

# Eksempler på vernepleierfaglig arbeid i voksenhabiliteringstjenestene

ELIN ANDREASSEN, GRY GLORVIGEN,  
VÅRIN GLORVIGEN, KARIANNE TVIBERG  
og ROLF MAGNUS GRUNG

*Elin Andreassen er utdannet ved Høgskolen i Sør-Trøndelag i 1996.  
Gry Glorvigen er utdannet ved Høgskolen i Akershus i 1994.  
Vårin Glorvigen er utdannet ved Høgskolen i Akershus i 2004.  
Karianne Tviberg er utdannet ved Høgskolen i Østfold i 2001.  
Rolf Magnus Grung er utdannet ved Høgskolen i Akershus i 2001.  
Alle arbeider i dag som fagkonsulenter ved Akershus universitets-  
sykehus, avdeling voksenhabilitering.*

Vernepleieren er en viktig del av voksenhabiliteringstjenestene. Ifølge Helsedirektoratet (2009) bør alle voksenhabiliteringstjenester som minimumskompetanse ha lege med spesialisering i nevrologi eller psykiatri, psykolog og vernepleier med relevant tilleggsutdanning. Artikkelen beskriver eksempler på vernepleierfaglig arbeid i voksenhabiliteringstjenesten i Akershus.

Målgruppen for habiliteringstjenestene for voksne er «... personer over 18 år med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse av komplisert karakter, som har behov for spesialisthelse-tjenester» (Helsedirektoratet, 2009, side 11). Helsedirektoratet beskriver habilitering som en koordinert prosess hvor flere aktører samarbeider om tiltak med en klar målsetning. Ifølge rammeplanen for vernepleierutdanning er vernepleiere kvalifiserte til blant annet å utføre «habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjons-

vansker som ønsker og har bruk for slike tjenester» (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, side 4). Det er flere viktige kvalifikasjoner og kunnskapsområder som er relevante for vernepleiere i en habiliteringsprosess. Disse er blant annet:

- å «møte brukere med empati og respekt ut fra perspektivet om likeverd, uavhengig av alder, kjønn, kultur, livssyn og virkelighetsoppfatning»,
- å «kunne kommunisere og handle etisk forsvarlig sammen med brukere, pårørende og i nærmiljøet ellers»,
- å «kunne forstå konsekvensene av ulike funksjonsvansker, de vanligste somatiske sykdommer og psykiske lidelser»,
- å «identifisere interesser, ressurser og begrensninger i samarbeid med brukere, og kunne planlegge og gjennomføre praktisk, metodisk miljøarbeid med sikte på god livskvalitet og størst mulig grad av mestring»,
- å «veilede brukere og pårørende og ha kunnskap om kollegaveiledning»,
- å «kunne utføre saksbehandling som bygger på forvaltningsmessige prinsipper og aktuelt lovverk, og som ivaretar brukernes behov og rettigheter»,
- å «kunne kartlegge og analysere sammenhengen mellom samfunnsmessige forhold og livssituasjonen til brukerne»,
- å «ha utviklet endringskompetanse og kunne anvende metoder for endring av ulike rammebetingelser til beste for bruker/brukergrupper»,
- å «kunne dokumentere, kvalitetssikre og evaluere eget arbeid»,
- å «kunne vurdere ideologi og virkemidler i helse- og sosialpolitikken og fungere som premissleverandør for beslutninger i hjelpeapparatet lokalt og på overordnet politisk plan» og
- å «kunne forebygge og håndtere konflikter av ulik art og vise evne til å utforske faglige problemstillinger på en systematisk og reflekterende måte».

(Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, side 5).

Alle disse nevnte kvalifikasjonene er nødvendige i habiliteringsprosessen, og mange burde i prinsippet være tilgjengelige for fagutvikling og vitenskapelig forskning.

Vernepleiere med tilknytning til habiliteringstjenestene for voksne har hatt en rekke bidrag i tidsskrifter, blant annet i Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse (NTA, tidligere Diskriminanten) (se for eksempel Skogstad, Orvedal og Vandbakk, 2009). Det er imidlertid slik at de fleste habiliteringsforløp, selv med gode resultater, ikke publiseres. Grunnene til dette kan blant annet være at det ofte er vanskelig å gjennomføre gode og pålitelige registreringer av atferd i omsorgsboliger, og at flere intervensjoner rettet mot samme atferd ofte igangsettes samtidig (som for eksempel medisiner, økning av personalressurser og andre miljøterapeutiske intervensjoner). Dermed vet man ikke hva som er effektivt ved miljøintervensjonen. I tillegg er artikkelskriving en tidkrevende prosess, noe som ofte ikke prioriteres i en hektisk hverdag. Denne artikkelen beskriver tre forskjellige vernepleierfaglige bidrag i habiliteringsprosesser innen områdene generell habilitering, store og sammensatte funksjonsvansker og psykisk lidelse, hvor det er oppnådd gode resultater, men hvor man av forskjellige grunner ikke har publisert resultatene.

## **Lise – generell habilitering**

**Lise** var elev ved en videregående skole og ble henvist voksenhabiliteringstjenesten for språkopplæring. Hun hadde flere diagnoser, blant annet psykomotorisk retardasjon. Lise hadde ikke vokal tale, men hun hadde et språk bestående av noen private tegn og lyder.

I oppstartsfasen av arbeidet ble det av voksenhabiliteringstjenesten foretatt en vurdering av hva slags type fagkompetanse som var relevant. Man vurderte det da som unødvendig å koble inn avdelingens leger, noe som ellers er vanlig i et habiliteringsforløp. Saksansvar hos voksenhabiliteringstjenesten ble tildelt en verne-

pleier. Utover dette ble Lise fulgt opp av sin fastlege, da hun var frisk og i god form.

Under et oppstartsmøte med henviser, fremkom det at Lise tidligere hadde trent usystematisk blant annet på matching av bilder og imitasjon av dyrelyder, men hun hadde ikke trent på kommunikasjonsferdigheter. Henviser rapporterte også om forekomster av problematferd, spesielt i overgangen fra pauser til trening og mens hun var på toalettet. Dette dreide seg om høye hyl, feking med armer og sparking. I løpet av habiliteringsforløpet så man også forekomst av alvorlig selvskading i form av sparking med hæler mot hardt underlag og skalling mot skarpe kanter. I tillegg fremviste hun kraftig selvstimulering, som medførte en stor grad av uoppmerksomhet. Dette kunne pågå over lang tid, opptil flere timer, men med en intensitet som gikk i bølger. Skolen opplevde dette som svært problematisk.

## Observasjoner og intervensjoner

På bakgrunn av informasjonen som fremkom under oppstartsmøtet ble det igangsatt trening i funksjonell kommunikasjon i form av systemet Picture Exchange Communication system (PECS) (Bondy og Frost, 1994). Av forskjellige årsaker kunne ikke treningen prioriteres i ønsket grad på skolen, så for å få tilstrekkelig med trening ble ansatte i omsorgsboligen der Lise bodde bedt om å delta i treningen, noe de var positive til.

Etter observasjoner og kartlegginger gjort i bolig så man at det i hjemmet var betydelige utfordringer. Man avdekket for lite personalressurser, liten faglig kompetanse i personalgruppen og dårlige fysiske rammebetingelser, ved at boligen var utformet som en institusjon med små soverom med felles kjøkken og stue. I tillegg hadde Lise svært liten tilgang på meningsfulle aktiviteter og ble i stor grad overlatt til seg selv. Det ble også avdekket at boligpersonalet benyttet makt og tvang uten at det var fattet vedtak om dette

etter sosialtjenestelovens kapittel 4A. I hjemmet forekom problematferden hyppig og i nesten alle situasjoner.

Det ble skrevet en samarbeidsavtale mellom henviser og voksenhabiliteringstjenesten som fungerte som et styringsverktøy i arbeidet. Problematferden og betingelser som påvirket den, ble kartlagt med kartleggingsverktøyet Motivation Assessment Scale (MAS) (Durand og Crimmins, 1988). Videre ble det også igangsatt fortløpende registreringer av problematferd, samt at det ble gjennomført en enkel preferansekartlegging /forsterkerkartlegging.

Kort tid etter oppstart av veiledning ble Lise ferdig med sin skolegang. Det ble derfor bestemt, i samråd med representanter fra habiliteringstjenesten og omsorgsboligen, at veiledningen skulle fortsette med fokus på situasjonen i boligen. Man var enige om fortsatt å ha et stort fokus på funksjonell kommunikasjonstrening. Lise viste en iver og glede i treningen som rørte alle. Hun oppnådde svært gode resultater i treningen, noe som ga et godt grunnlag for å arbeide videre med kommunikasjonstreningen. I tillegg ble problematferden og fokuset på denne fra personalet redusert. Oppfatningen av Lise ble endret fra et problemfokus til en positiv forventning. Den funksjonelle kommunikasjonstreningen samt en generell god tilgang på positive forsterkere, medførte en beriking av tilværelsen for Lise. Dette tilrettela for økt grad av mestring. Det er sannsynlig at dette korrelerte med en økt grad av livskvalitet for Lise. Kommunikasjonstreningen krevde imidlertid mye ressurser fra alle involverte, noe som viste seg å være vanskelig å opprettholde over tid for personalet i boligen.

Habiliteringstjenesten anså det derfor som nødvendig med et samarbeidsmøte med representanter fra omsorgsboligen med det formål å evaluere selve samarbeidet, understreke viktigheten av den funksjonelle kommunikasjonstreningen og dens betydning for reduksjon av problematferd. I tillegg var det nødvendig for kommunen å fatte vedtak om fysisk håndtering av problematferden etter sosialtjenestelovens kapittel 4A.

Under påfølgende veiledninger ble det utarbeidet enkle tiltak for

å tilrettelegge for lik praksis i de fleste gjøremål og å endre flere uheldige og ulovlige tiltak til faglig forsvarlige tiltak. Det ble også tilrettelagt for en miljøberikelse ved å påse at Lise fikk hyppig tilgang på preferanseaktiviteter. Disse aktivitetene ble presentert på en dagstavle med bilder. Habiliteringstjenesten holdt også flere workshops for personalgruppen rundt Lise, med fokus på grunnleggende prinsipper i målrettet miljøarbeid og betydningen av kommunikasjon og gode miljøbetingelser for å redusere problematferd.

Det ble også ansatt en ny fagperson i boligen, og sammen med denne utarbeidet habiliteringstjenesten en progresjonsplan med ukentlig veiledning av personalet og en grundig evaluering etter et halvt år. Antall tjenesteytere overfor Lise ble redusert, noe som medførte at de tjenesteyterne som jobbet med Lise fikk mer erfaring med Lises utfordringer og med selve treningen. Parallelt med dette arbeidet ble det gitt veiledning i forhold til saksbehandlingsreglene etter sosialtjenestelovens kapittel 4A.

## Resultater og diskusjon

Kommunikasjonstreeningen og det generelle habiliteringsarbeidet rundt Lise ga en svært rask progresjon av personalets trenerferdigheter og Lises kommunikative ferdigheter, også i forhold til hennes private tegn og lyder. Som en bieffekt av treningen, registrerte man også et endret fokus i personalgruppen. Fra å være generelt engstelige for problematferd, ble fokuset satt på kommunikasjon, mestring og hyggelig samvær. Personalet opplevde at Lises kommunikasjonsferdigheter ble generalisert (kommuniserte under andre betingelser – ikke bare under treningsbetingelser), og hun samarbeidet bedre i alle situasjoner. Kommunikasjonstreeningen i seg selv innebar også en berikelse av Lises miljø, siden den representerte en rikelig tilgang på forsterkere (avhengig av ønsket atferd). Problematferden ble redusert til et akseptabelt nivå, ulovlig praksis på flere områder ble eliminert og trivsel både hos per-

sonalet og Lise økte. Nødvendig bruk av makt og tvang ble hjemlet i sosialtjenestelovens kapittel 4A.

I arbeidet med denne henvisningen som i så mange andre henvisninger, så vi at en forholdsvis konkret og spesifikk problemstilling viste seg å inneholde langt flere arbeidsoppgaver. I løpet av et habiliteringsforløp kan både henvisere og problemstillinger forandre seg. I tillegg ser man ofte at fagpersoner er en ressurs som er lite konstant i små enheter. Dette påvirker pasienter med sammensatte og komplekse behov. Mennesker med kommunikasjonsvansker er spesielt sårbare for ustrukturerte omgivelser, og problematferd er hyppig observert.

Kommunikasjonstrening krever intensiv innsats, gode faglige ferdigheter og kontinuitet. Dette må være forankret i organisasjonen som skal bedrive treningen. Endringer i personalgruppe, mangel på faglig ansvarlige og brudd på vanlige rutiner grunnet ferieavvikling, kan utgjøre en trussel i forhold til utviklingshemmedes livskvalitet. Vi kjenner fra litteraturen at det er en sammenheng mellom kommunikasjonsmuligheter og problematferd. Problematferden gikk opp og ned i frekvens og intensitet, avhengig av nøkkelpersoners tilstedeværelse. Det kan ikke utelukkes at det var det multiple fokuset i veiledningen fra habiliteringstjenesten som medførte det gunstige resultatet.

Lises historie er nokså representativ med tanke på at svake faglige kunnskaper hos boligpersonalet i målrettet miljøarbeid disponerer for forsterkning av selve problematferden fremfor forsterkning av annen og ønsket atferd, og at dette ofte er sannsynlige årsaker til problematferd hos utviklingshemmede.

## **Rolf – store og sammensatte funksjonsvansker**

**Rolf** ble opprinnelig henvist voksenhabiliteringstjenesten for medisinsk oppfølging av epilepsi. I starten ble det gjennomført årlige konsultasjoner hos nevrolog. Rolf hadde store og sammensatte

funksjonsvansker, med blant annet epilepsi, cerebral parese av typen spastisk kvadriplegi, kontrakturer og feilstillinger og øsofageal refluks som var operert. Etter noen konsultasjoner hos nevrolog ble det avholdt et internt samarbeidsmøte i habiliteringstjenesten med nevrolog, avdelingssjef og vernepleier, hvor det ble enighet om å se bredere på Rolfs henvisning. En vernepleier fikk ansvaret for å vurdere blant annet Rolfs muligheter for aktivisering. Avdelingens fysioterapeut ble også med i saken. Ved Rolfs neste konsultasjon hos nevrolog var både vernepleier og fysioterapeut til stede, og det ble gjort avtaler med personalet i omsorgsboligen der Rolf bodde, om å utvide samarbeidet med observasjoner og kartlegging i bolig.

## Observasjon og kartlegging

Fra vernepleiers side startet arbeidet med en observasjon i boligen, sammen med fysioterapeut. Observasjonen omfattet samhandling mellom Rolf og boligpersonalet i ulike situasjoner, blant annet under måltider, og et tøyingsprogram. Dette ga nyttig informasjon om Rolf og om samspillet mellom personalet og Rolf. Under måltidet ble det observert tydelige tegn på at Rolf hadde svelgevansker ved at det forkom mye hosting og produksjon av slim både under og etter måltidet.

Rolf hadde et tjenestevedtak etter sosialtjenestelovens § 4-2 som ga ham én til én-bemanning på dagtid, med noe mindre tilsyn på kveld og i helger. Tjenestetilbudet bar preg av en viss usystematikk og uforutsigbarhet ved at han blant annet ikke hadde fastlagt dagsplan, med unntak av at det var et visst system for når han skulle få stell, måltider og stillingsforandringer. Det var få planlagte aktiviteter basert på hans interesser, og all aktivitet var basert på passiv stimulering. Rolf hadde en del hjelpemidler som rullestol, dostol og ståstativ. Det viste seg å være et behov for en gjennomgang av hjelpemidlene og å se på eventuelle behov for nye hjelpemidler.



Under et påfølgende samarbeidsmøte med personalet fra omsorgsboligen til Rolf, ble veiledningsbehovet definert. Boligpersonalet ønsket veiledning i forhold til hvordan de best kunne forholde seg til hans spastisitet i form av et treningsprogram, rutiner rundt måltider og økning av Rolfs muligheter for egenaktivitet og påvirkning.

En preferansekartlegging med boligpersonalet som respondenter ble gjennomført. Videre ble det foretatt kartlegging av atferdsrepertoar med utgangspunkt i kartleggingsverktøyet «Kartlegging av atferdsrepertoar hos voksne mennesker med store og sammensatte funksjonsvansker» (Akershus Universitetssykehus, Avdeling voksenhabilitering, utarbeidet etter modell fra Nordre Aasen habiliteringssenter, 2001). Denne ga informasjon om hvilke ferdigheter Rolf hadde, og aktuelle områder for videre utprøving av tiltak.

Kartleggingen viste at han blant annet kunne bevege venstre hånd opp og ned og noe ut til siden, løfte opp hodet liggende i mageleie, lage noen vokale lyder og bruke blikket aktivt til å orientere seg om omgivelsene. Dette var ferdigheter som personalet for så vidt var innforstått med, men i noe manglende grad hadde sett på som ressurser for å styrke egenaktivitet og omgivelses-påvirkning. Kartleggingen var noe mangelfull i forhold til kommunikasjonsferdigheter, og det var ønskelig med en kartlegging av dette med bakgrunn i personalets ulike tolkninger av Rolfs blikkontakt i forhold til om han ønsket eller ikke ønsket aktivitet. Da det var vanskelig å gjennomføre tester av språkforståelse og kommunikasjonsferdigheter på grunn av lite egnet testmateriale tilgjengelig som var tilpasset hans fysiske funksjonshemming, ble det enighet om å foreta kartlegging av kommunikasjonsferdigheter ved hjelp av et kartleggingsverktøy utarbeidet av Institute for Applied Behavior Analysis (IABA) (Willis og LaVigna). Underveis foretok også avdelingens fysioterapeut og ergoterapeut gjennomgang av hjelpemidler, tilpasninger og kartlegginger i forhold til treningsprogram. Det ble videre i samråd med lege henvist til Sunnaas sykehus for utredning av svelgevansker.

## Miljøterapeutiske tiltak

Det ble enighet om å skriftliggjøre en dagsplan som inneholdt alle gjøremål som måltider, stell, hvile, stillingsforandring med mer. I tillegg skulle man sørge for en beriking av miljøet ved å tilrettelegge for aktiviteter som Rolf likte. Disse aktivitetene ble lagt inn i den faste dagsplanen. På bakgrunn av kartleggingen av Rolfs atferdsrepertoar og hvilke muligheter dette ga, ble det igangsatt en utprøving av bryterstyring. Bryteren ble koblet til en cd-spiller, da preferansekartleggingen viste at musikk var en av Rolfs store interesser. Allerede fra første treningsøkt hadde Rolf god mestring av brytertrykk. Det videre arbeidet bestod derfor i å finne best mulig utgangsstilling for Rolf, plassering av bryter, innstillinger i forhold til bryterfunksjon og etter hvert opplæring av personalgruppen i bruk av bryterstyring.

Kartleggingen av Rolfs kommunikasjonsferdigheter ga viktig informasjon om hans kommunikative ferdigheter og personalets ulike tolkninger av hans lyder, blick og ansiktsuttrykk. Ut ifra denne kartleggingen ble det enighet om noen samhandlingsregler hvor man definerte ulike vokale lyder, blick og ansiktsuttrykk til bestemte betydninger i forhold til om Rolf ønsket eller ikke ønsket en bestemt aktivitet. Man ble for eksempel enige om at en bestemt lyd i kombinasjon med et ansiktsuttrykk betydde at han var ferdig med en aktivitet og at aktiviteten dermed skulle avsluttes. På denne måten kunne Rolf få en mer forutsigbar hverdag, han kunne få avsluttet aktiviteter på en ok måte og samtidig få mer av de aktivitetene han ønsket.

Fysioterapeut og ergoterapeut igangsatte en prosess med det kommunale hjelpeapparatet for å få til en bedre tilpasset rullestol for Rolf. Dette var viktig i forhold til å sikre ham en bedre sittestilling under måltider som kunne gjøre det lettere for han å svelge, og en bedre utgangsstilling til bryterstyring. Det ble også gitt veiledning til personalgruppen av fysioterapeut i treningsprogrammet. Dette ble gjort ved en praktisk gjennomgang av programmet og ved utlevering av skriftlig materiale med fotoillustrasjoner.

Utredningen av svelgevansker ved Sunnaas sykehus avdekket svelgevansker og aspirasjon av tyntflytende væske, med klare anbefalinger om PEG-operasjon (perkutan endoskopisk gastrostomi, det vil si en kanal inn til magesekken). Videre veiledning i forhold til ernæring ble ivarettatt fra Sunnaas sykehus.

## Resultater og diskusjon

Resultatet viste at Rolf fikk daglig tilgang til flere ønskede aktiviteter, uavhengig av hvilket personale som til enhver tid var på jobb. Samhandlingsreglene medførte at Rolf fikk større muligheter til påvirkning, særlig i forhold til om en bestemt aktivitet skulle startes eller avsluttes. Rolf var også svært glad i musikk, noe bryterstyringen i større grad ga ham tilgang på. I tillegg fikk Rolf bedre tilrettelagte hjelpemidler og et personale med god kompetanse på gjennomføring av treningsprogrammet.

I dette samarbeidet ble det benyttet flere ulike kartleggingsverktøy som til sammen utgjorde viktig grunnlagsarbeid for utarbeiding av tiltak. Underveis ble det diskutert andre tiltak som var ønskelig å igangsette, som for eksempel bildedagsplan, men man ble enige om å avvente dette og eventuelt benytte dette dersom igangsatte tiltak ikke hadde ønsket effekt.

Dette eksemplet viser at vernepleiere har en kompetanse som egner seg godt i samarbeid med andre faggrupper som nevrologer og fysioterapeuter, som ofte er realiteten ved tjenesteyting overfor personer med store og sammensatte funksjonshemninger. Videre viser eksempelet med Rolf at et vernepleierfaglig fokus ofte dreier seg om å redusere gapet mellom et individs forutsetninger og omgivelsenes krav til fungering (Arbeidsdepartementet, 2003). Ved fysisk tilrettelegging for å fjerne ubehag (jamfør fokuset på Rolfs sittestilling under måltider), å benytte deler av det atferdsrepertoaret som personen har og gi det «funksjoner» (jamfør å definere at ulike type lyder kombinert med ansiktsuttrykk hadde

bestemte funksjoner), samt å øke personalets forståelse om funksjonshemningen og kompetanse i å imøtekomme denne på en faglig god måte, beskriver dette godt hvordan dette gapet kan reduseres.

## **Jan – psykisk utviklingshemning og psykisk lidelse**

**Jan** ble henvist til habiliteringstjenesten av fastlegen for utredning av kognitivt funksjonsnivå, psykisk lidelse, behandling og generelle habiliteringstiltak. Jan hadde ikke diagnosen psykisk utviklingshemning, men hadde i skolealder hatt store lærevansker. Ifølge anamnesen begynte Jan å trekke seg tilbake fra sosiale aktiviteter da han gikk på ungdomsskolen, og han ble hjemme på barnerommet og nektet å gå på skolen. I et håp om å få hjelp, henvendte foreldrene seg til Barnevernet. Det ble igangsatt tiltak der Jan ble fulgt til skolen hver dag. Når dette ikke lenger fungerte, ble han plassert på en barnevernsinstitusjon. I etterkant kom det frem at han på barnevernsinstitusjonen ble utsatt for mobbing. Etter hvert opplevde Jan psykotiske symptomer, som at kroppen hans forandret seg og at noen var ute etter ham. Jan ble da henvist psykiatrien, som for første gang klinisk vurderte ham som psykisk utviklingshemmet med psykotisk episode. Medikamentell antipsykotisk behandling ble påbegynt, og kommunen ble koblet inn. Jan fikk da plass i en tilrettelagt omsorgsbolig. Dette var en lavt bemannet omsorgsbolig, og personalet hadde lite kjennskap til behovene til mennesker med psykisk utviklingshemning. Jan hadde nylig flyttet inn og begynt å arbeide på en kafé da henvisningen ble sendt til voksenhabiliteringstjenesten. Fastlegen var bekymret for oppfølgingen og ønsket videre utredning og behandling i regi av habiliteringstjenesten.

Arbeidet i habiliteringstjenesten startet med en nevropsykologisk utredning og utredning av hans adaptive ferdigheter. Utredningen ble gjort i perioder han ble vurdert som psykisk frisk, for å sikre at testingen var valid og for å unngå at nedsatt kognitiv fun-

gering under psykose kunne påvirke resultatene. Utredningen indikerte et funksjonsnivå tilsvarende lett psykisk utviklingshemning, så denne diagnosen ble satt.

## Miljøterapeutiske tiltak

Før vernepleier fra habiliteringstjenesten hadde kommet i posisjon til å igangsette veiledning og tilrettelagte tiltak i samarbeid med kommunen, fikk Jan på nytt psykotiske symptomer. Nok en gang hadde han kommet i en situasjon der omgivelsene ikke var godt nok tilrettelagt. På arbeidsplassen hadde de altfor store forventninger til hva Jan kunne klare uten hjelp og bistand. Han klarte derfor ikke å fungere sammen med resten av gruppen. På grunn av dette fikk ikke Jan tilbud om å delta ved det kommunale tiltaket for psykisk syke. Dette opplevde han svært negativt og bebreidet seg selv. Han ble mer og mer paranoid, utviklet angst og isolerte seg i egen leilighet. Personalet i omsorgsboligen møtte ofte en uflidd mann i døren som ikke ønsket at de skulle komme inn.

Det ble nå aktuelt å gå aktivt inn og veilede personalet i miljøterapeutiske tiltak for å sikre Jan behandling for psykosen. For personer med utviklingshemning kan en psykose medføre at innlærte ferdigheter forsvinner og at det blir nødvendig å tilrettelegge aktiviteter på et nivå som er tilpasset personens nye funksjonsnivå (Tviberg og Bakken, 2005). Jan opplevde slike vansker. Han sto ikke opp om morgenen, dusjet og stelte seg ikke lenger og klarte ikke å lage mat. Personalet ble derfor veiledet til å følge Jan tettere opp og gi ham nødvendig hjelp. Registrering av hjelpebetingelser ved faste aktiviteter viste at selvstendig mestring økte etter hvert som de psykotiske symptomene ble behandlet medikamentelt og gjennom miljøintervensjon.

Det andre tiltaket som ble iverksatt, var begrensning av ytre stimulering. Denne type begrensning er kjente miljøterapeutiske tiltak i arbeid med psykotiske personer, da psykotiske personer er

sårbar for overstimulering fra omgivelsene. Dette kan være høyst normal stimulering som for den syke oppleves som overveldende og inngripende. Dette kan praktisk tilrettelegges i boligen, i samhandling og under kommunikasjon med pasienten, eller ved å regulere aktivitetene pasienten deltar i. Det er imidlertid viktig at tjenesteytere er klar over en del begrensinger, som vil falle inn under bestemmelsene i sosialtjenestelovens kapittel 4A om makt og tvang overfor enkelte personer med utviklingshemning. Eksempler på dette vil være fjerning av tv og radio for å redusere visuell og auditiv stimulering. I slike tilfeller er det derfor nødvendig med henvisning til habiliteringstjenesten.

Hva som oppleves som stress for vedkommende, vil være individuelt. Derfor kartlegger man personens sårbarhet, slik at man kan skjerme dem for utløsende stimuli. For Jans del ble det laget samhandlingsregler for personalet, der de for eksempel skrudde av tv eller andre forstyrrende elementer før de ga ham beskjeder eller gikk inn og veiledet ham. Personalet hjalp ham å holde boligen ryddig, og passet på at han fikk sove mye i løpet av natten. Personalet aksepterte Jans behov for isolering, men var til stede utenfor leiligheten og gikk regelmessig inn for å ivareta daglige funksjoner og gi ham støtte. Dersom han aksepterte det, kunne personalet være til stede i leiligheten uten at det måtte skje noe.

Etter hvert som Jan tålte mer ytre stimulering og et økt aktivitetsnivå, foretok man fortsatt konkrete vurderinger av hvilke aktiviteter Jan kunne delta på, og passet på ikke å presse ham for mye.

Katastrofefølelsen og den intense angsten som ligger bak brukens symptomer og atferd, gjør at det er nødvendig å gripe aktivt inn og skape en ramme preget av struktur, klarhet, emosjonell og sensorisk ro. Ytre struktur vil gi en opplevelse av stabilitet og trygghet i motsetning til personens opplevelse av indre kaos (Malt, Retterstøl og Dahl, 2003). Da personalet i Jans omsorgsbolig ikke var særlig kjent med bruk av tilrettelagte dagsplaner, ble det gitt veiledning i tiltak med dagsplanstyring basert på piktogrammer og planleggingsmøter. Dette ble et godt virkemiddel for å struktu-

rere dagen til Jan og skape en helhet og sammenheng i tilværelsen. Etter hvert som Jan ble mindre forvirret, kunne personalet observere at han i større grad benyttet seg av tiltakene og muligheten for samhandling med personalet dette ga ham. Personalet opplevde at Jan ble tryggere og mindre angstpreget. Etter hvert fungerte han bedre, og man kunne gå over til en vanlig skriftlig dagsplan uten piktogrammer. Dette var kun nødvendig da han var mest forvirret. Det ble også arrangert en workshop med personalgruppa, der de fikk kjennskap til miljøarbeid ved psykoseproblematikk og hvordan dette rent praktisk formet deres samhandling med Jan.

## Resultater og diskusjon

Etter fire måneder opplevde Jan å være symptomfri. Vernepleier i voksenhabiliteringstjenesten hadde, i samarbeid med koordinator i kommunen, parallelt med å tilrettelegge miljøbehandling i boligen, funnet en tilpasset arbeidsplass for Jan. Der kunne han jobbe med produksjon av keramikk, smykker og klær. Dette var arbeidsoppgaver Jan hadde stor interesse for. Daglig leder ble grundig informert om behov for tilrettelegging i forhold til Jans utviklingshemning, i tillegg til hans sårbarhet for psykoser. Arbeidsdagen ble derfor tilrettelagt, slik at Jan startet i det små med to halve arbeidsdager per uke. På grunn av sin lange historie med mobbing og utstøting, opplevde Jan sosialt samvær som svært krevende og usikkert. Det ble derfor tilrettelagt for at han kunne spise lunsj med en mindre gruppe, og at han kunne trekke seg vekk fra gruppa på et eget rom når han hadde behov for det. Det ble også på arbeidsplassen igangsatt dagsplan som Jan og personalet gikk grundig igjennom hver morgen. Den var pedagogisk tilrettelagt med et enkelt språk og utseende. Jan ble etter hvert mer trygg på å delta i de ulike gruppene ved arbeidsplassen. Egen selvstendighet i arbeidet økte også, men personalet var fortsatt klar over at hans kognitive vansker var vedvarende, og at det ved innføring av nye arbeids-

oppgaver igjen var behov for grundig opplæring. På denne måten kom ikke Jan lenger i en situasjon der han ble overvurdert og forstrukket.

Før voksenhabiliteringstjenesten avsluttet veiledningen, ble det etablert en ansvarsgruppe og en individuell plan som inneholdt tiltak for å sikre god oppfølging og tilrettelagte tjenester i bolig, arbeid og i forhold til oppfølging av hans psykiske helse. Blant annet fikk Jan et nytt tjenestevedtak etter sosialtjenesteloven § 4-2, som sikret ham tettere oppfølging fra personalet i omsorgsboligen. Videre ble det i samarbeid mellom vernepleier og psykiater ved voksenhabiliteringstjenesten utarbeidet en kriseplan, med varslingsstegn på psykose med medikamentelle og miljøterapeutiske tiltak for å håndtere et tilbakefall. Dette for å gi tjenesteparatet et hjelpemiddel for å gi Jan riktig behandling ved psykose. Kriseplanen var gradert i forhold til sykdomsforløpet og hadde forebyggende tiltak i fokus. Etter ett og et halvt år med tilrettelegging og behandling, ble oppfølgingen fra voksenhabiliteringstjenesten avsluttet.

Eksempelet med Jan viser at et vernepleierfaglig fokus ofte er gunstig ved tilrettelegging for personer med psykisk lidelser (med eller uten psykisk utviklingshemning). Viktigheten av at fysiske rammebetingelser er tilpasset for unngå overstimulering av pasienten, er viktig ved miljøterapi ved psykoser. Like viktig er det å ta hensyn til individets historie for å redusere/eliminere stressfaktorer som kan ha en negativ effekt. Med Jan ble dette gjennomført ved at det ble fokusert på hva som tilrettelegger for en god samhandling ved psykose, et tilrettelagt arbeidstilbud med korte dager innledningsvis og å definere noen tegn til psykose som skulle igangsette oppfølging, basert på miljøterapi og medikamentell behandling.



## Avslutning

Eksemplene med Lise, Rolf og Jan viser deler av kompleksiteten og variasjonen en vernepleier møter i voksenhabiliteringstjenestene. Disse eksemplene dreier seg om hvordan vernepleiere i voksenhabiliteringstjenestene møter hver enkelt pasient individuelt med utgangspunkt i pasientens preferanser, forutsetninger og utfordringer. Atferdsanalysen har (og bør ha) en sentral posisjon i voksenhabiliteringstjenestene og benyttes ofte som metode under veiledning, men flere vernepleiere i voksenhabiliteringstjenestene benytter også mer eklektiske tilnærminger/metoder. Mange av pasientene som henvises på bakgrunn av problematferd i en eller annen grad, som passivitet og selvskading/utagering, får ofte en markant reduksjon eller eliminering av problematferd når kommunene tilbyr tjenester som er tilpasset pasientens faktiske tjenestebehov. Kartlegging av tjenestebehov er derfor også en «metode» som benyttes regelmessig av vernepleiere i voksenhabiliteringstjenestene. Felles for disse «metodene» er at de er individuelt tilpassede. Individuell tilpasning er den «røde tråden» i eksemplene med Lise, Rolf og Jan. Det bør også påpekes at kravet til effektiv handling (gjøre noe som faktisk virker og fører til en positiv endring) er sentralt i spesialisthelsetjenesten.

Kunnskap i å forstå og analysere betingelser som påvirker atferd, som fysisk og psykisk helse og eksterne miljøbetingelser, er sentralt i voksenhabiliteringen. Siden vernepleiere ofte har sin styrke i sistnevnte, altså forholdet mellom miljøbetingelser og atferd, er samarbeid med lege og psykolog viktig for en vernepleier i voksenhabiliteringstjenestene. Vernepleierens kompetanse i helsefaglige evner (medisin, pleie og omsorg og psykisk helsearbeid) er viktig i dette samarbeidet.

Vernepleiere i voksenhabiliteringstjenestene jobber som sagt primært med endring av eksterne miljøbetingelser. Dette vil ofte si at vernepleiere i voksenhabiliteringstjenestene veileder kommunalt ansatte tjenesteytere i å endre deres atferd. På denne måten

påvirkes pasientenes atferd. Kunnskapen om og kompetansen i at man kan endre en pasientens atferd ved å endre miljøbetingelsene atferden forekommer under, stiller store krav til empati, etisk refleksjon og kunnskap om relevant lovverk (for eksempel sosialtjenestelovens kapittel 4A og pasientrettighetslovens kapittel 4A). Spørsmål som hva er viktig for pasienten, hva vil pasienten selv (brukermedvirkning er ofte en utfordring når pasienten har en lav evnemessig fungering), hvem er atferden et problem for (pasienten eller tjenesteyter?) og hvilke midler/metoder som etisk kan forsvares for å nå viktige mål for pasienten, er spørsmål vernepleiere i voksenhabiliteringstjenestene stiller seg nesten daglig.

## Referanser

- Arbeidsdepartementet (2003). *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. St.meld. nr. 40.
- Bondy, A. S., og Frost, L. A. (1994). *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 3, 1–19.
- Durand, V. M., og Crimmins, D. B. (1988), Identifying the variables maintaining self-injurious behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18, 99–117.
- Helsedirektoratet (2009). Veileder IS-1739. Habiliteringstjenesten for voksne.
- Krogh, G.V. (2002). *Begreper i psykiatrisk sykepleie – sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Willis, J. T., og LaVigna, G. V. (XXXX). Forms and procedures manual. *Institute for Applied Behavior Analysis*.
- Malt, U. F., Retterstøl, N., Dahl, A. A. (2003). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skogstad, P., Orvedal, R., og Vandbakk, M. (2009). Behandling av tvangslidelse hos to personer ved hjelp av eksponering og

- responsprevensjon og ACT (aksept- og forpliktelsesterapi). *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 1, s. 23–38.
- Tetzchner, S. von, Hesselberg, F., Schjørbeck, H. (2008). *Habilitering – Tverrfaglig arbeid for mennesker med utviklingsmessige funksjonshemninger*. Oslo: Gyldendal.
- Tviberg, K., Bakken, T. L. (2005). Utviklingshemmet og psykisk syk. *Embla*, oktober.
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2005). *Rammeplan for vernepleierutdanning*.