1985: 34. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1985.
3. Planlegging av den fylkeskommunale spesialisttjeneste for mennesker med psykisk utviklingshemning. R.skr. I-61/89. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1989.
4. Bouras N, red. Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
5. Reiss S, Amam MG. The international consensus process on psychopharmacology and intellectual disability. J Intellect Disabil Res 1997; 41: 448 – 55.
6. Fasting AF. Kartlegging av funksjonshemmedes behov for psykologisk og psykiatrisk hjelp. Forprosjekt. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1998.
7. St.meld. nr. 25 (1996 – 97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
8. Utredningsserie 5-2000. Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser. En kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.

Publisert: 10. november 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. februar 2026.