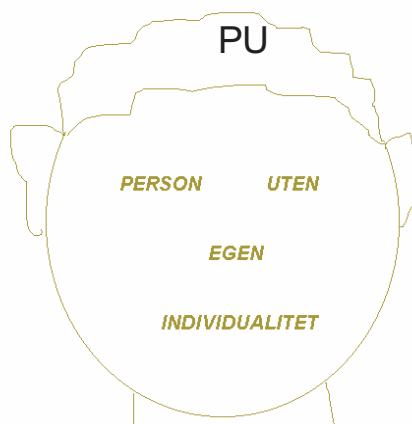


# Samfunnsnær habiliteringstjeneste

## Noen skisser av utvikling av og tankegang i Habiliteringstjenesten for voksne i Sogn og Fjordane

Avviklings- ansvars / HVPU-reformen førte i perioden fra slutten av 80-årene til over midten av 90-tallet flere tusen utviklingshemmede mennesker ut av institusjonene, og tilbake til *muligheten* til å leve individuelle liv i det åpne norske samfunn. Omkring 20 000 norske borgere fikk garanti for at «den store innesperringen» som ble gjennomført i tiårene etter krigen var avsluttet. Hva med spesialistene, fagmiljøene, kompetanse- og ekspertrollene for utviklingshemmete i denne prosessen? Fulgte spesialistkunnskapen, rollene og de praktiske tjenester for utviklingshemmete med på veien ut i åpne og dermed nødvendigvis individualiserte samfunnsløsninger for den enkelte? Ut til et mest mulig fullverdig individuelt liv i og omgitt av de nye bofellesskapene, individuelle hjem, personalgruppene, hjelpevergene, PUH-tjenestene, dagtilbud og arbeidsplasser, kulturfestivaler og danseklubber? Var det faglige begrepsapparatet og organiseringsmodellene for spesialisttjenestene og fagligheten på høyde med utfordringene som fulgte i kjølvannet av reformprosessen? Eller fortsatte det faglige apparatet med kategoriserende og typologiserende tankegang basert på utviklingshemmete som gruppe, med «overskygging» av den enkeltes individualitet? Reformen åpnet for nye muligheter når det gjelder individuelt særpreget livsutforming kombinert med egne og tilpassete støttesystemer og behandlingstiltak ute i det åpne lokale samfunn. Men ivaretar fagfolkene og støtteapparatet disse mulighetene på en fullgod måte? Utformingen av tjenestesystemer for utviklingshemmete med utfordrende atferd og dobbeltdiagnoser blir først en faglig og praktisk utfordring i kjølvannet i reformen; hvor langt er habiliteringstjenesten og psykiatrien kommet i denne prosessen? Har vi utviklet samfunnsnære programmer og tjenester som gir helhetlig og samordnet psykiatrifaglige og habiliteringsfaglige tjenester med god tilgjengelighet for personer med utviklingshemmete. Det er godt nok dokumentert at individer med utviklingshemming tildels blir ekskludert fra eksisterende psykiatriske tjenestesystemer, og at habiliteringstjenesten arbeider tildels isolert fra psykiatrien. Det er behov for samfunnsnære og integrerende tjeneste-

**Psykisk Utviklingshemning:**  
denne kategoriseringen 'skaper' mennesker uten individuelt særpreget og egen personlighet



*Hva med utviklingshemning som kategori – kan begrepet virke til å vanskeliggjøre og hindre en faglighet som forholder seg til særpregete og individuelle mennesker.*

modeller som både samordner psykiatri og habilitering, samt leverer varene så nær brukerne som mulig.

Hva skjedde med spesialistenes faglighet og tjenestetilbud i reformprosessen? Ble spesialistenes faglighet flyttet fra gruppetenkning, avinstitusjonalisert, tilbakeført, og tilpasset en faglighet som kan

understøtte et individuelt livsforløp i det åpne samfunnet? Ble «psykisk utviklingshemning» som faglig objekt og emneområde preget av at utviklingshemmete ikke lenger var gjenstand for en global og standardisert omsorg og tjenester rettet mot gruppelev, men fikk muligheten til å leve individuelle og særpregete liv sammen med andre?

Vi tror at viktige men lite tematiserte forskyvnings og diskusjoner i fagmiljøene helt sentralt dreier seg om dette; at utviklingshemning som fagobjekt også nødvendigvis måtte redefineres på veien tilbake til samfunnet. Denne diskusjonen har vi ikke tatt i Norge; det er avslørende at fagmiljøene ennå snakker om om PUH-tjenester, om utviklingshemmete som fagobjekter.

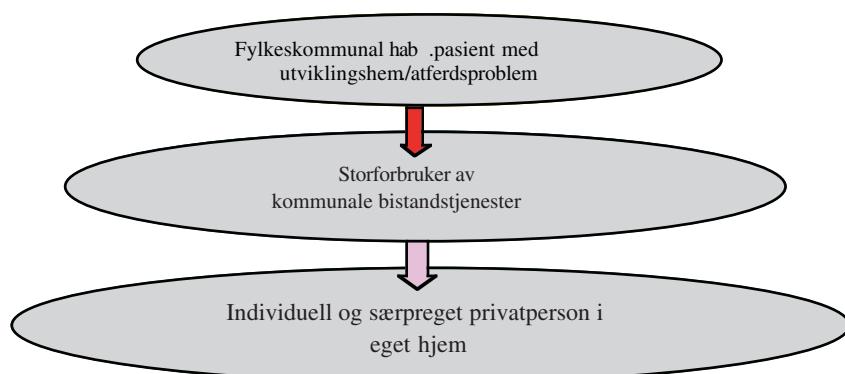
På overflaten kan man se dette ved at diskusjonen om habiliteringstjenesten på 90-tallet har hele veien tydelig avspeilet forholdet til reformen ved at man har lagt vekt på stikkord som utadrettet, ambulans, mobil – osv. Men i virkeligheten har ikke drøftingen av habiliteringstjenesten i Norge på noen særlig tydelig måte klar-



**Av Einar Lunga (bildet) som er psykolog og leder ved habiliteringstjenesten i Sogn og Fjordane og Roland Schwartz som er pedagog og habiliteringskonsulent samme sted.**

(Tor Visnes).

'Tre-nivåer-i-ett' modellen:  
hvordan samordne tre samtidige perspektiver på  
person-bruker-pasient ?



**Tre-i-ett modellen: omstrukturere begrepet om utviklingshemning som underordnet i forhold til den enkelte person med kompleks særpreget individualitet.**

### Forskning om samfunnsnære tjenester

- Innleggelsesbasert behandling og dens grenser; innleggelse som potensiell traumatisering, forlenging av dysfunksjonell tilstand
- Hjemmebasert behandlingsmodeller
- Skjerming
- Krise-tiltak
- Forsterking av lokale støttesystemer: «bærekraftige støttesystemer» som tåler brukeren
- Adaptive metoder: «terapeutisk livssituasjon», atferdsregulering gjennom miljø-løsninger
- Emosjonell relatering, gentle teaching, Befriending: å kommuniserte og samhandle med den enkelte som særpreget individ

### Lik tilgang til likeverdige tjenester: for utviklingshemmete

- Tilgjengelighet, levering, tilpasning
- Å levere tjenester for utv.hem. pas. der de kan virke best, i en virksom utforming:
- i pasientens nære miljø – bolig, personale og kultur i tiltaket, individualisert miljø og støtteprosess, familie og naboer/venner, aktivitetsmønster, kommunal struktur –
- som habiliteringsfaktorer

### Samfunnsnære tjenester for utviklingshemmete.

gjort hvilke forandringer i oppfatning av faglighet, spesialistroller, etc.. som helt nødvendig må komme som følge av reformprosessen. Det kan se ut som at andre krefter i og omkring det habiliteringsfaglige miljøet har fanget all eller det meste av oppmerksomheten, noe som dessverre bare har resultert i at tjenesten og dens faglighet stort sett har utviklet seg etter mønstrene for tradisjonelle spesialistavdelinger. Viktige spørsmål knyttet til faglighet og tjenestestruktur for utviklingshemmete i spesialistsystemet er ufullstendig avklart.

### Sogn og Fjordane: oversikt over trekk ved habiliteringstjenesten for voksne

- Fylkeskommunal spesialisttjeneste for utviklingshemmete og andre alvorlig funksjonshemmete med tyngre atferdsforstyrrelser og psykiske lidelser /dobbeltdiagnoser
- Utreddet/planlagt 95–96, startet opp utviklingsprosessen oktober 1997
- Lokalisert ved og administrert som spesialisert tjeneste fra Psykiatrisk klinikk i Førde

- Spesialavdeling for (RE) Habilitering/Habiliteringsbasert psykiatri = optimalisering av mental-atferdsmessig fungering ved tiltak rettet mot og iverksatt i pasientens naturlige livssammenheng i åpne tilbud
- Nettverk til 4 habiliteringsfaglige stillinger/hab.psykologer: ansatt i psykiatriske distriktsentra – først planlagt ansatt i Habtjenesten og plassert ved PDS
- Sentralteamet planlagt med totalt 7 stillinger: – full drift høst 1998
- Område-team oppstart 1999–2000 – planlagt med opptil 6 stillinger plassert i tidligere vertskommuner/PDS- områder: skal kjøre i spenn med Habpsykologene
- Bruk av innsatsmidler for å forsterke lokale støttesystemers bærekraftighet når det gjelder atferdskriser og kronisk utfordrende atferd

Habiliteringstjenesten for Voksne (Vhab) er en spesialisert tjenestekomponent i det samlede og samordnete rehabiliterings- og mentalhelse (MH)-systemet i Sogn og Fjordane. Tjenesten arbeider som i andre fylker overveiende ambulant. Hovedoppgaven er at den skal bistå og supplere omsorgs/helse- og sosial/psykiatri-tjenesten i kommunene og den ordinære psykiatrien med mentalhelse-relaterte tjenester til utviklingshemmete pasienter i åpne samfunnstilbud med særlig krevende og langvarig problematikk.. Tjenesten virker i et forholdsvis tynt befolket område uten større konsentrasjoner av folk, med kommuner som varierer mellom 1500–11000 mennesker. Reiseavstandene i SF fra sykehuset i Førde er forholdsvis store, med ca. 300 km. reise t/r/5 timer fra Førde til de mest fjerntliggende stedene.

De fleste av den spesifiserte pasientmålgruppen på ca. 320 personer såvel som andre tilsvarende pasientgrupper med tyngre grad av kognitiv svakfungering og alvorlige atferdsforstyrrelser og komplekse utviklingsforstyrrelser bor og lever i slike tettsteder. I noen kommuner er andelen utviklingshemmete mennesker forholdsvis mye høyere enn det som er vanlig på grunn av at mange av pasientene ble boende i vertskommuner for HVPU-institusjoner. I slike kommuner har man hatt vedvarende problemer med å bemanne de mest omfattende og krevende bistandstiltakene. Henvisning til Vhab.tjenesten går som hovedregel via de 4 psykiatriske poliklinikkene i fylket. Dette gjelder når primærproblemet er av psykiatrisk art. Når primærproblemet er forbundet med funksjonsproblemer og bruk av tvangstiltak overfor utfordrende atferd kan henholdsvis kommunelege og sosialfaglige ledere i kommunen henvisse til vhab.tjenesten.

De 4 psykiatriske poliklinikkene har egne habiliteringspsykiatriske stillinger

som skal rette oppmerksomheten mot utviklingshemmete/funksjonshemmete pasienter og sikre prioritering av og lik rett til likeverdige psykiatriske tjenester. Opprinnelig var dette psykologstillinger, men i dag drøfter man å utvide dette til fagkonsulenter i rehabiliterings/habiliteringspsykiatri. Fagpersonene i disse stillingene skal inngå i et faglig tjeneste-nettverk med Vhab.tjenesten og sentrale aktører i kommunale bistandssystemer. Dersom det er aktuelt med mentalhelse-relaterte innleggelse vil utviklingshemmete ha samme adgang til akuttpsykiatriske fasiliteter som andre pasientgrupper, og følge de ordinære systemene for dette. Vhab. tjenesten har egne fylkeskommunale økonomiske rammer. Totalbudsjettet er på 6.5 mill. pr år. Av dette går 2.6 mill til drift av sentralteamet, 1.3 til drift av områdeteam, og 2.6 mill. nyttes som innsatsmidler overfor enkeltpasienter som grunnet utviklingshemming/funksjonshemming ikke har likeverdig tilgang til psykiatriske tjenester i det ordinære apparatet i fylket.

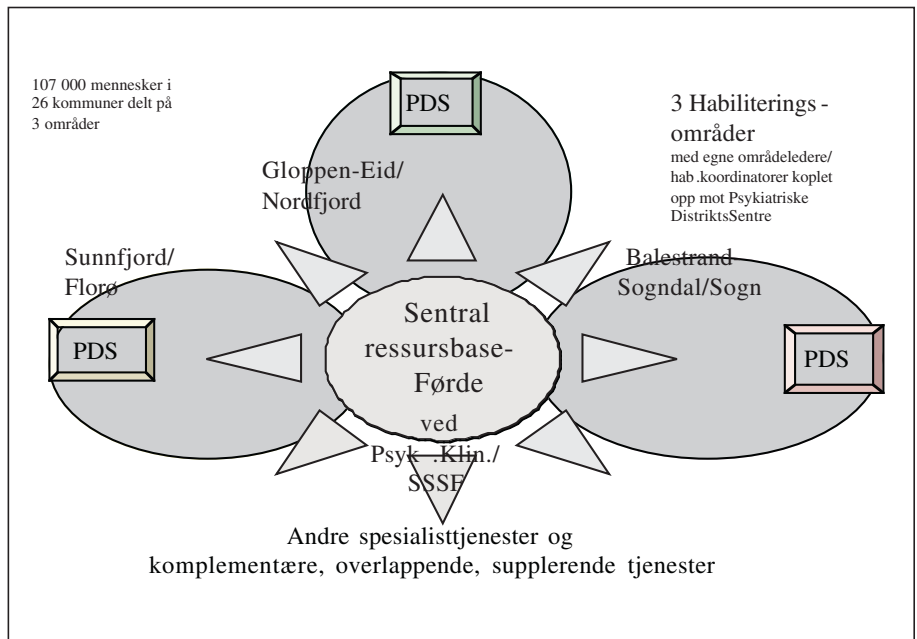
Selektivitet når det gjelder pasienter til hab.tjenesten: Dette gjør seg gjeldende i forhold til pasienter som kan gå til poliklinikkene. Og likeeens der det er mulig å løse problemer ved å styrke involvering fra kommunens helse- og sosialtjeneste og kommunale psykiatri-aktører. Vi vurderer pasientenes behov når det gjelder optimal tilgang til komplementære tjenester i det kommunale bistands- og kommunehelse-tjenesten.

Hab.tjenesten har i dag som prinsipp å unngå bruk av formelle ventelister. Vhab. tjenesten har i dag 7 hele fagstillinger og en kontoraglig stilling. Tjenesten har stilling som spesialistpsykolog i nevropsykologi/habilitering, og konsulentstillinger med ulike kompetanseområder: miljøterapi/målrettet miljøbehandling, atferdsbehandling, omgivelses/bolig-tilrettelegging, multisensorisk stimulering, ADHD/TS/Asperger-vurdering/behandling, samliv/ seksualitet hos funksjonshemmete, sosialtjenestelovgivning/6a.

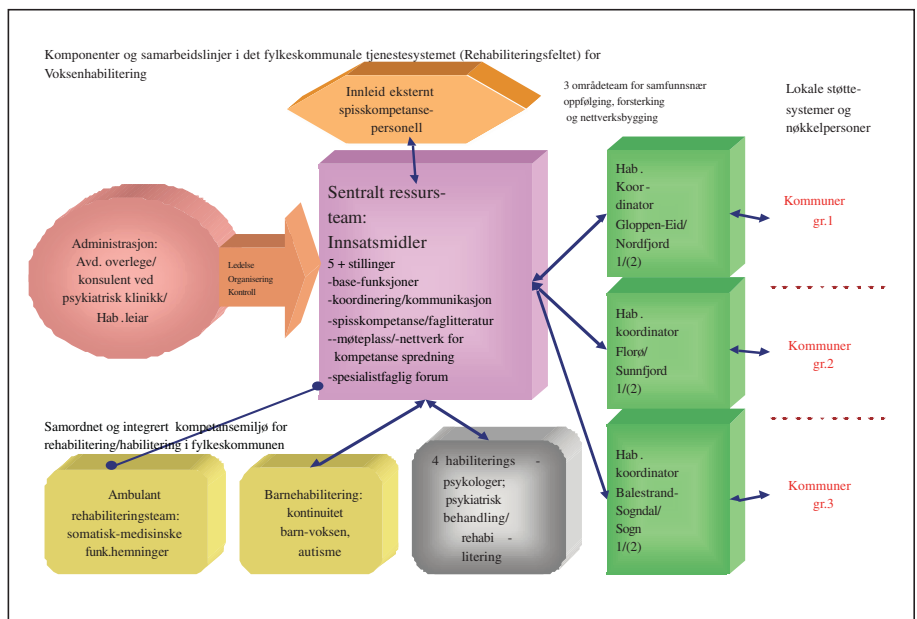
I tillegg nytter tjenesten deler av administrativ-økonomisk stilling ved psykiarisk klinikk i Førde, samt utstrakt bruk av innleide eksterntkonsulenter i psykiatrisk vurdering/behandling, spesialisert atferdsbehandling, organisasjonsutvikling/personalutvikling, og andre fagområder (f.eks. hab.planer).

### Hvorfor samfunnsnær hab.tjeneste!

Hvordan bør hab.tjenesten organiseres dersom man skal oppnå den samfunnsnærheten som er påkrevd og bidra til å løse problemene man møter hos målgruppen ute i virkeligheten? Kontraproduktive organiser-



### Tjenestens geografiske og logistiske struktur.



### Habiliteringstjenestens kompetansestruktur.

ing av VoksHab: egne adskilte avdelinger med distinkt input og utput, fullbemannet, andrelinje-basert, adskilt fra andre spesialisttjenester og lokale virkelige støttesystemer for funksjonshemmete personer.

En samfunnsnær organisasjon har som formål å kunne gi riktige svar, akseptable svar eller løsninger på de utviklingshemmete problemer slik de oppstår ute i det åpne samfunn. Hvordan kan man få dette til? Hva slags organiseringsprinsipper må nyttes for å utvikle en samfunnsnær habilitering som er robust og stabil, pålitelig og feiltolerant, virkelighetsnær. Vi trenger nye ideer for slike organisasjoner, i tråd med tenkningen om komplekse selvorganiserende systemer. Oppbygning og ut-

vikling av problemløsende spesialistorganisasjon som i viktige egenskaper ligner på og kan fungerer analogt med «naturlige sosiale nettverk» – eller makter å løse oppgaver på samme måte som disse. I stedet for formelle-profesjonelle og uformelle/naturlige organisasjoner, så må profesjonelle samfunnsnære organisasjoner i sin oppbygning og fungering imitere og etterligne naturlige sosiale organisasjoner. Nye organisatoriske teknikker: som kan håndtere kompleksitet, upålitelighet, feilutsattethet, sikre robusthet og akseptable løsninger – forutspesifisert koherent atferd. Kjenne-tegn på slike organisasjoner: En dynamisk og desentrert helhet: viktige sider ved organisering og planlegging er innebygd i

### Willie Suttons teori om bankran

- Hvorfor denne bankraneren på 30-tallet ranet banker: han svarte –
- «det er der pengene finnes»!

*Noen skissemessige tanker om prinsipper for post-reform organisering av hab.tjenesten for voksne: Likeverdige og samfunnsnære tjenester.*

### Oppbygning av fylkeskommunalt tjenestesystem for samfunnsnær habilitering:hovedkomponenter

- Sentral ressursbase
- Lokale område-team
- Komplementære, overlappende og supplerende systemer
- Ressurs-finning og rekruttering: Bruk av innsatsmidler for å forsterke lokale habiliteringsprosesser: Bærekraftige støttesystemer, robuste personalsystemer, habiliteringsprosesser, adaptive omgivelsestiltak, behandlingstiltak
- Nettverks-systemer: som samorganiserer og koordinerer potensielle nøkkelpersoner og kompetanse-bærere for bestemte pasienter
- Aktive og latente nettverk

### Fra organisasjon/fagkunnskap til handlingsorienterende prinsipper/ideologi

- Ikke statisk avdeling, men dynamisk organisasjon-under-ending/ tilpasning
- Ut av kontoret, redaksjons-modellen for samordning og on-the-road støtte
- Minimalisering av skriftlig produksjon
- Felles pasientsak-ansvar: gjensidig bruk av medarbeidere
- Engasjering av medarbeidere i lokale systemer: 1 1/2 linjen av nøkkelpersoner
- Prioritering av tidsbruk: til pasientnære praksiser

*Habilitering for utviklingshemmete i det åpne samfunn.*

### Metoder som sikrer samfunnsnærhet

- Horisontale kompetanse- og handlings-nettverk; utveksling av erfaringsbaserte løsninger
- Personsentrert planlegging og behandling: Bever-modellen
- Hjemmebasert habilitering/behandling
- Befriending, Tjommy-metoden
- Emosjonell relasjonsbygging: gentle teaching
- Håndtering av atferdskriser: evidensbaserte tiltak -korttidsskjerming, etc..
- Bærekraftige støttesystemer: Faglighet + tilpasset emosjonell kultur i tiltaket
- Delt saksansvar i teamet: overlapping, supplerer, back up
- Målrettet etablering av horisontale kompetanse- og handlings-nettverk mellom kommunene og miljøer i kommunene; med utveksling av erfaringsbaserte og praksisnære kunnskaper og løsningsmodeller
- Lokal håndtering av atferdskriser ved kroniske atferdsforstyrrelser: punktforsterking med innsatsmidler, utprøving av evidensbaserte tiltak – korttidsskjerming, etc..
- Utvikling av «bærekraftige støttesystemer» rundt krevende brukere: Faglighet + tilpasset emosjonell kultur i tiltaket
- Personsentrert planlegging : hva er et særpreget individ med utviklingshemning?
- Adaptiv metode: Bever-modellen
- Hjemmebasert habilitering/behandling
- Befriending, Tjommy-metoden
- Emosjonell relasjonsbygging: gentle teaching
- Tilpasset emosjonell kultur i tiltaket

*Fagligheten i habiliteringen: ledebilder og metoderegister for samfunnsnære tjenester.*

helheten. Emosjonell handlingskultur. Sterk konstruksjon. Tåler belastningene. Kanaliserte reaksjoner. Mekanismer som fastlåser reaksjoner til optimal, akseptabel type på variable input. Faglighet oversettes til dynamiske standarder, preferanser. Konfigurering av organisasjonens ressurser slik at den kan utvikle lokal intelligens basert i virkeligheten, en problemløsende evne som er situert, innvevd i lokale prosesser – dette i motsetning til en organisasjon med en global sentralisert intelligens.

Organisasjonens fungering baseres på lokal og virkelighetsnær heller enn global sentral intelligens og styring – konfigurering av ressursene i organisasjonen må skje på grunnlag av operering i en virkelig verden, i mulighetslandskapet av akseptable løsninger. Slik kan organisasjonen bygges på en praktisk og pragmatisk faglighet vitenskapelighet: som sikter mot å få faglig akseptabelt resultat ved rimelige faglige midler, uten å kjenne alle årsaker og betingelser og hva som hindrer det en ønsker. Organisasjonen må disponere delvis autonome komponenter som kan utføre konkrete og enestående oppgaver som møtes i den virkelige verden. Organisasjonen må i sin oppbygning inneholde skjulte mekanismer: en form for latente ressurser, beredskaps-ressurser som kommer til uttrykk når oppgavene krever det. Organisasjonen har da generativ kreativitet, evne til det man omtaler som «bricolage», der endrete settinger og problemer møtes med konkret rekombinering og konfigurering av ressurser. Organisasjonens dag til dag fungering må bygge på interaktiv planlegging, programmering som er situert i verden, i her-og-nå prosessen og gjennom å erfarer verden direkte, med forankring i dynamikken med verden. Problemløsningsprosessen vil dermed kunne springe ut av lokale interaksjonsregler basert på faglighet i tett samhandling med næromgivelsene.

**Oversikt over faglige hjelpemidler for systematisering i en samfunnsnær habilitering: kan skaffes ved henvendelse til habiliteringstjenesten i Sogn og Fjordane.**

1. Skjema for bruk av «Innsatsmidler» til tidsavgrenset forsterking av lokale løsninger og tiltak – hjemmebasert behandling
2. HabEva: Rutinemessig evaluering av funksjon og tilstand hos pasienter i åpne tilbud
3. Kriseskalering: Måleredskap for å vurdere samspill mellom individ-støttesystem i åpne tilbud
4. HabKval: Måleredskap for funksjonell oversikt over viktige kvalitetsindikatorer i lokalt habiliteringstilbud – kvalitetsmåling.