

Hvem får tjenester fra Voksen- habiliterings- tjenesten?

Heidi Hjelle,
Kari Torvik og
Olaf Holm

En studie av alle aktive
saker fra 2004 til 2010

APRIL 2010

 HELSE NORDMØRE OG ROMSDAL

Forfatterne jobber alle ved Voksen-
habiliteringstjenesten i Helse Nordmøre
og Romsdal HF. Kari Torvik er enhetsleder,
Olaf Holm er psykologspesialist og
Heidi Hjelle er fagkonsulent.



Olaf Holm, psykologspesialist ved Voksenhabiliteringstjenesten i Helse Nordmøre og Romsdal HF.

Sammendrag

Voksenhabiliteringstjenesten i Helse Nordmøre og Romsdal HF har gjennomført en retrospektiv studie av alle aktive saker i perioden 01.01.04 til og med 31.12.09. Hensikten er å belyse noen utviklingstrekk over en 6 årsperiode knyttet til hvem Voksenhabilitering yter tjenester til. Studien viser en markant økning i aldersgruppen 18-20 år. En ser en tredobling av personer med diagnosen ADHD, og en fordobling av de med diagnosen Asperger syndrom. Andel personer som er registrert med diagnosen psykisk utviklingshemming er redusert med ca 20 % fra 2004 til 2009. I 2009 utgjorde personer uten psykisk utviklingshemming ca 40 % av alle aktive saker. Yngre personer med Cerebral parese utgjør en betydelig del av sakene, og mange av disse har ikke en psykisk utviklingshemming. Antall saker i de største bykommunene har økt, mens nedgangen er mest markant i kommunen som tidligere har hatt en sentralinstitusjon. Undersøkelsen viser at Voksenhabiliteringstjenesten yter tjenester til hele regionen. Ressurser som presenteres understreker Voksenhabiliteringstjenestens profil som en ambulant tjeneste.

1. Bakgrunn og formål

Voksenhabiliteringstjenesten ble opprettet som en fylkeskommunal spesialisthelsetjeneste i januar 1991. I forbindelse med gjennomføringen av ansvarsreformen og nedleggelsen av Helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU), ble det i

planleggingen lagt vekt på at den nye tjenesten ikke skulle utvikle seg til en ny særomsorg for personer med utviklingshemming. Parallelt med opprettelsen av Voksenhabiliteringstjenesten foregikk det en omfattende oppbygging av tjenestetilbudet ute i kommunene.

I Møre og Romsdal ble det etablert to tjenester, en for Sunnmøre ved Sentralsjukehuset i Ålesund, og en for Nordmøre og Romsdal ved Fylkessjukehuset i Molde. Tjenesten i Molde skulle også ha et fylkesdekkende ansvar overfor personer med utfordrende atferd. I 2002 ble tjenesten i Molde en del av Helse Nordmøre og Romsdal HF. På samme tid ble tjenesten organisatorisk flyttet fra å tilhøre den somatiske sjukehusetjenesten til å bli en del av Klinikk for voksenpsykiatri. Selv om en ikke lenger skulle ha et fylkesdekkende ansvar, ble det i en overgangsperiode fortsatt gitt veiledningstjeneste til kommunene på Sunnmøre.

Voksenhabiliteringstjenesten i Helse Nordmøre og Romsdal HF har siden oppstarten gjennomgått både organisatoriske og kompetansemessige endringer. Målgruppen for Voksenhabiliteringstjenesten har vært personer over 18 år med medfødt og tidlig ervervet funksjonshemming med behov for tverrfaglig habiliteringstjeneste på spesialistnivå. I fagmiljøet har målgruppen vært gjenstand for stadige drøftinger. Det har vært en klar oppfatning innad i tjenesten at personer med psykisk utviklingshemming / kognitiv svikt er en særlig sentral målgruppe.



Heidi Hjelle er fagkonsulent ved Voksenhabiliteringstjenesten i Helse Nordmøre og Romsdal HF.

I den nylig utgitte veilederen for Habiliteringstjenesten for voksne (Helsedirektoratet 06/2009) defineres målgruppen som *«pasienter over 18 år med medfødte eller tidlige ervervede funksjonsnedsettelse av komplisert og sammensatt karakter som har behov for spesialisthelsetjenester»* (s. 11). Det understrekes at det i stor grad vil være det samlede funksjonsnivået og kompleksiteten i tilstanden mer enn diagnosen, som vil være avgjørende for om pasienten skal få tjenester fra Voksenhabiliteringstjenesten. Det påpekes også at pasienter med medfødt eller tidlig ervervet kognitiv funksjonsnedsettelse og/eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser vil utgjøre en stor andel av de pasienter som får tilbud fra Voksenhabiliteringstjenesten.

Tiltakene habiliteringstjenesten iverksetter rettes både mot pasient og omgivelsene, og foregår hovedsakelig ute i kommunene i tett samarbeid med kommunehelsetjenesten og andre samarbeidspartnere. Spesialisert habilitering innebærer utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av tiltak, og aktiviserer pasientens behandlere, nærpå personer og de ansvarlige for tjenestetilbudet. Tiltakene skal være tverrfaglig fundert, noe som innebærer ressursbruk høyere enn antall tiltakstimer. Et stort geografisk område fordelt på 19 kommuner, dekker den ambulante virksomheten for Voksenhabiliteringstjenesten i Nordmøre og Romsdal HF. Dette medfører utstrakt reisevirksomhet. Aktive saker pr. år ligger

på rundt 240, hvorav ca 100 er nyhenvisninger, og de øvrige, oppfølging av tidligere saker.

En gjennomgang av Voksenhabiliteringstjenesten som Helsedirektoratet gjorde etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, påpeker at Voksenhabiliteringstjenesten i stor grad fungerer som en tjeneste for personer med psykisk utviklingshemming (HOD 2008). En kartlegging utført av Nordlandsforskning dannet grunnlagsmateriale for dette (NF 2005). Konklusjonene i rapporten fra Nordlandsforskning er så langt ikke blitt fulgt opp med en studie der en har søkt å få konkrete tall som kan utfordre eller underbygge denne situasjonsbeskrivelsen.

Fra Voksenhabiliteringstjenestens første tiår, finnes det lite systematisert kunnskap om endringer i pasientgruppens sammensetning med tanke på diagnose, komorbiditet og problematikk. I denne rapporten dokumenteres endringer i sammensetningen i pasientgruppen fra 2004 til og med 2009. Arbeidet har skjedd i regi av forskningsgruppa ved Enhet for voksenhabilitering i Helse Nordmøre og Romsdal HF.

2. Metode

Resultatene som presenteres omhandler data hentet fra foretakets Pasientadministrative system (PAS) og inneholder informasjon om pasientens alder, kjønn, diagnose, hvem som henviser og pasientens hjemkommune. Det er også innhentet aktivitetstall for tid brukt til reise, indirekte og direkte klientarbeid, fordelt på sak og kommune i Nordmøre og

Romsdal. Direkte jobbing defineres som direkte arbeid med pasienten. Indirekte jobbing er møtevirksomhet og samarbeid med personer og instanser rundt den enkelte pasient. Både direkte og indirekte arbeid foregår primært ute i kommunene. Aktivitetstall baserer seg på enhetens egne registreringer i MS Excel.

I tillegg er det hentet tall fra kriteriedata¹ for kommunene i Nordmøre og Romsdal. En har blant annet sett på hvor mange personer med utviklingshemming en jobber med, fordelt på antall registrerte personer med utviklingshemming i hver kommune. En har også studert data om befolkningen fra Statistisk sentralbyrå (SSB) der en har hentet ut statistikk på antall innbyggere pr år fordelt på alder og kjønn for den enkelte kommune.

Det er utført frekvensanalyser av bakgrunnsvariabler som kjønn, alder og kommune. I tillegg er det gjort bivariante og multivariate analyser av kombinasjoner av diagnoser og ulike diagnosegrupper. Alle analyser er gjort i SPSS². Studien er meldt til den Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), som har vurdert prosjektet å falle utenfor komiteens mandat, da det defineres som evaluering / kvalitetskontroll av egen virksomhet.

1) Kriteriedata til inntektssystemet for kommuner viser grunnlagsdata som blir benyttet til beregning av rammetilskuddet til kommunene. Som kriteriedata for psykisk utviklingshemmede benyttes det innrapporterte tall fra kommunene til Sosial- og helsedirektoratet (SHD).

2) SPSS (opprinnelig Statistical Package for the Social Sciences) er en programpakke for statistisk analyse, samt støtte for datahåndtering og dokumentasjon.

Presentasjon og drøfting av data

Utvalget består av alle aktive saker som Enhet for voksenhabilitering i Nordmøre og Romsdal har jobbet med i perioden 1. januar 2004 til 31. desember 2009. Totalt inneholder datamaterialet 1424 registreringer for hele perioden, fordelt på 525 personer. Grunnen til at det er flere registreringer enn antall personer, er at Voksenhabiliteringstjenesten kan jobbe med personer over år, samt at samme person kan være henvist på nytt og registrert som ny sak i løpet av perioden.

Flere menn enn kvinner i utvalget

I gjennomsnitt er 56 % av alle henviste pasienter menn. Dette kan blant annet ha sammenheng med diagnose og type problematikk som Voksenhabiliteringstjenesten jobber med, og at det her er en overhyppighet av menn.

Tabell 1 Kjønnfordeling

	Menn	Kvinner
2004	54,2 %	45,8 %
2005	54,8 %	45,2 %
2006	56,8 %	43,2 %
2007	56,6 %	43,4 %
2008	56,6 %	43,8 %
2009	55,4 %	44,6 %
Gjennomsnitt for hele perioden (antall)	55,7 % (793)	44,3 % (631)

Størst økning i aldersgruppen 18-20

Voksenhabiliteringstjenesten jobber primært med personer over 18 år. Utviklingen fra 2004 til 2009 viser noe variasjon fra år til år, men samlet sett et større innslag av de yngre aldersgruppene.

Tabell 2 – Aldersfordeling

Alder	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0-10 år	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %
11-15 år	1,3 %	0,0 %	0,4 %	0,4 %	0,9 %	1,3 %
16-17 år	4,0 %	8,3 %	6,4 %	5,7 %	1,3 %	7,1 %
18-20 år	12,3 %	13,5 %	18,2 %	17,0 %	18,1 %	17,9 %
21-30 år	26,0 %	24,3 %	19,9 %	23,4 %	27,4 %	26,3 %
31-40 år	16,7 %	16,5 %	20,3 %	18,5 %	16,4 %	15,8 %
41-50 år	18,5 %	18,3 %	17,4 %	17,7 %	16,8 %	19,2 %
51-60 år	16,3 %	13,5 %	12,7 %	12,5 %	15,9 %	8,8 %
61-70 år	3,5 %	4,3 %	3,0 %	3,0 %	2,7 %	3,8 %
Over 70 år	1,3 %	1,7 %	1,1 %	0,4 %	1,2 %	0,0 %
Antall	227	230	236	265	226	240
Gj.snitt alder	34,8 år	34,2 år	34,7 år	35,2 år	36,2 år	32,9 år

Størst økning ser en i aldersgruppen 18-20 på 46 %. Årsaken kan være et uttrykk for behandlingsapparatets økte fokus på kontinuitet og sømløse overganger. Det kan også ha sammenheng med økning i enkelte «nye» diagnosegrupper som personer med ADHD og Asperger syndrom. 47 % av de med Asperger syndrom og hele 58 % av de ned ADHD er under 20 år. Størst nedgang ser en i gruppen 51-60 og de over 70.

Gir tjenester til personer i eget foretak

Voksenhabiliteringstjenesten i Nordmøre og Romsdal hadde formelt et fylkesdekkende ansvar for personer med spesielt utfordrende atferd fram til 2002, selv om det i en overgangsperiode ble videreført arbeid i enkeltsaker. Etter hvert som en har avvirket sakene på Sunnmøre ytes nå tjenester hovedsaklig til personer i eget helseforetak.

Det er pr i dag 19 kommuner³ i Nordmøre og Romsdal. I 8 av disse har det vært en økning i antall saker, og en nedgang i 7. I de 4 resterende kommunene har det ikke vært vesentlige endringer i perioden. I følge en rapport fra Nordlandsforskning (2005) opplever enkelte brukerorganisasjoner at kommunene mangler vilje til å henvise til Voksenhabiliteringstjenesten. I samme rapport refereres det til interesseorganisasjonene som mener det er en konflikt mellom kommunene og Voksenhabiliteringstjenesten, og at kommunene ønsker å vise at de klarer seg selv. Analyse av vårt datamateriale viser at en i perioden fra 2004 til 2009 har hatt aktive saker i 95 % av kommunene i

3) To kommuner er sammenslått i perioden. Tustna ble slått sammen med Aure 1.1.06, og Frei med Kristiansund den 1.1.08.

Tabell 3 – Regionsfordeling

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nordmøre/Romsdal	92,1 %	92,2 %	96,2 %	98,1 %	99,6 %	99,6 %
Sunnmøre	7,5 %	6,1 %	3,0 %	1,1 %	0,4 %	0,4 %
Annet	0,4 %	1,7 %	0,8 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %
Antall	227	230	236	265	226	240

Nordmøre og Romsdal (18 av 19 kommuner), og at antall saker stort sett fordeler seg proporsjonalt i forhold til innbyggertallet i kommunene. Siden opprettelsen, har Voksenhabiliterings-tjenesten hatt aktive saker i samtlige kommuner.

Samsvar mellom innbyggertall og antall aktive saker

Med unntak av tidligere vertskommune for sentralinstitusjon, har det ikke vært vesentlige endringer i hvilke 5 kommuner som topper listen over flest antall aktive saker. En ser økning i to bykommuner. Til sammen utgjør de to bykommunene ca 40 % av alle aktive saker, noe som tilsvarer byenes andel av befolkningen i Nordmøre og Romsdal.

Flere med ICD-10 diagnose

Personer som blir henvist til Voksenhabiliteringstjenesten og ikke står oppført med en diagnose ved inntak, registreres innledningsvis med en Z00.4 diagnose (**generell psykiatrisk undersøkelse**). I denne studien har en valgt å fjerne Z-diagnosen for å se hvor mange som blir stående uten diagnose. Den nye kategorien har en kalt «ingen diagnose». En ser at trenden har gått i retning av at antall diagnoser pr person har gått ned, samtidig er det færre som står uten diagnose. Det er utarbeidet retningslinjer for hvilke diagnoser som skal registreres i PAS systemet. Fokus på «relevante» diagnoser kan være et tegn på en større bevisstgjøring i forhold til hvilke diagnoser en setter, og at en nå

Tabell 4 – 5 på topp kommune fordelt på år

Nr	Kommune	%*	Kommune	%	Kommune	%	Kommune	%	Kommune	%	Kommune	%
1	Vestnes	22,5	Vestnes	20,9	Vestnes	17,4	Molde	21,5	Molde	23	Kr.Sund	22,9
2	Kr.Sund	12,8	Kr.Sund	12,6	Molde	16,5	Kr.Sund	18,5	Kr.Sund	16,8	Molde	18,8
3	Molde	12,3	Molde	11,7	Kr.Sund	14,8	Vestnes	15,5	Vestnes	11,5	Vestnes	10,8
4	Sunndal	6,6	Fræna	10	Fræna	10,6	Fræna	9,8	Fræna	9,7	Fræna	9,2
5	Fræna	5,7	Sunndal	6,5	Sunndal	5,5	Sunndal	5,3	Sunndal	5,8	Sunndal	5,8

*) % av det totale antall saker pr år (for 2004 utgjorde det 227 saker)

Tabell 5
Antall diagnoser fordelt på kjønn

	Kvinne	Mann
Ingen diagnose	11,3 %	12,0 %
1-2 diagnoser	61,0 %	68,9 %
3-5 diagnoser	25,4 %	17,4 %
Mer enn 5	2,4 %	1,8 %

kun fører opp diagnoser som er relevante for tjenestetilbudet og område for henvisning. Dette kan være noe av forklaringen på at antall diagnoser pr person har gått ned.

Kvinnene har i gjennomsnitt flere diagnoser enn mennene

Vi har sett på om det er kjønnsforskjeller i utvalget, også når det gjelder gjennomsnitt antall registrerte diagnoser pr person. Tar en hele utvalget under ett, ser en at det er flere menn som ikke har diagnose. Det er også flere menn som har 1-2 diagnoser, men flere kvinner med 3-5 og mer enn 5 diagnoser. Kvinner har i gjennomsnitt flere diagnoser enn menn. En vet ikke om det er fordi kvinnene i vårt utvalg er bedre utredet enn mennene, eller om det er et tegn på at kvinner henvist til Voksenhabiliteringstjenesten har en mer sammensatt problematikk.

Reduksjon i antall personer med en uspesifisert diagnose

Det en klar utvikling i retning av at stadig færre har en uspesifisert diagnose⁴. Dette

4) En uspesifisert diagnose settes når sykdommen ikke tilfredsstillende kriteriene til en bestemt diagnose, eller man har for lite informasjon for å sette en spesifikk diagnose. En uspesifisert utviklingshemming oppgir for eksempel ikke grad av utviklingshemming.

kan være et uttrykk for bedre utredning som gir mer presise diagnoser.

Flere uten psykisk utviklingshemmingsdiagnose⁵

Fra 2004 til 2009 har det vært en økning i antall personer som ikke har en utviklingshemmingsdiagnose (ICD-10 F70-F79). Inkluderer en personer som har en diagnose som i praksis innebærer en utviklingshemming, vil antall utviklingshemmede til sammen utgjøre 60 % av hele utvalget. Det betyr at Voksenhabiliteringstjenesten fremdeles jobber med flere personer med en utviklingshemming, selv om færre er registrert med en slik diagnose.

Økning i antall personer med lett grad av utviklingshemming

Ser en på grad av utviklingshemming fordelt på år, har gruppen lett utviklingshemmede økt med 117 % i perioden. Det er flere menn med lett og moderat utviklingshemming, og flere kvinner i gruppen alvorlig/dyp (her slått sammen til en kategori). Samtidig har en fått en nedgang på 31 % i gruppen med annen eller uspesifisert utviklingshemming (F79).

Gruppen lett psykisk utviklingshemming utgjør den største gruppen av psykisk utviklingshemmede (ca. 85 %)⁶. Moderat psykisk utviklingshemmede ca. 10 %, alvorlig 3–4 % og dyp psykisk utviklingshemmede 1–2 %. Som en ser av tabellen over yter Voksenhabiliteringstjenesten i Nordmøre og Romsdal

5) ICD-10 F70-F79

6) %vis fordeling av grad av utviklingshemming jf DSM-IV TR (2000)

Tabell 6 – Uspesifisert diagnose fordelt på år

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Har en uspes. diagnose	56,0 %	52,6 %	37,7 %	29,1 %	27,9 %	26,7 %
Antall	127	121	89	77	63	64

tjenester til en større andel av de med høyere grad av utviklingshemming. Gruppen alvorlig / dyp utviklingshemming representerer de med størst hjelpebehov og mest sammensatte problemer, og vil derfor være de som skaper de største utfordringene for 1. linjetjenesten, noe som kan forklare at en større andel av denne gruppen henvises til spesialisthelsetjenesten.

De yngste henvises pga atferdsproblem

Antall personer med atferdsproblem⁷ har økt med 33 %, likevel er det mindre enn halvparten av de med utviklingshemming som er diagnostisert med et atferdsproblem. Flere menn enn kvinner har slik diagnose. En gjennomgang av noen utvalgte saker viser en underregistrering av personer med atferdsproblem. Henviste problematikk beskriver et atferdsproblem, men det fremkommer ikke av diagnosen. Av de med utviklingshemmingsdiagnose kan det være at atferdsproblemet har oppstått etter at personen fikk diagnosen, og at fjerdetegnet i ICD-10 diagnosebetegnelsen ikke er endret i tråd med problematikken. Ser en atferdsproblem fordelt på grad av utviklingshemming er det ikke overraskende at det er flest atferdsproblemer i kategorien alvorlig /

dyp. Nesten like stor andel av de med en uspesifisert utviklingshemming er registrert med et atferdsproblem.

Høyere antall personer innrapportert med utviklingshemming i Nordmøre og Romsdal enn for ellers i landet

Det kan være vanskelig å anslå eksakt forekomst av psykisk utviklingshemming i befolkningen, men det vanlige er å anslå mellom 1 – 3 % av normalbefolkningen. Inkluderer en vertkommunetallene (16+) ser en at antall innrapporterte med utviklingshemming ligger stabilt høyere

Kari Trovik er enhetsleder ved Voksenhabiliterings-tjenesten i Helse Nordmøre og Romsdal HF.



7) Betydelig atferdsproblemer som krever oppmerksomhet eller behandling. ICD-10 F7X.1 og F7X.8

Tabell 7 – Diagnose psykisk utviklingshemming fordelt på år

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Antall
Har ikke F70-F79	45 %	43 %	50 %	53 %	53 %	58 %	720 (51 %)
Har F70-F79	55 %	57 %	50 %	47 %	47 %	42 %	704 (49 %)

i Nordmøre og Romsdal enn gjennomsnitt for hele landet. I Nordmøre og Romsdal utgjør personer med psykisk utviklingshemming 0,62 % av befolkningen, mens 0,44 % ellers i landet. Det tilsvarer en forskjell på 41 %. Vi har sjekket tallene fra tidligere Helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU), og den viser at antall personer i Nordmøre og Romsdal som den gang hadde institusjonstilbud, ikke lå spesielt høyt: 0,33 % mot 0,30 % på landsbasis.

Det ser ut til at det har skjedd en økning i innrapportering de senere årene. Antatt forekomst av utviklingshemming i normalbefolkningen ligger likevel godt under antallet som er innrapportert fra kommunene. Det gir grunn til å anta at mange utviklingshemmede ikke blir fanget opp av kommunens tiltak for funksjonshemmede, enten fordi de ikke er blitt diagnostisert, greier seg godt uten hjelpetiltak, eller får tilbud fra andre hjelpeinstanser som psykiatritjeneste, spesialskole eller barnevern etc.

Ser en hele perioden under ett, jobber Voksenhabiliteringstjenesten i Nordmøre og Romsdal i gjennomsnitt med 20 % av antall innrapporterte utviklingshemmede over 16 år. Dette er utviklingshemmede som har tilleggsvansker med behov for habilitering på spesialistnivå.

Markant økning av antall personer med Asperger syndrom

Det mest fremtredende utviklingstrekket i perioden er en økning på 150 % av antall personer med Asperger syndrom. 92 % av disse er menn. Av alle med en F84 diagnose er 40 % under 20 år og 27 % mellom 21-30 år. Det vil si at flesteparten av de med en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse tilhører de yngre aldersgruppene. En overvekt av de med autismediagnose står også oppført med en utviklingshemming (71 %). I vårt utvalg har ca halvparten en dyp/alvorlig utviklingshemming, mens ca en fjerdedel (23 %) diagnosen lett utviklingshemming.

Tabell 8 – Grad av utviklingshemming fordelt på år

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% av total
Lett	12,0 %	13,0 %	15,4 %	17,7 %	18,7 %	26,0 %	16,8 %
Moderat	18,4 %	16,0 %	18,8 %	15,3 %	14,0 %	17,0 %	16,6 %
Alvorlig / dyp	24,8 %	35,8 %	35,9 %	32,3 %	28,9 %	26,0 %	30,8 %
Annet / Uspesifisert	44,8 %	35,1 %	29,9 %	34,7 %	38,3 %	31,0 %	35,8 %
Antall	125	131	117	124	107	100	704

Tabell 9 – Psykisk utviklingshemming med atferdsproblem fordelt på år

	Ikke atferdsproblem	Atferdsproblem
2004	63,2 %	36,8 %
2005	52,7 %	47,3 %
2006	49,6 %	50,4 %
2007	54,8 %	45,2 %
2008	54,2 %	45,8 %
2009	51,0 %	49,0 %
Total (antall personer)	54,4 % (383)	45,6 % (321)

Tredobling av antall personer med ADHD

Antall personer med diagnosen ADHD har økt med 260 %. Hovedtyngden er menn under 20 år. Ca halvparten av de med ADHD og Tourette er også registrert med en utviklingshemming, av disse har rundt 50 % en lett grad av utviklingshemming.

Flest yngre kvinner med Cerebral parese

Fra 2004 til 2009 har det vært en økning på 89 % i antall personer med diagnosen Cerebral parese. En overvekt av disse er kvinner. Rundt halvparten er personer under 30 år, og ca to tredeler personer uten en utviklingshemmingsdiagnose. I 2009 utgjør personer med diagnosen Cerebral parese 18,3 % av alle aktive saker.

Forholdsvis jevn ressursfordeling mellom reisetid, indirekte og direkte arbeid

Registrering av aktivitetstall startet først i 2005, og en har derfor ikke tall for 2004. Ressursbruk innbefatter tid til direkte, indirekte klientarbeid, samt reisetid. Indirekte klientarbeid gjelder i hovedsak klientarbeid ute i kommunene. Aktivitetstallene viser en jevn fordeling av tid mellom de tre kategoriene i hele perioden, selv om en samlet sett har brukt mest tid til indirekte arbeid, og mer tid til reise enn direkte klientarbeid. Det at en tredjedel av tiden blir brukt til reise, kan forklares med at Voksenhabiliterings-tjenesten er en ambulant tjeneste og yter tjenester hjemme hos den enkelte pasient. En jobber tverrfaglig, noe som medfører at

Tabell 10 – Atferdsproblem fordelt på grad av utviklingshemming

	Ikke atferdsproblem	Atferdsproblem	Total
a) Lett PU	18,5 %	14,6 %	16,8 %
b) Moderat PU	14,1 %	19,6 %	16,6 %
c) Alvorlig / Dyp	29,3 %	32,7 %	30,8 %
d) Annet / Uspesifisert	38,1 %	33,0 %	35,8 %
Antall	383	321	704

Tabell 11 – Psykisk utviklingshemmede over og under 16 fordelt på år

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
NM&R 0-15	120	121	112	111	107	116
NM&R 16+	592	589	588	595	597	612
Totalt for NM&R	712	710	700	706	704	728
Landet 0-15	4802	4724	4643	4756	4739	4728
Landet 16+	15876	16205	16503	15934	16302	16618
Totalt for landet	20678	20929	21146	20690	21041	21346

fagpersoner med ulik kompetanse ofte reiser sammen ut i saker. Nordmøre og Romsdal er en region med lange avstander og mange ferger, noe som bidrar til å øke reisetiden. Det er naturlig nok de to bykommunene som utgjør den største ressursbruken, men det er også her en har flest saker.

Avsluttende kommentarer

Denne studien bekrefter hypotesen om endringer i henvist problematikk de siste seks årene. En ser en klar tendens til at stadig flere av de som henvises til Voksenhabiliteringstjenesten ikke har en utviklingshemmingsdiagnose, og at en får henvist flere yngre. Den nye gruppen er i hovedsak personer med ulike nevropsykiatriske tilstander, som personer med ADHD og Asperger syndrom. Flere personer har fått en spesifisert diagnose, og færre står oppført med kun en Z-diagnose. Studien viser at aldersgruppene opp til 40 år har gjennomsnittlig flest diagnoser,

noe som kan tyde på at det har skjedd en utvikling i forhold til diagnosesetting, og at flere får gjennomført utredning med tanke på diagnostisering i tidligere alder via barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) eller barnehabiliteringstjenesten. En annen forklaring kan være at komorbiditetsproblematikken har fått et økende fokus.

Studien viser at ambulant arbeid fortsatt er hovedarbeidsformen, og at tid brukt til direkte og indirekte arbeid, samt reisetid, fordeler seg i gjennomsnitt noenlunde likt for hele perioden og i hele regionen. Tilslutt har en fått belyst framtidige utfordringer. Det er fortsatt mange som har en uspesifisert diagnose, eller har en problematikk det jobbes med som ikke framkommer av diagnosen. Det å få fram problematikken og kompleksiteten i sakene er med på å synliggjøre kompetanse- og ressursbehovet i tjenesten, noe vi mener er viktige forutsetninger for å gi kvalitative gode tjenester. • • •

Tabell 12 – Cerebral parese fordelt på år

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Har Cerebral parese	9,7 %	12,6 %	14,0 %	14,7 %	15,0 %	18,3 %
Antall	22	29	33	39	34	44

Referanser

- Eknes, Jarle, Bakken, Trine Lise, Løkke, Jon Arne, Mæhle, Ivar, Utredning og diagnostisering, Utviklingshemming, psykiske lidelser og atferdsvansker, Universitetsforlaget 2008
- DMS-IV-TR (2000), The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), The American Psychiatric Association (APA)
- Helse og omsorgsdepartementet (HOD), 2001 Forskrift om habilitering og rehabilitering
- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), 2008, Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011.
- Hesledirektoratet, 2009
Voksenhabiliteringstjenesten – i spesialisthelsetjenesten. IS-1739 Veileder.
- ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (WHO) 1992-1994
- Kriteriedata til inntektssystemet for kommunene for 2010, 2009, 2008, 2007, 2006 og 2005 (nøkkeltall fra 01.01. året før)
- Lichtwarck W., Handegård T.L. og Bliksvær T. «Gjennomgang av Voksenhabiliteringstjenesten», Nordlandsforskning. NF-arbeidsnotat Nr. 1007/2005
- SSB, Statistikkbanken, 02 Befolkning, Underemne:02.01 Befolkningsstruktur, 02.01.10 Folkemengde, 03026: Folkemengde, etter kjønn og ettårigalder.1.januar (K) (1986-2009)

Vedlegg: Tabellregister

Tabell 1	Kjønnsfordeling	5
Tabell 2	Aldersfordeling	6
Tabell 3	Regionsfordeling	6
Tabell 4	5 på topp kommune fordelt på år	7
Tabell 5	Antall diagnoser fordelt på kjønn	8
Tabell 6	Uspesifisert diagnose fordelt på år	8
Tabell 7	Diagnose psykisk utviklingshemming fordelt på år	8
Tabell 8	Grad av utviklingshemming fordelt på år	9
Tabell 9	Psykisk utviklingshemming med atferdsproblem fordelt på år	9
Tabell 10	Atferdsproblem fordelt på grad av utviklingshemming	10
Tabell 11	Psykisk utviklingshemmede over og under 16 fordelt på år	11
Tabell 12	Cerebral parese fordelt på år	11