

# – Hun nærmet seg **pensjonsalder** og vi hadde behov for å **frigjøre en leilighet**

## *Mennesker med psykisk utviklingshemning på sykehjem*



**Hans Berger** er vernepleier og har jobbet som fagkonsulent i habiliteringstjenesten i Østfold, Seksjon voksenhabilitering, siden 1998. Tok videreutdanning i aldring og eldreomsorg i 2003.

**Unni Pedersen** er vernepleier og har siden 1992 arbeidet som fagkonsulent i Habiliteringstjenesten i Østfold, Seksjon voksenhabilitering. Hun tok også videreutdanning i aldring og eldreomsorg i 2003. Fra tidligere har hun videreutdanning i psykiske lidelser og aldersdemens hos psykisk utviklingshemmede. Forfatterne arbeider spesielt med temaet aldring og utviklingshemming i Habiliteringstjenesten. Artikkelen er skrevet på bakgrunn av selvvalgt fordypningsoppgave i videreutdanning i aldring og eldreomsorg i 2003.

Artikkelforfatterne har undersøkt innleggelsesårsaker, overgangsordninger, beboerens reaksjoner den første tiden, samt sykehjemmets tilrettelegging av noen dagliglivssituasjoner på fire sykehjem med utviklingshemmede beboere. Resultatene av undersøkelsen gir grunnlag for å sette spørsmålstegn ved både grunnlaget for innleggelsene, og sykehjemmenes evne og vilje til reell individuell tilrettelegging for denne gruppen beboere. De konkluderer med at en videre utvikling av tjenestetilbudet til eldre utviklingshemmede synes nødvendig.

Som følge av ansvarsreformen i omsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemning, iverksatt 1/1-91, har kommunene bygget ut boliger og tjenester til de som bodde i HVPU-institusjoner. Noen få av de aller eldste flyttet den gang direkte til sykehjem. 13 år etter reformen har enkelte (som opprinnelig flyttet til kommunale omsorgsboliger, bofellesskap eller samlokaliserte boliger) nå flyttet videre til sykehjem. I en rapport utarbeidet av sosial- og helsedepartementet om «Sykehjemmenes rolle og funksjon i fremtidens pleie- og omsorgstjenester» sies det at over tid kan økende levealder sammen med tidlig aldring (bl.a. utvikling av demens) føre til noe større behov for plass i sykehjem (Rapport 1999:44). Her påpekes det at behovet for flytting til sykehjem for funksjonshemmede, inkludert psykisk utviklingshemmede, ikke skal utelukkes av prinsipielle grunner. Dette må vurderes ut fra den enkeltes situasjon og pleiebehov, som hos andre eldre (ibid, s. 130). Det kan likevel synes uklart på hvilket tidspunkt hjelpebehovet hos personer med utviklingshemning blir så stort at sykehjemsinnleggelse er aktuelt, ikke minst fordi mange allerede i utgangspunktet mottar mye hjelp og tjenester i dagliglivet – i en del tilfeller på døgnbasis.

Stortingsmelding Nr. 50 (1996–97)

*Handlingsplan for eldreomsorgen*, sier det er et hovedmål at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. Nivået og omfanget av tjenestene skal tilpasses endringer i omsorgsbehovet. Aldrende funksjonshemmede mennesker oppfattes ofte å tilhøre en uklar kategori. Hører de hjemme i tiltak rettet mot eldre eller mot funksjonshemmede? I tillegg kan eldre med psykisk utviklingshemming sies å inneha en dobbelt stigmatisert posisjon i dagens samfunn, som dyrker de unge, friske og effektive menneskene (Thorsen 2003). Det er også et spørsmål hvordan samfunnet møter personer med psykisk utviklingshemming, og om dette har endret seg etter ansvarsreformen. Tidligere var det rådende synet at samfunnet burde skjermes for de som var annerledes og omvendt.

Vi vet en del om hvordan tilværelsen var på sentralinstitusjoner. Om det lille antallet personer med utviklingshemming som har flyttet på sykehjem og hvordan deres tilværelse er der vet vi mindre om. Så langt vi har klart å kartlegge, foreligger det lite forskning og litteratur om temaet. Vi ønsket i vår undersøkelse å belyse psykisk utviklingshemmede personers møte med et sykehjem og deres tilværelse der, gjennom beskrivelser gitt av ansatte som kjenner dem.

I undersøkelsen begrenset vi oss til å se på følgende deler av sykehjemstilværelsen:

1. Innleggelsesårsaker og overgangsordninger
2. Reaksjoner den første tiden som pasient
3. Gjennomføring av måltider i samvær med andre pasienter
4. Aktivitetsmuligheter utenom måltider og stell.

## Institusjonsomsorgen

En institusjon kan betraktes som *total* i den grad den er oppholdssted for et større antall likestilte individer, som sammen tilbringer en lukket, formelt administrert tilværelse, avskåret fra samfunnet utenfor i en lengre periode (Goffman 1967). I en total institusjon er det få skiller i forhold til hvor den enkelte oppholder seg i løpet av døgnet. Pasienten sover, er våken og utfører sine aktiviteter på samme sted, under samme myn-

dighet og ut fra hva som er rasjonelt. En stor del av pasientenes daglige gjøremål utføres i nærvær av en stor gruppe andre mennesker som behandles likt. De daglige rutinene følger et nøyaktig mønster

hvor det ene gjøremål avløses av det neste (ibid).

Ansvarsreformen, som avvirket institusjonsomsorgen for mennesker med psykisk utviklingshemming, ble gjennomført for å endre de negative forholdene som institusjonsomsorgen innebar for dem som bodde der. Forholdene på sentralinstitusjonene er beskrevet i flere utredninger og lovforarbeider i forkant av ansvarsreformen. Ansvaret for tjenesteytingen til denne gruppen mennesker ble med reformen overført fra fylkeskommunale sentralinstitusjoner til kommunene.

Vi antar at de rammene en institusjonsomsorg setter for mellommenneskelige forhold, også får betydning for tilværelsen til psykisk utviklingshemmede pasienter på et sykehjem.

For mange som kommer på sykehjem, vil sykehjeminnleggelsen være første, langvarige møte med en totalinstitusjon. For mange utviklingshemmede vil en sykehjeminnleggelse være en overgang fra en midlertidig tilværelse i kommunale boliger til en ny tilværelse på institusjon.

**For mange som kommer på sykehjem, vil sykehjeminnleggelsen være første, langvarige møte med en totalinstitusjon.**

## Livet på institusjon

Wulff Feldman (1991) peker på viktigheten av gruppetilhørighet generelt og på sykehus, pleiehjem og institusjoner spesielt. Vi er i særlig grad avhengige av små primærgrupper hvor man kjenner hverandre som for eksempel familien. I en institusjon kan de ansatte og andre pasienter på avdelingen utgjøre en slik primærgruppe. Primærgrupper preger våre handlinger og gir en nødvendig følelse av tilhørighet, trygghet, fellesskap, sikkerhet og anerkjennelse. Til gjengjeld forutsetter de at man overholder gruppas normer, d.v.s. uskrevne regler for hva som er riktig og galt i den gruppa det gjelder. Hva som betraktes som normalt og «sykt», sosialt og asosialt, vil variere fra gruppe til gruppe.

Vi antar at utviklingshemmede på sykehjem lett kan falle utenfor eventuelle grupper blant pasienter på sykehjem. Mange skiller seg fra den såkalte normalbefolkningen når det gjelder språk og atferd, i tillegg til kognitive vansker. Den generasjonen mennesker som nå bor på sykehjem er muligens preget av tidligere tiders syn på mennesker med psykisk utviklingshemning, som en gruppe mennesker som ble plassert for seg selv – på institusjon.

## Utviklingshemning og aldring

Aldrende utviklingshemmede mennesker rammes av de samme aldersrelaterte lidelser og sykdommer som andre mennesker, men er mer utsatt for helseproblemer. De med alvorlig eller dyp utviklingshemning er mer utsatt enn dem med lett utviklingshemning. Enkelte sykdommer som for eksempel epilepsi er hyppigere hos mennesker med psykisk utviklingshemning

enn hos andre. Også psykiske lidelser er mer utbredt. Personer med utviklingshemning lever generelt lenger enn før, og mange oppnår høy alder. Bedre levekår, bedre tjenester, bedre ernæring, normalisering og integrering i lokalmiljøet er viktige elementer (Thorsen 2003:49, Bjørklund og Molander 1995:55). Det er en stor utfordring å gi eldre utviklingshemmede gode

nok tilbud. Med dårlig utviklet språk og reduserte kognitive evner er det vanskelig å formidle ønsker, behov og eventuelle helsemessige plager. De kan lett bli oversett og overhørt. Det kan være vanskelig å

stille diagnoser, og det kan være problematisk å få tatt de nødvendige undersøkelser når sykdom oppstår (Thorsen 2003:50).

## Sykehjemets hovedoppgaver

Sykehjem er en kommunal helseinstitusjon hjemlet i lov om helsetjenesten i kommunene og regulert etter forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (rapport 1999:12). Sykehjem har i dag to sentrale oppgaver. Det ene er å være et medisinsk behandlingssted. Det andre er å være varig (og kollektiv) bolig for de sykeste og mest pleietrengende eldre (ibid, s. 167). De medisinske oppgavene blir ikke nærmere belyst her.

Rundskriv I-13/97\*, Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, sier at de overordnede målene for pleie og omsorgstjenester er å sørge for at alle med behov for slike tjenester får et tilfred-

**Vi antar at utviklingshemmede på sykehjem lett kan falle utenfor eventuelle grupper blant pasienter på sykehjem.**

\* 1. juli 2003 trådte det i kraft en ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene som avløser omtalte forskrift. Det er kun fortsatt mindre endringer, og veileder er enda ikke utarbeidet, derfor valgte vi å legge til grunn ovennevnte rundskrivet

stillende og mest mulig likeverdig tilbud, uavhengig av bosted, inntekt og sosial status. For funksjonshemmede (inkludert utviklingshemmede) er full deltaking og likestilling i samfunnet et uttrykt mål. Veilederen i rundskrivet gir utfyllende kommentarer på hvordan kommunene skal etterleve dette regelverket. Vi velger her å trekke frem enkelte sentrale punkter for de områdene vi ønsker å se nærmere på:

- Et tjenestetilbud som i størst mulig grad gir brukeren trygghet og er forutsigbart.
- Tilstrekkelig næring (mat og drikke)
- Tilpasset hjelp ved måltider og tid og ro til å spise
- Mulighet for samvær, sosial kontakt, felleskap og aktivitet
- Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter både inne og ute.

## Hvem bor på sykehjem?

De fleste som bor i sykehjem er alvorlig syke med omfattende behov for sykepleie og med sammensatte sykdommer eller har en sykdom eller en skade som har medført betydelig funksjonssvikt. «Inngangsbilletten» er som regel sykdom som krever behandling, eller at man har stort behov for kontinuerlig overvåkning og tilsyn. Pasientmassen i sykehjem er svært sammensatt, og mange har multifunksjonstap eller mange sykdommer med sammensatte diagnoser. Dette er erfaringer slik de kommer til uttrykk i utsagn fra kommuner, sykehjem og i ulike fagar tikler (Rapport 1999:71). Vi antar at dette kan variere noe fra kommune til kommune, ut fra

kommunestørrelse og hvor godt utbygde hjemmetjenestene er. Andre forhold som får betydning for innleggelsesårsaker er vedkommendes nettverk, og om for eksempel en ektefelle eventuelt kan gi hjelp i det daglige.

## Overgangen til livet som sykehjemspasient

Tonje Hougs rapport «Takk bare bra..?» (1996) tar for seg flytteprosessen og hverdagen på sykehjem. Rapporten sier bl.a.: «Uavhengig av alder er flytting en spesiell hendelse, som påvirker trivsel og velvære. Følelse av tap kan blant annet motvirkes av et erkjent behov for medisinsk og/eller menneskelig trygghet» (Houg 1996:30). Det går videre frem at *opplevelsen* av flytteprosessen har tre ulike påvirkningskrefter (ibid, s. 30). Den første er støtte fra familie og venner når avgjørelsen tas, samt videre hjelp og oppmuntring under flytteprosessen. Den andre handler om mulighet og evne til å forberede seg på den nye situasjonen. Den tredje er helse tilstanden, innsikt i egen mestringsevne og i hva omgivelsene kan tilby av hjelp.

Det er en stor omstilling å flytte fra sitt hjem og inn på institusjon. Omstillingsprosessen fortsetter også på sykehjemmet (ibid, s. 33).

Der må man tilpasse seg nye rutiner, regler, nye mennesker og nye situasjoner. Undersøkelser viser at de som har vært pasienter over et år, vegrer seg mer for å ta kontakt med personalet, enn de som

har vært der kortere tid. De utsettes for det man kaller institusjonalisering. Det vil si at pasientene glir inn i institusjonens rutiner og blir mer passive og initiativløse etter en stund på sykehjem.

**Det er en stor omstilling  
å flytte fra sitt hjem og inn på  
institusjon.**

## Valg av metode og innhenting av data

Vi benyttet følgende utvalgs-kriterier for informantene:

- Informanten skal ha sitt daglige arbeid på sykehjem
- Det skal være minimum en innlagt pasient ved sykehjemmet med diagnosen psykisk utviklingshemning
- Denne skal være innlagt som pasient etter 1/1-91.
- Informanten skal kjenne den utviklingshemmedes situasjon godt
- Det settes ingen krav til utdanning hos informanten

I litteraturen beskrives forskjeller på hvordan pasienter opplevde både flytteprosessen og det å være pasienter ut fra om det var by og land og store og små sykehjem (Slagvold 1986). For å få mest mulig variert informasjon, valgte vi ut til sammen fire sykehjem: Ett lite sykehjem i by, et lite sykehjem «på landet», et stort sykehjem i by og et stort sykehjem «på landet».

Intervjuene ble gjennomført på de ansattes arbeidsplass. Vi benyttet halvstrukturerte kvalitative intervjuer.

## Innleggelsesårsaker og overgangsordninger

Noe av det mest slående ved beskrivelsene er inntrykket av at det i enkelte tilfeller ser ut til å være *andre innleggelsesårsaker* for utviklingshemmede enn for den øvrige befolkningen. Det kan se ut som om hvem som er deres nærmeste naboer er av mer avgjørende karakter, enn den individuelle vurderingen av vedkommendes

pleie- og omsorgsbehov. Sammenholder en beskrivelsene med målsettingen for eldreomsorgen som sier at eldre skal få bo hjemme så lenge som mulig, ser dette prinsippet ut til å vike for andre hensyn.

Alle de utviklingshemmede i vårt data-grunnlag hadde et høyt bistandsbehov før de flyttet inn på sykehjem. Man kan spørre om det kan være økonomiske hensyn som ligger til grunn for en tidlig innleggelse. Det koster å gi et individuelt tilrettelagt tilbud:

*«Vedkommende nærmet seg pensjonsalder og vi hadde behov for å frigjøre en leilighet. Det var ganske stort alderssprik der og en del ting vedkommende ikke kunne være med på som de andre reiste på, aktiviteter og utflukter. Det var også snakk om at det var veldig urolig i bofellskapet i og med at det var unge folk. Man regnet med at det var roligere her og mer folk på vedkommendes alder.»*

Enkelte ansatte stilte spørsmålstegn ved at den utviklingshemmede ble flyttet til sykehjem:

*«Vedkommende kom på et sykehjem nesten litt for tidlig. Hadde kanskje i noen år hatt større utbytte av å bo i et bokollektiv for eldre hvor en kunne deltatt i litt flere aktiviteter utenfor. Det er ikke mulig å få til her. At vedkommende fikk bo et sted hvor vedkommende fikk lov til å være gammel. En flyr jo ikke rundt på samme aktiviteter når en blir gammel. En må huske på å la dem få lov til å bli gamle.»*

## Reaksjoner den første tiden som pasient

Flytting i seg selv er en spesiell hendelse. For utviklingshemmede vil en slik hendelse trolig være særlig vanskelig å takle. Rapporten «Takk bare bra» tar opp forhold som kan medvirke til

**Flytting i seg selv er en spesiell hendelse.**

å gjøre flytteprosessen lettere. Sentrale punkter her handler om mulighet og evne til å forberede seg på den nye situasjonen, samt innsikt i egen mestringsevne. På grunn av de utviklingshemmedes kognitive vansker vil mulighetene både for å forberede seg «mentalt» og forstå hvorfor, være begrenset.

Et annet moment er den *endringen av roller* som skjer ved innleggelse. Både Goffman og Hougs rapport sier noe om det svært begrensede antall roller som et sykehjem kan tilby. Den utviklingshemmede har i utgangspunktet et begrenset antall roller på grunn av sin kognitive svikt. Disse rollene er trolig sårbare og knyttet til kjente omgivelser og kjente personer. Ved overgang til livet som sykehjemspasient vil de miste alle sine opprinnelige roller, og ha store problemer med å skape nye:

«Det var ikke lett, vedkommende spurte ofte etter NN. Personalet tok med seg NN på besøk, og vedkommende var ofte på besøk selv. Til slutt skjærte hele opplegget seg, og de ble sinna på hverandre. Tenkte nok et eller annet rundt dette, klart vedkommende hadde en sorgprosess, var mer aggressiv da.»

«Det fungerer bedre nå. Han virker mer avslappet og trygg, er mindre sur og gråter ikke så lett. Vi føler det går mye bedre. Kan tenkes at en del av dette var sorgreaksjoner. Tror du skal være bra langt borte for du ikke registrerer den forandringa det blir. Bare det at det er ukjente fjes og ukjente mennesker, alt rundt deg er fremmed, det må du jo merke. Det tar tid og så merker vi at det blir mye bedre, at det retter seg. Og det har det jo gjort.»

«Vi hadde en del utagering i den perioden. Mest sannsynlig hadde det med flyttingen å gjøre. Det var kanskje en sorgprosess, for vedkommende

har jo ikke så veldig mye språk, så det blir naturlig å tenke sånn. Det var vi enige om at det var.»

Vanskene med å forberede seg mentalt, å forstå årsaker til innleggelse samt frarøvelse av kjente roller, gjør det klart at overgangen til en sykehjemstilværelse vil være en stor utfordring. I dette lyset kan man se beskrevne reaksjoner som gråt, «surhet», utagering og annen aggressiv atferd som normale reaksjoner på en uoversiktlig og uforståelig tilværelse.

## De øvrige sykehjemsbeboernes reaksjoner på innflytting

Noen av de mer *negative reaksjoner* kan henge sammen med at de som er sykehjemspasienter i dag, vokste opp i den tiden hvor utviklings-

hemmede ble sendt bort på institusjoner. Når de samme personene nå plasseres sammen med utviklingshemmede, kan behovet for distanse bli stort. Men en skal også huske på at det er normalt

å reagere på at mennesker oppfører seg annerledes. Det kan tenkes at de samme menneskene også har lignede reaksjoner overfor demente personer. Enkelte beskrivelser antyder også at reaksjonene kommer like mye fra andre pårørende. Reaksjonene her kan skyldes fortvilelse over situasjonen, og at de negative reaksjonene rammer den utviklingshemmede ved en tilfældighet:

«Vi hører mye mindre nå. I første reagerte de vel, men om det kommer av at vedkommende ikke er så mye ut på stua nå, for der sitter jo de som er litt mer friske.»

«Vedkommende har ikke språk, og kunne lage en del lyder. Det er vel noen som har reagert, ja. Til og med pårørende har gjort det. Men pasien-

**De utviklingshemmede pasientene inngår i liten grad i samvær eller i grupper med andre pasienter.**

tene her er jo godt voksne de og. En må jo tenke på hvilken generasjon det er, og hva slags uttrykk vi brukte for bare noen år siden. Det er jo et helt annet syn på alt mulig i dag. Vi kan liksom ikke begynne å mase så veldig på dem pasienten heller, eller dem andre. Selvfølgelig sier en til dem, men...»

Beskrivelsene må også ses i sammenheng med den utviklingshemmedes reaksjoner den første tiden som pasient.

## Gjennomføring av måltider sammen med andre pasienter

De utviklingshemmede pasientene inngår i liten grad i samvær eller i grupper med andre pasienter. Men flere steder går det fram at det generelt på sykehjemmet er lite samvær mellom pasientene: De er dårlige og har mer enn nok med seg selv. De fleste stedene holdes den utviklingshemmede utenfor gruppa ved måltider, ofte fordi atferden eller spiseferdighetene til den utviklingshemmede tidligere har ført til negative reaksjoner fra de andre pasientene.

Der hvor den utviklingshemmede pasienten skjermes unna eller spiser sammen med mer hjelpetrengende pasienter, har vedkommende *mistet spiseferdigheter*. Dette beskrives på flere steder. Dette kan selvsagt skyldes funksjonsfall, men de ansatte beskriver ikke andre tydelige tegn på dette hos de det gjelder. En mulig årsak er selvsagt negative tilbakemeldinger også i den lille, hjelpetrengende gruppa, og at de ansatte har erfart at det er enklere om man mater den utviklingshemmede pasienten:

*«Pasientene spiser i grupper, det gjør også vedkommende. Det er faste grupper hvor de har hver*

*sin plass. For noen er det viktig. Særlig blant de som sitter på stua her ute, som fungerer litt bedre. Vedkommende sitter ikke her ute nå lenger. Det hender vedkommende tar maten fra andre, så vi har en liten spisekrok inne og, og der sitter dem som vi mater, og som må ha litt mer tilsyn. Det er en mindre fast gruppe på en 5 – 6 stykker som vi må hjelpe. Der sitter vedkommende – selv om vedkommende klarer å spise selv. Der er vi jo flere pleiere, vi har jo mer tilsyn med dem som sitter der inne. Vedkommende trenger litt tilsyn til middag og sånn, må ofte ta maten på skjea og litt sånn. Det har blitt litt mer nødvendig etter hvert.»*

En av informantene forteller at de reaksjonene som har kommet fra de andre pasientene gjerne har vært henvendt til personalet:

*«Det var særlig en pasient som ofte tok meg litt til side og sa at det ikke var heldig at vedkommende satt sammen og spiste. Vedkommende klarte ikke å spise selv fordi det var så uappetittlig. Men det var aldri noen tilbakemeldinger*

*ved bordet. Den generasjonen er veldig høflig og tok det ikke opp i situasjonen, men heller diskret etterpå. Og ikke direkte til vedkommende.»*

*«Det er en sånn rar greie der som jeg ikke helt oppfattet, ikke til å begynne med i hvert fall. Jeg ble litt sår og syntes jeg skulle forsvare og sånn, men etter hvert har jeg vel gitt opp. Du kan ikke forvente det av personer på 80 – 90 år. De har større toleranse overfor pasienter som for eksempel har hatt slag. Det er slik de selv kan komme til å bli.»*

Også her sitter den utviklingshemmede beboeren for seg selv og spiser.

Vi får høre at pasientene ved flere av sykehjemmene kan spise alene dersom de ønsker det. Men de utviklingshemmede pasientene som

**Våre funn tilsier at både individuelle og kollektive aktiviteter forutsetter så god fungering hos pasienten at vedkommende er i stand til å delta på egenhånd.**

trenger en del hjelp, må sitte sammen med andre hjelpetrengende pasienter under måltider. Selv om det ikke framkommer direkte negative tilbakemeldinger i måltidene, antar vi at dette kan prege situasjonen likevel. Det ikke er bare manglende spiseferdigheter i seg selv som er grunnen til reaksjonene. Informantens utsagn om at slagpasienters problemer lettere aksepteres ved måltidene antyder dette. Den utviklingshemmede pasienten oppfattes som annerledes av de øvrige pasientene – sannsynligvis fordi vedkommende er utviklingshemmet. Det kan her se ut til å være et uløselig dilemma for de ansatte – skal man ta mest hensyn til den utviklingshemmedes behov eller til de øvrige pasientene? Finnes det tilretteleggingsmuligheter som kan ivareta alles interesser innenfor rammer man har til rådighet?

## Aktivitetmuligheter utenom stell og måltider

Ut fra intervjuene med de ansatte, går det fram at det er *liten grad av tilpasning av aktiviteter* til de utviklingshemmede pasientenes funksjonsnivå. Men vi får inntrykk av at aktivitetmulighetene generelt er få – for alle. Våre funn tilsier at både individuelle og kollektive aktiviteter forutsetter så god fungering hos pasienten at vedkommende er i stand til å delta på egenhånd. Har ikke pasienten nødvendige ressurser, er det ikke mulig å delta, da personalet ikke har kapasitet til å bistå. Alle de svake pasientene blir svært passive innenfor et slikt system, og de psykisk utviklingshemmede som også før de ble pasienter hadde behov for bistand til slik deltagelse, blir taperne:

*«Når Røde Kors er her, kan alle delta. Men da må det helst være pasienter som kan holde kaffekoppen selv, ellers må vi være med, og det kan vi ikke, vi kan ikke gå fra. Det er en del begrensinger på ressurser.»*

## Konklusjoner

I alle intervjuene kom det fram at de utviklingshemmede alle hadde bodd i bofellesskap eller samlokalisert bolig før de flyttet inn til sykehjem. Tre av personene hadde tidligere bodd på HVPU-institusjoner før de flyttet tilbake til kommunen i forbindelse med reformen. Når det gjaldt praktisk hjelp i hverdagen for å mestre å bo og leve, var det tidligere enten 1:1 eller 2:1 bemanning. Ut fra de beskrivelsene sykehjemsansatte har gitt, kan det se ut som om enkelte utviklingshemmedes møte med sykehjemmet har *andre årsaker* enn den øvrige befolkningen. For eksempel kan hvem som er naboer ha større betydning enn pleie- og omsorgsbehov.

Man *forventer at overgang* til en sykehjemstilværelse vil være vanskelig for denne gruppen. Dette forsøker man å imøtekomme ved økte ressurser knyttet til kjente personer i en overgangsfase, kombinert med overføring av informasjon. De utviklingshemmede viste i mange tilfeller *ulike reaksjoner* i form av gråt, «surhet», utagerende eller annen aggressivitet etter overgangen til livet som sykehjempasient. Dette kan sees som normale reaksjoner på en uoversiktlig og uforståelig tilværelse for et menneske med kognitiv svikt – en naturlig reaksjon i annen språkdrakt. Det at en utviklingshemmet pasient ikke fremviste slike reaksjoner kan muligens settes i sammenheng med vedkommendes institusjons-erfaringer fra tidligere.

De øvrige pasientenes reaksjoner på den utviklingshemmede ved innflytting er det vanskelig å si noe bestemt om. Det fortelles om både *negative reaksjoner* og andre typer reaksjoner som kan tyde på at noen pasienter definerer de utviklingshemmede som en annerledes pasientgruppe. Pasientenes reaksjoner må sees i lys av den utviklingshemmedes reaksjonsformer den første tiden som pasient. Dette kan muligens påvirke atferd og uttalelser.

Utviklingshemmede pasienter blir ofte skjermet fra de øvrige pasientene under måltider. De *deltar lite eller ikke i det sosiale fellesskapet rundt et måltid*. Det kan se ut som om personalet i slike situasjoner, dels på grunn av ressursknapphet, må velge løsninger som tilfredsstillende «flertallet» på bekostning av den individuelle tilretteleggingen ut fra vedkommendes funksjonsnivå.

Det er *liten grad av tilpasning av aktiviteter* til den utviklingshemmedes kognitive funksjonsnivå. Man kan se eksempler på at utviklingshemmede har utviklet enkle, nærmest selvstimulerende aktiviteter for å kunne sysselsette seg selv, mulig som en kompensasjon for en svært passiv tilværelse. Utviklingshemmede som før sykehjemsinnleggelse var avhengig av å ha bistand for å kunne delta i ulike aktiviteter ser ut til å være store tapere i dette systemet.

De ovennevnte områdene, problemer knyttet til måltider og aktiviteter, vil vi tro også gjelder for andre sykehjems pasienter med kognitive vansker, for eksempel demente som ikke får tilbud i spesielt tilrettede afdelinger. Bedre bemanning vil nok her løse en del dilemmaer for de sykehjemsansatte.

Resultatene fra undersøkelsen vår kan muligens brukes som indikatorer på områder det kan være aktuelt å se nærmere på. Funnene når det gjaldt innleggelsesårsaker for de utviklingshemmede var overraskende. Dette er et område som bør undersøkes nærmere. Hvis vårt inntrykk stemmer, kan man sette spørsmålsteget ved hvor langt man har kommet når det gjelder normalisering av tjenestetilbudet til enkelte utviklingshemmede. Målene for eldreomsorgen gjelder for alle, også eldre utviklingshemmede. En videreutvikling av tjenestetilbudet til eldre utviklingshemmede synes nødvendig.

## Litteraturliste

- Ansvar for tiltak og tjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming. Oslo: Sosialdepartementet. (St.meld. nr. 67, 1986–87)
- Björkman, Monica og Lars Molander (1995). När utvecklingsstörda åldras. Eskilstuna: TunaTryck AB.
- Dalland, Olav (1997). Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Universitetsforlaget.
- Feldman, Wulff (1991). Hospitalpsykologi. København: Munksgaard
- Goffman, Erving (1967). Anstalt og menneske. København: Jørgen Paludans forlag
- Handlingsplan for eldreomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. (St.meld. nr 50, 1996–97)
- Houg, Tonje (1996). «Takk bare bra ...?» Flytteprosessen og hverdagen på sykehjem. Forskningsstiftelsen FaFo. Falck Hurtigtrykk.
- Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. (Rundskriv I-13/97)
- Midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privatpleie under det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingshemmede. Oslo: Sosialdepartementet. (Ot.prp. nr. 49, 1987–88)
- Rapport (1999). Sykehjemmenes rolle og funksjon i fremtidens pleie- og omsorgstjenester Sosial- og helsedepartementet.
- Slagvold, Britt (1986). Sykehjemmet et sosialt system: Fire artikler fra en undersøkelse om små og store sykehjem. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Thorsen, Kirsten (2003). Å falle mellom alle stoler? – om aldring blant funksjonshemmede. I: Nordisk sosialt arbeid nr. 1, 2003, s. 46–56.
- Aadland, Einar (1997). Og eg ser på deg... Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag. Otta: Tano Aschehoug.