



Henvisning til spesialist som ikke finnes

DEBATT

EVA MALE DAVIDSEN

E-post: evda@ahus.no

Eva Male Davidsen er nevrolog, styreleder i Medisinsk forening for nevrohabilitering og avdelingsleder på Avdeling for voksenhabilitering, Akershus universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

NILS OLAV AANONSEN

Nils Olav Aanonsen er nevrolog, styremedlem i Medisinsk forening for nevrohabilitering og avdelingsleder på Avdeling for nevrohabilitering, Nevroklinikken, Oslo universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

De svakeste og sykeste blant oss har antagelig den dårligst utbygde spesialisthelsetjenesten.

I VG kunne vi for ikke lenge siden lese om feilaktig diagnostikk av psykisk utviklingshemning i en familie på Tolga (1). Kommunalministeren har varslet granskning og helseministeren har påpekt at slik diagnostikk ikke skal gjøres av fastleger, men henvises til spesialisthelsetjenesten. Problemet er at denne tjenesten mange steder ikke finnes.

Fire nivåer

Psykisk utviklingshemning er en evne- og funksjonsdiagnose som inndeles i nivåer etter alvorlighetsgrad: lett psykisk utviklingshemning (IQ70–50); moderat (IQ50–35); alvorlig (IQ35–21) og dyp psykisk utviklingshemning (IQ<20). Om lag 85 % av dem som får diagnosen har lett psykisk utviklingshemning, noe som tilsier at de vanligvis kan sammenlignes med normalt fungerende barn på 9–12 år (2). Nevropsykologisk undersøkelse spiller en avgjørende rolle i vurderingen og er primært en oppgave for psykologspesialister. I tillegg gjør man en undersøkelse av adaptiv evne, oftest komparentbasert og med utgangspunkt i standardiserte skjemaer. Kulturforskjeller kan påvirke vurderinger og testresultater betydelig. Det må legges vekt på sykehistorie, hvor det kreves debut av adaptive vansker tidlig i utviklingen. En person som skårer lavt som voksen, men hadde normal adaptiv evne som barn, vil i utgangspunktet ikke oppfylle diagnosekriteriene. Angivelser av forekomst av psykisk utviklingshemning i en vestlig befolkning er 0,6–2,3 % (2, 3). For praktiske formål regner man med at ca. 75 000 personer i Norge har en psykisk utviklingshemning (4).

Utredning og fastlegens rolle

Medisinsk utredning må omfatte nevrologisk og etiologisk vurdering som blant annet

inkluderer bildediagnostikk og genetisk og metabolsk utredning. I praksis kan man i noe nær halvparten av tilfellene oppnå etiologisk diagnose, og noen årsaker til psykisk utviklingshemning er mulig å behandle (5).

Hensikten med å diagnostisere psykisk utviklingshemning er å gjøre tilværelsen lettere og mer forutsigbar for individet det gjelder ved at det kan legges opp til egnede miljøtiltak, pedagogikk og, i de tilfeller det er mulig, behandlinger som kan bidra til at individet kan leve et fullverdig liv på sine premisser. Diagnosen kan gripe inn i autonomi og samtykkekompetanse, men den gir også rettigheter og beskyttelse mot vilkårlig bruk av makt og tvang.

Fastlegen kommer ofte mellom barken og veden. En fastlege som henviser en pasient til et helseforetak med spørsmål om psykisk utviklingshemning, bør kunne ha tillit til at det der, på samme måte som for andre medisinske tilstander, finnes en kvalitetssikret tverrfaglig kompetanse for å vurdere dette. Det er dessverre ikke tilfellet. Å klandre fastlegen for mangelfull diagnostikk er å rette baker for smed.

Habilitering av voksne

Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten er en nisjespesialisert del av spesialisthelsetjenesten. Målgruppene omfatter blant annet mennesker med tidlig ervervede hjerneskader, cerebral parese, personer med autisme, psykisk utviklingshemning og utviklingshemmede med alvorlig grad av problematferd. Felles for målgruppene er at kognitiv svikt og kommunikasjonsvansker spiller en stor rolle. Helsedirektoratet har gitt ut veiledere for virksomheten som dessverre stort sett ikke blir fulgt opp i helseforetakene (6). De fleste steder er det derfor ikke avsatt tilstrekkelig med ressurser til habilitering i spesialisthelsetjenesten.

Storting og helseministre omtaler regelmessig habilitering i spesialisthelsetjenesten som et prioritert område. Likevel uteblir prioriteringene (7). Personer med psykisk utviklingshemning må vente, det er alltid andre og «viktigere» prioriteringer.

Ressurssituasjonen i habilitering av voksne

I dag er det omkring 30 årsverk for leger i habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten (8). De fleste av disse er i deltidsstillinger eller brøker helt ned til en tiendedels stilling. Omkring halvparten av reelle fulltidsstillinger er i Oslo og Akershus. Tolga, som vi innledningsvis nevnte, ligger i Hedmark. Hva viser undersøkelsen om ressurssituasjonen i Hedmark? For habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten var det avsatt ett legeårsverk og én psykolog. Disse stillingene har delvis stått ubesatt eller vært deltidsstillinger. Det er kanskje ikke så rart. Hvem vil være eneste lege eller psykolog i en spesialisthelsetjeneste med så formidable utfordringer og det i utgangspunktet kreves tverrfaglighet og et erfarent, ambisiøst miljø? Det er på høy tid at myndighetene pålegger tilsynsmyndigheter og helseforetakene å kvalitetssikre denne delen av spesialisthelsetjenesten. Pasientene fortjener mer enn de får i dag.

LITTERATUR:

1. Mikkelsen M, Norman MG, Haugsbø F et al. Tre brødre på Tolga. VG 6.10.2018. <https://www.vg.no/spesial/2018/verge/> (21.11.2018).
2. Lorentzen E. Psykisk utviklingshemning-hvordan stilles diagnosen? Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 201 - 2. [PubMed]
3. Strømme P, Valvatne K. Mental retardation in Norway: prevalence and sub-classification in a cohort of 30037 children born between 1980 and 1985. Acta Paediatr 1998; 87: 291 - 6. [PubMed][CrossRef]
4. Norges offentlige utredninger. På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemning. NOU 2016:17.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/bobaf226586543ada7c530b4482678b8/no/pdfs/nou20162016001700odddpdfs.pdf> (21.11.2018).

5. Sirrs SM, Lehman A, Stockler S et al. Treatable inborn errors of metabolism causing neurological symptoms in adults. *Mol Genet Metab* 2013; 110: 431 - 8. [PubMed][CrossRef]

6. Prioriteringsveileder – habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet, 2015.

<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Habilitering%20av%20voksne%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf> (21.11.2018).

7. St.prp. nr. 1 (2007–8). Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011, kapittel 9.

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/sartrykk-av-st.prp.nr.1-kapittel-9.pdf> (21.11.2018).

8. Offernes NØ, Sparby LE, Vagle BR et al. Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten – utfordrende oppgaver med begrensede ressurser. Sluttrapport fra prosjektet Nasjonal kartlegging av habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet, 2018.

Publisert: 3. januar 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0835

Mottatt 24.10.2018, første revisjon innsendt 15.11.2018, godkjent 21.11.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no