Rapport

SAMORDNINGSRÅDET (SOR) Nr. 3 - 1996 - 42. årgang



Fra SOR's fagkonferanse i Bergen 15.–17. april 96

- Et godt liv – et godt miljø
- Gode utviklingsmiljø
- Aldring og Demens-utviklig
- Livskvalitet

Rapport nr. 3 - 96

Utgiver:	SAMORDNINGSRÅDET – Råd for samordning av humanitært og yrkesmessig arbeid for mennesker med psykisk utviklingshemming.
Leder:	Orvar Thorsrud, Lyngvn. 8, 2312 Ottestad, tlf. 6257 6248
Sekretær:	Tormod Mjaaseth, Hamreheia 17, 4631 Kristiansand S. Tlf. 3809 4170, Fax 3809 4173
Redaktør:	Leder i Samordningsrådet
Red.komité:	Orvar Thorsrud, Tormod Mjaaseth og Gunnar Brekke Fax: 55 31 50 56

Rapport kommer ut med 6 nummer i året.
Abonnementspris kr. 100,– pr. år.

ABONNEMENT/ADRESSE-FORANDRINGER:
Sekretariatet, Hamreheia 17,
4631 Kristiansand S.
Tlf. 3809 4170, Fax 3809 4173
Bankgiro: 1813.10.53580
Postgiro: 0808 5094735

Annonser:
RAPPORT
Søndre Torv 2B
3500 Hønefoss
Tlf. 3212 1870
Bankgiro: 2320.07.17384
Postgiro: 0826 0707273

Manuskripter:
Sendes sekretariatet

SOR's Forskningsfond:
Gunnar Brekke
Gutenbergsvei 23, 5035 Bergen
Tlf. 5531 4116 (privat)
Fax. 55 31 50 56

Trykk:
Holmestrand Handelstrykkeri as
3080 Holmestrand

INNHOLD I DETTE NUMMER:

Leder 1

Et godt liv – et godt miljø
Av Magne Raundalen 2

Gode utviklingsmiljø – et nordisk perspektiv
Av Ole Lauth 10

Fordypningsseminar:
Aldring og demensutvikling hos mennesker med psykisk utviklingshemming 15

Kulturkonferanse i Drammen
Kultur – et gode for de få? 17

Livskvalitet
Av Lasse Tømte 26

Klipp fra «Min nye hverdag» 28

To sider av samme sak

- reformen skapte omveltning som former fremtiden.

Motstanden mot reformen er ikke over, sies det.

Om noen fremdeles kjemper mot reformen eller for den slags skyld for reformen, er de for sent ute - reformen er gjennomført og avsluttet.

Dagens debatt må forholde seg til dagens utfordringer og krav - til den nye virkelighet reformen har skapt. Det tjener ingen, heller ikke etterpåklokskapen, å agitere for eller imot reformen - den er avsluttet.

Debatt og uenighet i reformperioden, eller reformperiodens moral og disiplin kan hverken videreføres under dagens forhold eller være representativ for den kunnskap folk har idag, som pårørende, naboer, politikere eller bistandsytere.

Det er forskernes oppgave å fordype seg i fortiden, analysere prosesser og resultater for ytterligere kunnskap. Den kunnskapen skal brukes, ikke som etterpåklokskap, men som kompetanse for utvikling. Og så må folk flest bruke sine erfaringer og dermed sin nye kunnskap til beste for morgendagen.

Samfunnsbevisste og engasjerte borgere må i tillegg sørge for en åpen og fri sosialpolitisk debatt for videreføring av den utvikling reformen startet.

En fri og åpen debatt har plass for alle problemstillinger

Er problemstillingen ensomhet eller manglende tilgjengelighet til kultur- og fritidsgoder, så må problemet taes på alvor som en aktuell utfordring for morgendagens samfunn.
Det hjelper lite om ensomheten var større eller mindre «før i tiden.»

Er problemstillingen rettssikkerhet eller «tvangslov» må saken diskuteres og finne sin løsning ut fra dagens virkelighet - ulike standpunkt og løsningsmodeller skal ikke tolkes som for eller imot reformen, men som ytringer i en debatt alle kan vokse på.

Slike eksempler på aktuelle problemstillinger i reformens kjølvann forteller egentlig at gode levekår og livskvalitet for vår nye nabo, må vinnes over tid - prosessen er så vidt startet.

Selvfølgelig er det slik at reformperioden fortjener kritikk for sine feilslag og fiksjoner, selv om reformen var banebrytende også i historisk sammenheng.

Selvfølgelig er det også slik at reformens ideologiske program skapte større forventninger enn reformen kunne innfri.

Likevel, morgendagens program er klinkende klart:

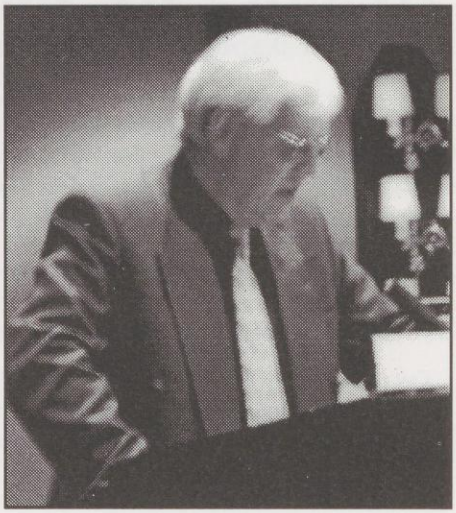
Reformens banebrytende innhold må videreføres - å inkludere mennesker med psykisk utviklingshemming i vårt alminnelige samfunnsliv.

Den frie og åpne debatt vil kunne skape forutsetningene:

- politikere med mot å prioritere utvikling, innfri sine løfter
- bistandsytere med mot å være medmennesker i sitt yrke og fag
- og en opinion med mot å basere sin kamp mer på fakta enn slagord og paroler.

GB

Et godt liv - et godt miljø



AV MAGNE RAUNDALEN
SENTER FOR KRISEPSYKOLOGI, BERGEN

Formålet med dette innlegget er å presentere noen overskrifter og tankemåter som kan være til inspirasjon for de som skal planlegge og delta i tilretteleggingen av et godt liv og et godt miljø for personer som ikke uten videre kan bli overlatt helt til seg selv. Personer som ville få en ringere livskvalitet uten deg og dere, uten de anstrengelser som dere gjør i det daglige. Dere har møtt dem, jeg har ikke. Målet mitt er derfor å presentere begrepet slik at dine anstrengelser skal bli mer målrettede og målene tydeligere.

Et godt liv

Ingen kan bestemme for en annen hva et godt liv er for den personen. For noen vil det gode liv sentrere rundt penger, det å bli rik så rik som mulig og bruke så mye som mulig, eller spare så mye som mulig. For andre det å skaffe seg kunnskap og innsikt, bli så klok som mulig. For atter andre å bli så gode som mulig innenfor en idrettsgren og for noen å perfeksjonere seg i kriminalitet, for atter andre makt og innflytelse. Og ikke nok med det: kultur, oppdragelse, bakgrunn, muligheter, evner og utviklingsnivå vil sette rammene for et godt liv. Det betyr likevel ikke at vi må avlyse enhver refleksjon og diskusjon om det gode liv og forøvrig plassere det hos individet som eget ansvar og eget valg. Her kommer min første tilnærming til en diskusjon og en samtale om det gode liv med det for øye å få nye tanker og ny inspirasjon til å bedre livet for de som mer eller mindre er i vår varetekt.

Siden jeg her nærmer meg tema fra en allmenn synsvinkel kan jeg like godt begynne med meg og deg uten å adressere det til en bestemt gruppe i en bestemt livssituasjon.

Jeg tenker meg at man lever det gode liv i tre etasjer. I øverste etasje har vi *relasjonene* våre. De som vi er relatert til som det

heter. Det er altså relasjons-etasjen. Der bor de nære som vi har ansvaret for, barn, ektefelle, familie. Der bor slekt og venner, men det bor flere i relasjons-etasjen: Folk som vi arbeider nært sammen med, mennesker vi møter, folk vi inviterer, de vi blir invitert til, de det er naturlig å dele store og små familiebegivenheter, baredåp, konfirmasjoner, bryllup og begravelse for eksempel. Det er de som vil få vite om meg hvis jeg er blitt syk, hvis jeg har opplevd noe spesielt positivt, når jeg blir bestefar og slikt videre.

I etasjen under har vi *opplevelsene* våre. Vår tankeverden, vårt syn på livet, religion, her er bøkene våre, kunst, kultur, musikk, rus, her er drømmene om nye steder, nye mennesker, nye tanker, her formes målene våre for det gode liv, *Opplevelses-etasjen* er en mangfoldig arena.

Første etasje kaller jeg *aktivitets-etasjen*. Den eksekutive delen av livet for å si det litt fint. Det jeg gjør, dit jeg reiser, det jeg deltar i helt konkret, her har jeg plassert alle tingene som vi eier, handlingene våre og det som vi har handlet, penger og planer, action.

Jeg har også kalt dette huset for det gode liv etter forbokstavene til relasjonene, opplevelsene og aktivitetenen, det vil si huset heter ROA. Det gjelder å få roa seg. Og allerede her kommer noen sentrale tanker for dagens tema. Slik som jeg har sett menneskene i verden i ulike livssituasjoner, ulik bakgrunn og med ulikt funksjonsnivå beveger de seg og lever og bor i disse etasjene. Og ikke nok med det, jeg vil også påstå at man forsøker å finne en balanse mellom disse til dels forskjellige og til dels overlappende livsområder. Det skal jeg komme tilbake til. Nytten jeg har hatt av denne inndelingen har vært spesiell når jeg f.eks. skulle forholde meg til mennesker i forskjellige livssituasjoner, f.eks. alvorlig syke barn. Hvilken endringer skjer og hvilken ubalanse oppstår i en slik livssituasjon hva angår relasjonene, opplevelsene og aktivitetene når det stort sett er mor ved sengekanten og forøvrig helsepersonell, når aktivitetene er begrenset til sengen og som står på et isolat, og når når opplevelsene er begrenset til yatzy, blokk og fargeblyanter og TV? Spørsmålet som kan være interessant og viktig når vi skal se på det gode liv, er om hvordan vi kan kompensere for skjevheter i balansen på bakgrunn av spesifikke livshendelser eller mer varige livssituasjoner som forskyver og begrenser mulighetene innen områdene for det gode liv. Hvordan kan vi ved å analysere relasjonslivet, forsterke, forbedre og intensivere dette innenfor en institusjon, et bokollektiv, vernede boliger? Hvordan kan vi utvide og berike en opplevelsesverden tilpasset situasjonen, utvikle mottakerevne? Hvordan kan vi tilrettelegge, planlegge og prioritere en tilpasset aktivitetsverden ut fra muligheter og rettigheter som individet har i bestemte livsforhold?

For å fortsette de mer allmenne refleksjonene kan jeg si at i mitt liv som psykolog har jeg arbeidet mye med mennesker som har hatt ubalanse i livet i øverste etasje. Det har vært relasjoner som har skapt problemene. Noen har kanskje vært alt for relasjonsavhengige og hvis de er avhengig på andre måter så får kanskje også relasjonene dimensjoner som er viktig å analysere. De som har satset alt på mennesker og på forholdsvis få,kanskje bare på mann eller kone, på barn, kan oppleve at hele livet faller sammen hvis det blir forskyvninger i dette systemet. Dermed er vi kommet fram til en konklusjon, at jo færre, jo mer bestemte, og jo mere avhengig man er av sine relasjoner desto mer prisgitt er man dem og desto større jordskjelv kan man få i sitt gode liv. Fordi man ikke har «noe å falle tilbake på».

Men de er også kommet til meg de som har satset alt på opplevelslesverden, nye

viner, nye piker, nye dikt, nye strender, mer rus. Kanskje har de hatt en kunstnerisk legning, de har levd med spesiell intensivitet i sin opplevelsesverden som ikke har vært lett å få tilfredsstilt i det hele grå hverdagslivet, rusen har tatt overhånd. Men jeg har også sett at de som har skullet mestre en vanskelig relasjonsverden har kunnet balansere denne med å øke og berike opplevelsesverden med kunst, kultur, skrive dagbok, melde seg inn i en bevegelse, søke dybdene i religiøse kanaler og slik videre.

Livet har fått et nytt innhold

En gruppe som jeg har møtt gjennom årene er kanskje minst relevant her, men la de være nevnt, det er de som selvvalgt har forsømt relasjonene, avlyst opplevelsene og hengitt seg til en utøvende aktivitetsstil som har tatt all tid og mesteparten av kreftene. De er blitt brent ut, burned out. Opplevelsesevnen er forvitret og langt bak seg har de en rad med sviktede relasjoner.

Mitt utgangspunkt er altså at vi uavhengig av stand og kapasitet og bakgrunn forsøker å finne en psykologisk balanse i det gode liv under ulike forhold og at vi er avhengig av den harmoni vi klarer å skape i disse tre etasjene. Det finnes mange individuelle variasjoner og varianter, men jeg tror likevel at den ensidige satsing på opphold i en av de tre etasjene etterhvert kan få stor betydning for trivselen i hele huset. Jeg tror også at det er slik at balanse ikke er individuell, men at den endrer seg med år og alder for den enkelte og at livssituasjoner som er preget av sykdom, det å være flyktning, det å bli gammel, det å være psykisk utviklingshemmet i ulik grad, har store implikasjoner. Min utfordring til dere som har ansvar for at psykisk utviklingshemmede skal få et bedre liv er at dere mer systematisk analyserer for gruppen og for det enkelte individ styrkinger, bedringer, utvidelser av relasjonsverden, intensiveringer, berikelser og muligheter til en utvidet opplevelsesfære og hvileløst arbeide med hvordan aktivitetsverden kan balansere med mulighetene f.eks. for en slik grunnleggende aktivitet som arbeid, men også andre prøvede eller uprøvede ideer.

Et godt miljø

Et godt miljø er avhengig av visse trekk hos de personene som befinner seg der. Når jeg sier personlighetstrekk kan vi si at noe av det gode miljøet er forhåndslagret hos individet. Det blir likevel bare delvis riktig i og med at et miljø har i seg muligheter og styrke iallfall inenfor visse rammer, til å hemme og fremme så vel positive som negative personlighetstrekk. For vår diskusjon her og nå har jeg valgt to viktige områder for å fremme et godt miljø. Med det samme formål som tankene om det gode liv, nemlig at en fokusering på det viktige for ikke å si det viktigste kan struktureres og bedre våre handlinger og muligheter til å skape et godt miljø. Her kommer de to viktigste, personlighetsfaktorene for et godt miljø:

1) utviklig av empati, fremming av innlevelse, hjelpsomhet og omsorg for andre i miljøet.

2) styring og kontroll av de negative miljøforurensingene knyttet til aggressiv, negativ væremåte.

Siden min innsikt i funksjonsnivå og muligheter for praktiske program i denne sammenheng hva angår psykisk utviklingshemmede er verre en begrenset, vil jeg også her måtte holde meg til allmenne refleksjoner slik at det blir opp til dere, ikke å lytte for å sluke, men for å se hva dere kan bruke (her kommer jeg til å diktere

inn de vesentlige faktorer som fremmer empati og hemmer aggresjon).

Selvforståelse og selvbilde

Kanskje er det slik at det gode liv og det gode miljø i sterk grad henger sammen med hvordan individet forstår seg selv og dermed tolker den vérden det lever i. Når vi arbeider med barn og voksne med ulike forutsetninger, ulikheter som kan ha så store dimensjoner at det dreier seg om muligheten til å kommunisere med språk eller ikke. På den annen side bør vi ikke for lett avvise et almenmenneskelig resonnement som ikke anvendbart for en gruppe vi med alle andre midler forsøker å gjøre til en del av det alminnelige mellommenneskelige fellesskap.

Når jeg nå vil si noe om selvforståelse og selvbilde blir det igjen opp til de, det vil si dere som skal stå i det daglige arbeidet med utviklingshemmede, å avgjøre hvorvidt tenkemåte og begreper kan være en hjelp til å styrke kvaliteten i arbeidet.

En persons selvforståelse henger nøye sammen med selvoppfatning eller det som vi også mer upresist kaller selvbilde. Slik som jeg tolker forskningen på dette feltet er en persons selvoppfatning blant de mer konstante trekk i hans eller hennes mentale verden. Det kan også se ut som om mennesket rent generelt tilstreber denne stabiliteten slik at de vil måtte motsette seg endringer endog når det er til det positive. Derfor er det vel et godt råd at endringer i selvoppfatning er en trinnvis prosess hvor man må ta steg for steg og ikke tro at man kan trykke på heisknappene og komme seg fort opp. Grunnlaget for disse refleksjonene er at selvoppfatning har en slik sentral plass i forståelsen av verden, tolkningen av signalene utenfor og at den er den eneste strukturerende enhet for individet. På mange måter ser jeg på den som en slags omformer som tar inn signalene som kommer fra radaren på verden, på menneskene, fra opplevelsene, fra aktivitetene og så tilpasser de den strukturen som man har fått etablert for sin selvoppfatning. Det er klart at man kan ikke drive å skru på og innstille og endre frekvens eller kanal på en slik viktig omformer over natten. Det er faktisk forskning som viser at store positive endringer i en persons liv kan være så vanskelig å integrere i selvoppfatningsmønsteret at de tapes for krefter og blir fysisk syke hvis for mye godt hender for ofte over et lengre tidsrom.

Når det gjelder en persons selvforståelse vil jeg streife innom den med fire faktorer og i utgangspunktet bare slå fast at grunnlaget for et postivt selvbilde synes å være en så klar og god selvforståelse som mulig.

Den første faktoren kalles *kontinuitet*. Det vil si oppleved sammenheng i selvoppfatelsen, jeg er den samme nå som for to år siden, jeg vil også være den samme i framtiden og det mest konstante ved meg er utseende mitt som ikke forandrer seg så raskt at jeg synes at jeg er forskjellig fra uke til uke, og navnet mitt som er det samme, og som folk stadig bekrefter meg ved at de bruker det. Opplevd kontinuitet kan ha sterk sammenheng med hvordan livets omskiftelser kan være, alt fra barneårene, gjennom skole og voksenalder og store endringer som skjer også etter den tid. Videre kan evnen til å oppleve kontinuitet i et skiftende turbulent liv sikkert være avhengig av mental kapasitet. Formålet med å påpeke dette er å minne om hva vi kan gjøre for å hjelpe ulike individer i ulike livssituasjoner og med ulike kapasiteter til å oppleve sammenhengen i livet. Det er all grunn til, sett ut fra annen forskning også, å anse en slik opplevelse som sterkt sammenhengende med opplevd mental helse.

Det andre begrepet jeg vil trekke fram i denne sammenhengen kalles klarhet, det

vil si at en person søker *klarhet* ut fra de ytre påvirkningene, meldingene, avspeilingene og de indre kapasitetene til å systematisere disse. For å oppnå en slik klarhet er det viktig at vi som er rundt personen og individet gir så klare meldinger som mulig tilpasset alder og utviklingsnivå.

Den tredje faktoren som blir nevnt i litteraturen ligner ganske mye på aktivitetsetasjen i livsområdene. Den blir kalt *handlingsrettethet*. Det vil si at vi på mange måter definerer oss som person og finner ut «hvem vi er» gjennom de handlingene og den kontrollen vi har på livet vårt. Det blir derfor av stor betydning å styrke personens autonomi som vi kaller det, evnen til å styre så mye som mulig av sitt eget liv og samtidig arbeide for å gjøre en komplisert verden forutsigbar og forståelig fordi den er knyttet til selvforståelsen.

Det siste begrep er forskjellig fra de andre og har fått betegnelsen *reflektivitet*. Det tar sitt utgangspunkt i det universelle fenomen at alle mennesker til alle tider har kunnet forutsi noe om seg selv. Selvsagt også her avhengig av språklig kapasitet og forståelsesnivå. Men ikke bare har de kunnet si hvem de er, hvor de kommer fra, hvilken nasjonalitet de har, men også hvordan de har det, og hvordan de hadde det i går og i fjor sommer, og hvordan de tror de kommer til å få det. De kan gi rapport fra innsiden og de kan reflektere. Noen ganger har jeg sett i min praksis, spesielt i arbeidet med krigsskadde barn, at verden har blitt så voldsom og komplisert at selve motoren i selvforståelsen, refleksjonen, er stanset opp. Oppgaven har da vært med enkle midler å begynne å skrive dagbok, begynne å systematisere verden, åpne opp for at det går ann å reflektere både over det verste og at det finnes lysløype i kaoset. Hvis vi anser utvidelse og utvikling av selvforståelse sem en grunnleggende faktor i det gode liv og for å delta i et godt miljø kan kanskje disse begrepsrammene være det første steget. Det vil si at vi diskuterer og systematiserer hvordan vi kan styrke kontinuitetsopplevelsen, klarheten, kontrollen, forutsigbarheten, og finne det rette nivå for å reflektere over seg selv og over livet. Deretter kommer selvbilde-faktorer og til slutt meningen med livet.

Personlighetsfaktor og det gode miljø

Hvis vi skulle liste opp alle de personlighetsfaktorene som kunne være betydningsfulle for et godt miljø hadde vi nok å ta av. Jeg vil derfor begrense meg til to. Det vil si de to viktigste fordi det gir oss muligheter til å undersøke om mange av de andre positive og negative atferdsformene som vi ser på som viktige for et godt miljø, egentlig er grener på samme stamme; som vi lett kan følge ned til roten. Kanskje er det slik at disse to faktorene om vi skulle kalle dem det, litt bredt formulert kunne kalles roten til alt godt og roten til alt vondt.

Det jeg har i tankene er menneskens empati. Det vil si deres innlevelsesevne, deres mentale kapasitet til å sette seg inn i andres situasjon, leve seg inn i deres liv, tenke, kjenne og ville hjelpe de som har det vondt. På den annen side den menneskelige aggresjon, den negative og mobiliserbare kraft som sikter seg inn på å angripe, såre og skade en annen person.

I og med at begge disse atferdstendensene viser seg å være svært stabile, individuelle personlighetstrekk som gjentar seg og gjentar seg på tvers av situasjoner endog med små og få elementer av hjelpebehov, eller de repeterer og repeterer seg i en rekke sammenstøt med svært få og svært små elementer av provokasjon og ubehag. Og ikke nok med det, det er all grunn til å tenke på den positive empatien og den negative aggresjonen som personlighetsten-

denser med utspring i tidlig sosalisering gjennom barneoppdragelse. Det vil med andre ord si at en del av det gode miljø er forhåndslagret i barndommen til de personer som skal samhandle og samarbeide for å få miljøet til å bli godt. Det vil likevel ikke si at vi er prisgitt tilfeldigheter. De som søker yrker som innebærer hjelp til andre gjør dette i stor grad ut fra sin empatiprofil. De gjør det fordi det stemmer overens med deres personlighet og det de anser som viktig i livet. Slik jeg ser det er derfor ikke empati-ressursene det store problemet for å få et godt miljø når hovedoppgaven er støtte, hjelpe, utvikle og lage et godt miljø for andre. De er der hos deg, det kan du takke dine foreldre for. Jeg ser derfor hverken behov for eller muligheter til å utvikle empatitester som skulle anvendes for å plukke ut personer til hjelpeyrker. Det som vi imidlertidig skal være oppmerksom på, det er at sterkt empatiske motiverte personer kan ha vanskligheter med å tåle og finne levemåter i et hardt og krevende miljø som mye av tiden ber dem om å mobilisere alt annet enn den myke empatien. Det er likevel mulig. Legeyrket blir for en stor del rekruttert av personer ut fra empatisk holdning. Likevel kan de leve hele livet som kirurger. De har en avansert empati hvor de uten videre kan tolerere og gjøre noe meget vondt for å oppnå noe godt, men de har det lettere enn miljøarbeidere fordi de kan være helt sikre på og har vitenskapen på sin side, for at det smertefulle de gjør er nødvendig og vil få et positivt sluttresultat. I et hardt miljø kan den gode empatiske samarbeidsinnstilte miljøarbeideren hvis hverken mål eller midler blir skikkelig spesifisert, føle seg som en dårligere og dårligere og til slutt en ond person som lever på tvers av alt han eller hun holder for godt og riktig, dermed kan empatien sprekke. En sterkt innstilt empatisk person kan også bli et lett bytte for aggressive maktpersoner som finner godt miljø som en perfekt arena for sin utfoldelse. Dette er imidlertid utenfor mitt fagområde og det skal jeg la ligge. Det som blir viktig er at man bevisstgjør seg empatiens grunnleggende betydning som roten til alt godt, og at man verner og verger seg mot negative antiempatiske virkninger i et hardt og vanskelig miljø.

I likhet med empatien har man ganske klart for seg at den menneskelige aggresjon har sitt utspring i medfødte mønstre og potensialer. Den er likevel høyst formbar av tidlig sosialisering, det vil si barneoppdragelsen og påvirkbar av klima og miljø. De store personlighetsforskjellene slik jeg ser det, kommer til å bestå i at noen går rundt i miljøet i lav aggresjonsspenning og sikker og god sosialisering. De har lite behov for å detonere aggressive impulser på sine medarbeidere og vanskelige klienter. Andre vil imidlertid besitte en langt lavere terskel og inneha et langt større behov for negative utladninger av det statiske ubehag i personen. Uansett blir det viktig i et godt miljø å studere samspillet mellom aggressive personlighetsfaktorer og miljø variabler. Generelt kan vi si at forskning har vist at høy grad av aggresjon og aggressiv atferd er et svært stabilt trekk på tvers av situasjoner og over lang tid. Likevel er det situasjoner som stress, ubehag, makt og voldsanvendelser som kan utløse og forsterke aggressive impulser hos nesten alle og enhver. Hvis vi vender oss til aggresjonsforskerne for å få råd om denne negative faktoren i et hvert samarbeidsmiljø vil de komme opp med en lang liste. Jeg vil konsentrere meg om et par kjernepunkter. For det første anser man at selve roten til aggressiv atferd er følelsene av et så sterkt ubehag at man må gjøre noe med det. Hvis man er aggressiv scriptet som det heter, må man la det gå ut over noen. Det viser seg imidlertid at det å observere seg selv, kjenne

etter sine egne reaksjoner, følge med hvordan de koker opp og demper seg er en sterk kontrollerende faktor. Videre viser det seg at det å få den bekreftet anerkjent av seg selv og andre at man har grunn til å være sint, reduserer mulighetene og behovet for å lade den ut. Spesielt det å betro seg til noen og fortelle om det, bli hørt på og få sympati for sine reaksjoner synes å ha sterke potensialer i seg. Mens tidligere syn på aggresjon favoriserte dette å få ut her og nå og der og da, gjerne gjennom voldsom fysisk aktivitet har nyere forskning satt store spørsmålstegn bak denne tankemåten. Det er svært mye som tyder på at det å være fysisk aktiv når man er i affekt, øker aggresjonen. Det er på denne bakgrunn at man absolutt er i mot at man skal slå barn fordi man blir sintere når man slår, så det å prøve å ha ritualer for å roe situasjonen, dempe gemyttene, begynne å snakke om dem, bytte dem ut med doser av behag uten at man direkte belønner den negative atferden, har langt mer for seg enn å begynne å skrike, trampe, slå og knuse.

Det blir bare et lite streiftog gjennom disse problemstillingene. Hovedpoenget mitt er at målrettet empatistyrte samarbeidsmiljø oppleves av de aller fleste som positive, gode, stimulerende og samsvarende med de motiver de har for å velge det yrket de befinner seg i. På denne måten burde man ha en målrettet diskusjon om hvordan empati i sterkere grad kan kjennetegne og gjennomsyre miljøet uten at man dermed blir ute av stand til å gjøre det man må i en kritisk situasjon for å opprettholde et levelig og godt miljø.

På den annen side bør man bestrebe seg på at man får et variert repertoar av måter og metoder til å håndtere så vel sin egen som hjelpemottakeres negative væremåte. Nyere aggresjonsforskning åpner for brett anlagte kreative handlingsprogram som ikke minst understreker den aggresjonsdempende virkning i et miljø som har godt humør.

Hva er et godt liv?

Når vi med utgangspunkt i vår personlighet, våre behov for å gjøre godt, bety noe for andre, leve i overensstemmelse med standarder og scripter fra barneoppdragelse, familienormer og samfunnsmål har valgt et såkalt hjelperyrke, er det ut fra tanken om at vi kan bety noe for å bedre livskvaliteten for andre mennesker, være med å gi de et godt liv. Vi har tanker om at det er vår hovedoppgave, men det vi har tenkt lite på er hva et godt liv egentlig er for en person.

Egentlig kan vi ikke si det. Vi kan ikke bestemme for et individ hva som er deres beste tilværelse. På den annen side står vi ikke helt tomhendte. Mitt formål med å liste opp disse begrepene så langt har vært å nærme meg spørsmålet om det gode liv og det gode miljø i en oppsummering av dette foredraget.

Når vi ikke kan liste opp elementene i et godt liv, må vi nøye oss med å prøve å finne ut hvordan vi kan snakke om et meningsfylt liv og leve i en dialog med oss selv og de vi skal leve sammen med om dette viktige spørsmålet. I oppsummeringen har jeg valgt å dele det i tre. For det første kan vi snakke om *meningen med livet*, det vil si hva vi vil bruke livet vårt til, hva vi vil gjøre, hva vi vil fylle med handlinger og hvilke mål, retninger, tilfredsstillelse disse handlingene skal ha. Det forutsetter at det er et allmennmenneskelig behov, at det er noe som kjennetegner oss som mennesker, at vi vil ha en mening med livet. At livet vårt skal være et instrument mot mål og verdier, men det er bare vi selv som kan bestemme disse. Men alle mennesker lever innenfor rammer som vil fremme eller hemme mulighetene for et meningsfylt liv. Det jeg oppmuntrer til det

er ut fra almen-menneskelige antagelser å leve i en konstant diskusjon om hvordan vi kan legge forholdene til rette for at man finner en mening med livet. For svært mange vil det være knyttet til begreper som arbeid, inntekt, forandre på verden, skaffe seg ettertraktede ting, muligheter, rettigheter og privilegier. Enkelt sagt vil det å gjøre noe godt for noen være kjernen i meningen med livet.

Det andre begrepet jeg vil trekke frem, her har jeg kalt for *mening i livet*. Da har jeg beveget meg på indre bane, på det som gir tilfredsstillelse, det som kunne være relativt uavhengig av handlinger, prestasjoner og inntekter. Som for noen ville være tilværelsen som buddhist, munk, nonne ja endog eremitt. For andre vil det ha et mere aktivt utadrettet preg, det vil si det som gjør meg godt, det som gir innhold, musikk, kultur, kjærlighet, samhørighet, religion, det som er større enn meg, det som endog peker ut over mitt korte liv. Hvordan kan vi som er i den posisjonen at vi tenker at vi skal hjelpe andre mennesker med sitt liv, arbeide for at de skal selv kunne finne meninger i livet?

Det siste punktet i samtalen om et meningsfylt liv har jeg kalt *det som angår meg*, det jeg har meninger om slik at jeg ikke lever et helt meningsløst liv. Akkurat her tenker jeg på saker, ideer, politikk, samfunnsforhold, miljø, personer, prioriteringer, fordi det som angår en i stort og smått er en del av det som fyller livet og gjør det meningsfylt. Det som engasjerer personen, enten det er fagforeningen, borettslaget, naturvern, frimerkesamlingen eller sosialpolitikken. Hva var det han sa niende-klassingen: «Det er ikke det at livet ikke er langt nok, det er bare det at det er så smalt»

Populær rapport er publisert på ny

I januar 1994 omtalte *Min nye hverdag* hovedoppgaven til sosialantropolog Hege Lerkerød Petersen *Normalisering og Integrering. En plutselig frigjørende tanke.* I avhandlingen presenterer hun reformen fra tre ulike ståsteder; ekspertene, pleierne og folk flest. Denne måten å belyse reformen for utviklingshemmede på er meget spennende og uvanlig.

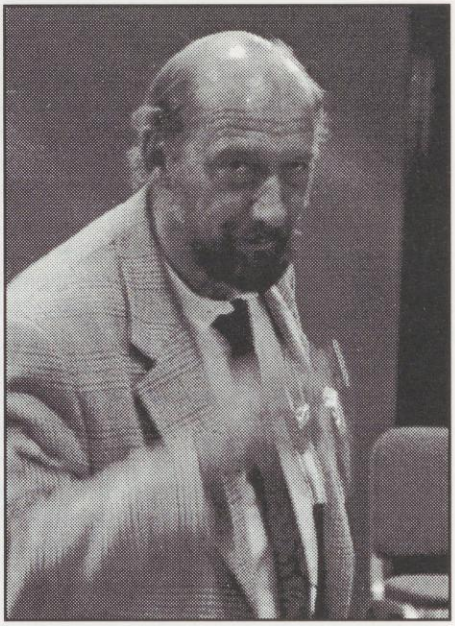
Interessen for hovedoppgaven var da også meget stor. Lerkerød Petersen trykket opp over 100 eksemplarer, men likevel var det mange som ikke fikk tilsendt rapporten. Nå har arbeidsgiveren til Hege Lerkerød Petersen, Høgskolen i Østfold, utgitt avhandlingen.

Publikasjonen koster 100 kroner. ISBN: 82-7825-018-9, og kan bestilles hos Høgskolen i Østfold, avdelingen for helsefag, på telefon 69 30 30 00 eller faks 69 30 30 02.

Gode utviklingsmiljø

– Et nordisk perspektiv

AV OLE LAUTH
REKTOR, EGMONTHØJSKOLEN, ÅRHUS



Fællesskabets betydning for personlig udvikling

Det er en helt speciel glæde for mig at skulle tale i Bergen i dag. Jeg har ikke været i Bergen siden oktober 1948. Allerede da jeg kørte ind med flybussen, genkendte jeg meget fra dengang.

Mine forældre var taget til Bergen for at være højskoleelever på Fana Folkehøjskole i vinteren 1948-49. Jeg var dengang seks uger gammel og skulle faktisk først have været født, da jeg ankom til Bergen. På grund af for tidlig fødsel, var jeg lille af vægt og havde andre følgelidelser.

Kort efter ankomsten tog min mor mig med til en læge, som kunne konstatere, at jeg havde gulsot og andre følgevirkninger af for tidlig fødsel. Ligesom lægerne i Danmark kunne denne norske medicinmand bekræfte, at jeg udover gulsoten sandsynligvis havde fået en mindre hjerneskade, men det kunne man godt leve med. Så siden har jeg altså levet med en mindre hjerneskade, konstateret af både danske og norske læger, og det vil I også komme til at lide under de næste to timer.

Når mine forældre i 1948 ønskede at frekventere en norsk folkehøjskole, skyldtes det, at min mor lige efter krigen deltog i Fredsvennernes Hjælpearbejde i Bergenområdet. Hun hjalp til med at pleje nordmænd og andre, som kom hjem fra fangelejre eller koncentrationslejre. I den periode min mor var på hjælpearbejde her i landet, var hun blevet så glad for Norge og nordmænd, at hun ønskede at få sin søn og sin mand med til Bergen.

Mine forældre havde lært hinanden at kende på Askov Højskole i vinteren 47-48 og når de havde besluttet at slå sig sammen og få et barn, skyldtes det ikke mindst, at min far som spastisker havde

svært ved at klare sin personlige pleje, hvilket medførte, at han fik nedgroede tånegle, som min mor som sygeplejerske påtog sig at ordne. Og den behandling udviklede sig til et kærlighedsforhold.

Når jeg tager denne episode med, beror det på, at mine forældre gennem deres højskoleophold - både i Norge og i Danmark - fandt ud af, at et folkehøjskolefællesskab er et fællesskab med et indhold, som også giver elever med handicap, uanset af hvilken art det måtte være, en mulighed for at være med i et miljø, der er baseret på socialt samvær og tilegnelse af viden. Min fars baggrund vil jeg vende tilbage til senere.

Jeg er integrationist. Jeg tror på, at integration af psykisk udviklingshæmmede i børnehave, grundskole og videregående skole er af betydning for både den, der lever med et handicap og den, som skal udvise den nødvendige forståelse for, at handicappede får et ordentligt liv.

Personligt har jeg oplevet, at psykisk udviklingshæmmede er blevet flyttet til specialklasser i den vanlige skole, hvorefter de øvrige børn har opfattet specialklassebørnene som værende pariaer. Da min egen datter gik i 6. klasse, ville lærerne gøre noget ved børnenes negative opfattelse af specialklassebørnene, hvorfor de holdt en feature-uge om det at være anderledes.

Naturligvis fik min datter sin bedstefar indforskrevet til at fortælle om, hvordan det var at leve et liv som spastiker og kørestolsbruger. Derudover legede børnene døve, blinde og så flere film om det at være psykisk udviklingshæmmet. På det efterfølgende forældremøde fortalte lærerne stolte om, at nu havde de fået ændret børnenes opfattelse af de anderledes. Jeg protesterede, idet jeg uden den store analyse kunne konstatere, at min datter og hendes kammerater havde fået intellektualiseret begrebet »at være anderledes«.

De havde fået bekræftet, at børn med handicap skulle segregeres til særlige ordninger - specialklasser og »institutioner«. For dem var et reelt samvær med handicappede/psykisk udviklingshæmmede ikke en skoledag med samvær på godt og ondt, men mere en intellektuel forståelse af segregeringens nødvendighed .

Min påstand er, at vi gennem grundskoleundervisningen helt konkret skal vise, at alle ikke kan lære at gøre alting. Nogen har behov for særlig hensyntagen i deres udfoldelse, og det er et livsvilkår, som skolen er ansvarlig for. Skal samfundet på lang sigt hænge sammen uden at opgaverne specialiseres, må man koncentrere sig om bøvlet - om interaktionen mellem de stærke og de svage.

Naturligvis blev lærerne misnøjede ved mit udfald. De syntes jo, at de havde gjort det så godt. Min påstand er, at lærerne i det daglige må differentiere undervisningen og løse de konflikter, som variationen i elevernes intellektuelle formåen kræver.

For at illustrere betydningen af mit udsagn vil jeg bruge en case fra mit daglige virke på Egmont Højskolen. For tre år siden optog vi to elever - Pia og Peter - deres historie er følgende:

Pia var 21 år, født med down's syndrom. Ofte drøftede jeg med hende, om hun kom fra det indre eller ydre Mongoliet. Pias mor var sygeplejerske. Hendes far var ingeniør. Begge forældrene var meget optaget af at give Pia optimale udviklings- og opvækstvilkår.

Da hun startede i grundskolen, blev hun meget hurtigt overflyttet til en specialklasse. En genial skolepsykolog konstaterede hendes mongolisme og mente derfor, at hun i højere grad kunne profitere af specialklassens tilbud. Forældrene oplevede, at kravene og forventningerne blev skruet ned til et niveau, som var helt uacceptabelt.

Ikke fordi de mente, at Pia skulle forbe-

redes til de store intellektuelle præstationer, men omvendt stillede de de samme krav til Pia som til hendes to ældre søskende. Efter et år valgte de at sende hende til en Rudolf Steiner skole, hvor Pia voksede og lærte at læse, regne og skrive, at forstå tid og rum og sågar tilegne sig evnen til at tale tysk og engelsk. På højskolen oplevede vi Pia som værende i stand til at forstå de sociale spil, stille de rigtige spørgsmål og indgå adækvat på alle leder og kanter.

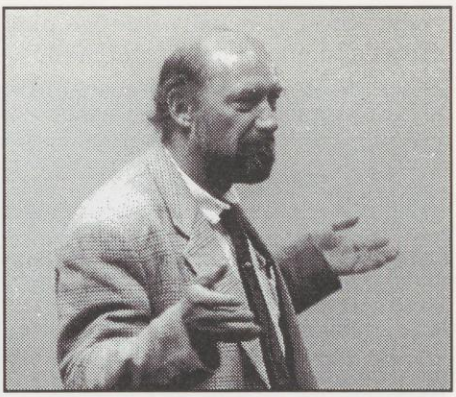
Ind imellem krakelerede hun og regredierede til en barnlig og hysterisk adfærd, men der skulle ikke megen samtale til, før hun var tilbage som den søde, imødekommende og hjælpsomme Pia. Efter to måneder på højskolen blev hun kæreste med Peter.

Peter var dengang 25 år og en meget flot gut med sydlandsk udseende. Peters far var fra Algier og moren var dansker. Hun var lærer, men var efter at hun havde født Peter flyttet med faren til Algeriet. Efter to år var hun »flygtet« til Danmark og havde fortsat til Grønland, hvor hun blev ansat som lærer. Hun frygtede mandens familie repressalier.

Mens moren og Peter er på Grønland, leger Peter en dag på bryggen og falder i det iskolde vand. Da der bliver reageret for langsomt, når Peter at drukne og efter oplivningen er han blevet hjerneskadet. Før ulykken var han en utroligt kvik dreng. Efter ulykken tager moren tilbage til Danmark, hvor Peter kommer til at gå i specialskole. Han får aldrig lært at læse og skrive og hans forhold til mængder og tid er yderst diffust.

Ligesom Pia var Peter meget optaget af musik, og de kunne begge spille på flere instrumenter. Ikke uden grund blev de altså kærester efter to måneder på højskolen, hvorfor de bad om at få et fælles værelse.

Både Peters mor og Pias mor meddelte skolen, at de unge mennesker ikke måtte flytte sammen. Ville det blive tilladt, ville



de hver især hente deres »børn« hjem. Jeg kunne blot meddele de to bekymrede mødre, at da deres »børn« ikke var umyndiggjort, havde de nøjagtig samme ret, som skolens øvrige elever til at bo sammen. Pia og Peter blev ikke hentet hjem, men vi fik et noget anstrengt forhold til de to familier.

De øvrige elever blev også forargede over, at vi havde tilladt, at to psykisk udviklingshæmmede måtte bo sammen. Disse elever så et mønster, hvor Peter med sin »sydlandske« kultur (mands-chauvinistiske måde) satte sig på Pia. Hun blev efter deres mening udnyttet både sexuelt og økonomisk.

På et husmøde, hvor skolens 100 elever og personalet var til stede lagde jeg konflikten frem: »Skal vi begrænse udfoldelsesmulighederne for elever med psykisk udviklingshæmning, hvis vi finder, at de bryder med de normer, der gælder »for den slags?«« Pia støttede med et udsagn om, at hun jo ikke blandede sig i de andres kærlighedsforviklinger, og at hun havde svært ved at se, hvordan de kunne vurdere hendes lykke. Hun fandt også, at det var en grov undervurdering af hendes integritet (det ord brugte Pia ikke), hvis man ikke forventede at hun selv kunne sige fra.

Pia og Peter deltog i en to måneders stu-

dietur til Nicaragua. Skolen har fået et samarbejde med flere handicaporganisationer i Nicaragua. Ideen er, at de danske elever får indsigt i u-landenes særlige vilkår i særdeleshed handicappedes vilkår i et u-land. Sammen med de familier, hvor eleverne bor, bliver der gennemført forskellige projekter af praktisk art. Det har vist sig, at nicaraguanske familier er utroligt tolerante, især overfor psykisk udviklingshæmmede og selv om Pia og Peter godt kan handle tåbeligt, blev de altid mødt med hjælpsomhed og forståelse.

Turen fik kolossal betydning for Pia og Peter og de øvrige 16 elever på holdet. Det at skulle være med i et fællesskab, hvor solidaritetsarbejdet består i at organisere, planlægge og udføre praktiske projekter er noget, som får alle til at vokse.

På så kort tid er det ikke muligt for mig detaljeret at beskrive det udbytte, som mennesker kan have af at skulle gøre noget sammen med skyldig hensyntagen til de enkeltes forskellige forudsætninger. For Pia og Peter har turen betydet, at de efter at have forladt højskolen og er flyttet i egen lejlighed stadig får besøg af »velfungerende« kammerater. De er flyttet til en større universitetsby, hvor kammeraterne er i færd med at tage uddannelse.

Gennem studieturen og gennem samværet på højskolen har forholdene udviklet sig til kammeratskaber, hvor det hele startede som en kamp mellem formyndere og umyndige. Mit spørgsmål i forsamlinger af professionelle har tit været, hvor mange har I, i jeres primære venskabskreds, som er psykisk udviklingshæmmede? Ikke ret mange, lyder svaret som regel og ikke uden grund - vi forholder os jo professionelt til »den slags«. Derfor skal de ikke ind og besværliggøre vores fritidsliv, hvor tingene skal være så lidt besværlige som muligt.

Betydningen af ærlig og sand respons

> Der sker altid en indsnævring af friheden i samfund, hvor rettighederne formes af eksperterne. (Claus Brenø)

Vurderinger, diagnoser og afgørelser er en del af systemet. En uomgængelig del. Af »klienten« opleves de altid som besværlige, urimelige og kontrollerende. (Sags-) Behandleren, eksperten, rådgiveren og vejlederen er i sit professionelle virke omfattet af knaphedens lov: - Så godt som muligt til de færreste penge.

«Klienten» og dennes forældre er altid urimeligt krævende og er stort set aldrig tilfredse med løsningsforslagene. Når klienter og deres forældre mødes med lidelsesfæller kan de altid blive enige om een ting: Systemet duer ikke. Det er for besværligt - ingen giver ordentlig information endsige koordinerer blot den mest nødtørftige indsats.

Med et eksempel fra det virkelige liv, vil jeg forsøge at illustrere de problemer, vi er havnet i.

Min far, OLUF LAUTH blev født i 1923. Fødslen var meget kompliceret og langvarig. Oluf var det første barn i en middelstands familie. Efter få måneder konstateredes det, at drengen havde pådraget sig cerebral parese. Familie og venner forfærdedes og af »systemet« (læger og sygekassen) blev de rådet til at sende drengen til forsorgen.

Alligevel besluttede min fars forældre sig for at beholde drengen hjemme og selv passe ham. I 1930 begyndte han i den lokale kommuneskole, selvom hverken skoleledelse eller lærere på nogen måde ville påtage sig ansvaret for hans skolegang. Mine bedsteforældre måtte selv følge drengen i skole og møde op på skolen hver gang der skulle skiftes lokale.

Men min far klarede sig godt, og i 1940

tog han realeksamen med ug. På det tidspunkt var han også blevet politisk aktiv, og fra 1943 blev han direkte involveret i modstandskampen. Han var da begyndt i gymnasiet men måtte opgive det igen på grund af langvarige hospitalsophold i Kbh. og Århus. Det illegale arbejde tog også al hans tid. Han koordinerede, ledede møder og skrev i den illegale presse. Efter 5. maj brød min fars verden sammen. En god ven blev skudt den 4. maj '45 og drømmene om en anden og bedre verden blev tilintetgjort i efterkrigstidens politiske kaos.

Det samme blev hans selvværd. Han stod som 22-årig med en realeksamen og sin erfaring fra modstandsarbejdet, men ingen havde brug for hans arbejdskraft. Langvarige hospitalsindlæggelser fulgte. Under et ophold på ortopædisk hospital forespurgte han forsigtigt en overlæge om muligheden for at få en uddannelse eller noget beskyttet arbejde inden for kontorområdet. Overlægen lovede at undersøge forholdet, og ved en tilfældighed fik min far mulighed for at læse i sin journal: »Pt. ønsker uddannelse eller arbejde«. Efter konference og forespørgsel hos kollegaer må det konkluderes, at pt. må hales ud af en sådan vildfarelse. Spastikere er erfaringsmæssigt upålidelige i arbejds- og uddannelsesmæssige sammenhænge. Pt. vil blive indstillet til invalidepension efter 14 dages arbejdsprøvning på Samfundet og Hjemmet for Vanføre.

Min far viste sig - ikke overraskende - ved arbejdsprøvningen hverken at have talent for skomager-, skrædder-, eller børstenbindervirksomhed, så overlægen fik ret og min far blev indstillet til pension.

Chokket fik ham til at reagere. Han mente IKKE, at han var moden til pension og heldigvis havde han et stærkt bagland, som var enigt med ham. Ved gode venners og families hjælp kom han i gang, først som kioskbestyrer på Tåsinge (!), hvortil han var aldeles uegnet, og senere som forretningsfører og lærer på Den Frie Lærerskole. Han blev litteraturanmelder, startede en højskole, blev herefter socialpolitisk konsulent, medlem af den sociale ankestyrelse og sluttede sin karriere som redaktør ved DR. I 1981 blev han af den daværende socialminister udråbt som en velbjærget kværulerende urimeligt krævende handicappet. Ikke dårligt af en, der blev indstillet til pension i 45. Min far døde i 1990, efter at have levet et godt, besværligt men aktivt liv.

Men sagen er, at min far fik et godt liv på trods af systemet og ikke i samarbejde med det.

Utallige er de eksempler, jeg har samlet gennem årene på stigmatisering gennem det, som de professionelle har betragtet som sand og ærlig respons. Historien om min far er med til at illustrere, at sandhed og ærlighed er nogle vældig betænkelige ord i denne sammenhæng.

Naturligvis skal der gives vejledning, og naturligvis vil vi komme til at afsige kendelser, som vil ændre et andet menneskes liv, det afgørende er så, at vi fortæller, at det er vores syn - som professionelle. Det er vigtigt, at der bliver gjort op med myten om objektiv respons. Respons er altid begrænset til de muligheder og den fantasi, som afsenderen er i besiddelse af.

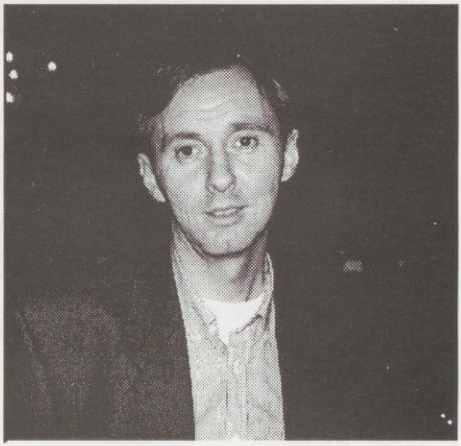
«Skolen skal se til, at min søn Søren ikke kommer i svømmebassinet før han har lært at svømme. Med venlig hilsen fru Sørensen».

Således skrev en bekymret mor til skolen for nogle år siden. Udsagnet taler for sig selv, men min pointe er altså, at ingen er ude af stand til at lære noget, hvis de får de rette betingelser for at indgå i fornuftige sammenhænge. Al menneskelig udvikling er en proces, som respons - hvadenten den er sand eller ærlig ment - ikke kan forudsige resultatet af.

Fordypningsseminar:

Aldring og demensutvikling hos mennesker med psykisk utviklingshemming

Den årlige fagkonferansen i regi av Samordningsrådet fant sted i Bergen 15.-17. april under tittelen «Gode utviklingsmiljø - et nordisk perspektiv». Som endel av konferansen ble det arrangert et eget fordypningsseminar om aldring og demensutvikling hos mennesker med psykisk utviklingshemming. Seminaret satte søkelys på en rekke problemstillinger som følge av økende levealser hos psykisk utviklingshemmede. Gjennom bidrag fra Sverige, Danmark og Norge ble epidemiologi, aldringsprosesser og tiltak og tjenester belyst og problematisert. I denne artikkelen presenteres innleggene til rådgiver Inge Ovesen (bilde) og sjefspsykolog Knut-Ove Solberg som begge har deltatt i prosjektet «Downs syndrom og demens» ved Avd. for voksenhabilitering v/Ullevål sykehus.



Under overskriften *«eldre psykisk utviklingshemmede - en stor utfordring for kommunene»* åpnet rådgiver Inge Ovesen seminaret. Intensjonene med det første innlegget var å gi noen tall og statestikk som kunne belyse levealdersutvikling for mennesker med psykisk utviklingshemming og spesielt fokusere på forekomst av Downs syndrom og demens.

Dersom man ser på levealdersutviklingen for mennesker med psykisk utviklingshemming så har det skjedd en dramatisk endring de siste 40-50 år, sa Ovesen. Undersøkelser fra USA viser at mens den gjennomsnittlige levealder i tradisjonelle institusjoner for psykisk utviklingshemmede før krigen var 14,9 år for menn og 22 år for kvinner, så har dette økt til henholdsvis 58,3 år og 59,8 år i 1976-1980.

Den generelle levealderen i befolkningen har også økt sterkt i dette århundre. Utfra de kunnskaper vi besitter om eldre mennesker vet vi at svært mange ved ca. 80 års alder får et økende pleie- og omsorgsbehov og trenger medisinsk bistand. Mange av de under 80 år er relativt friske og raske. Det kan derfor være hensiktsmessig å splitte de eldre i to grupper:

- de unge gamle (65-79 år)
- de gamle gamle (80 år og eldre)

I et planleggingsperspektiv er det viktig å

Fig. 1

Antall registerte psykisk utviklingshemmede i Norge fordelt på alder

(Sosialdep. kommuneundersøkelse i 1995)

Alder	Antall P.U.H.
0 - 6 år	1502
7 - 20 år	4186
21 - 39 år	6835
40 - 60 år	44 99
61 år<	1458
Totalt	18480

(en kommune mangler)

Fig. 2

Forekomst av demens av Alzheimers type hos personer med Downs syndrom.

(Undersøkels presentert av G. Anneren i Det Danske tidskriftet Lev nr. 3 1993))

Hos personer under 45 år	5%
Hos personer under 51 år	20%
Hos personer mellom 66 - 70 år	70%

To uavhengige undersøkelser viser at gjennomsnittsalderen for demenssykdommens begynnelse har vært den samme; **54,2 år**

Fig. 3

Aldersfordeling hos mennesker med psykisk utviklingshemming sammenlignet med normalpopulasjonen.

(Sosialdep. kommuneundersøkelse i 1995)

Alder	normal populasjon	P.U.H	Bor hos foreldre/ pårørende
0 - 6 år	9,6%	8,1%	17,8%
7 - 20 år	17,6%	22,7%	44,2%
21 - 39 år	28,8%	37,0%	27%
40 - 60 år	23,6%	24,3%	9,3%
61 år<	20,3%	7,9%	1,5%

kjenne til utviklingen av disse aldersgruppene. I Norge er det de gamle over 80 år som gruppe som relativt sett forventes å øke mest i årene fremover.

Dersom man relaterer tilsvarende aldersstrinn i forhold til psykisk utviklingshemmede, så har man i Sverige gjort et interessant studie. Lars Molander omtaler i boken «Nær utvecklingsstörda åldras» levealders- utvikling for psykisk utviklingshemmede i Sverige. Undersøkelser viser at psykisk utviklingshemmede over 65 år har økt med hele 38% de siste 20 årene i Sverige. Dersom man ser levealderutviklingen i lys av de to kategoriene så har unge gamle psykisk utviklingshemmede økt med 27% de siste 20 årene mens de gamle gamle har økt med 208% i samme tidsperiode. Selv om det er små absolutte tall så vises en tendens som er interessant når tiltak og tjenester skal planlegges.

Ovesen hadde ikke noe tilsvarende materiale for Norge, men han mente det var liten grunn til å anta at denne utviklingen skulle være vesentlig forskjellig i Norge.

Downs syndrom er den hyppigste enkeltårsak til psykisk utviklingshemming. Denne gruppen har stått i fokus når spørsmålet

Forts. side 20

KULTURKONFERANSEN I DRAMMEN

Quality Ambassadeur Hotel,

4.–6. september 1996

Kultur – et gode for de få?

ONSDAG 4. SEPTEMBER: 3. SEKTOR

Kl. 14.00	ÅPNING - Kulturinnslag.
Kl. 14.30-15.30	**KAN DE FRIVILLIGE ORGANISASJONENE BIDRA TIL Å BYGGE LOKALE NETTVERK SOM INKLUDERER ALLE?** Foredragsholder: *Generalsekretær* ***Svein Mollekleiv,*** *Norges Røde Kors.*
Kl. 15.45	**FRIVILLIGE ORGANISASJONERS ROLLE ETTER REFORMEN** – hva forventer departementet? – hvilke virkemidler har departementet? Foredragsholder: *Politisk rådgiver* ***Roger Solheim,*** *Sosial- og Helsedepartementet*
Kl. 16.45	Kaffepause.
Kl. 17.15-18.15	**ANSVAR OG OPPGAVER** – hvem supplerer hvem? – er frivillig innsats en trussel for profesjonene? – er frivillig sektor en «avfallsbøtte» for offentlig sektor? Foredragsholder: *Seksjonssjef* ***Britta Hjertaas,*** *Kirkens Bymisjon.*
Kl. 18.00-18.45	Diskusjon.
Kl. 20.00	Middag og sosialt samvær med kulturinnslag.

TORSDAG 5. SEPTEMBER: IDÉBYGGING

Konferansens 2. dag blir en praktisk arbeidsdag med verkstedsarbeid fra morgen til kveld. I en hver sammenheng der frivillige krefter driver vellykkede prosjekter er det noen som har hatt en idé. Som har trodd på idéen, og som har vært villige til å sette krefter inn på å realisere den.
De har selvfølgelig møtt motstand, men like selvfølgelig har de også hatt supportere.

Noen av disse personene vil vi ha med oss i verkstedene for at de i løpet av formiddagen skal fortelle om sine «oppfinnelser», om sin fremgang og om sine tilbakeslag.
Dette er verkstedenes «Oppfinnere».
NB! Det vil også bli gitt rom for «oppfinnere» blant dletakerne.

For at konferansedeltakerne skal få noe mer med seg enn en muntlig rapport, har vi tenkt å bruke ettermiddagen til å utarbeide en «idebok» som deltakerne kan ha med seg hjem og bruke som grunnlag for sitt videre arbeid i lokalsamfunnet.
Til å strukturere og lede dette arbeide har vi fått med oss fire erfarne administratorer. Dette er «Verkstedsformennene».

For at alle skal få begrep om hva som har gått for seg i de andre verkstedene, vil vi bruke den siste timen på en «offentlig» plakatpresentasjon av dagens arbeid.

Kl. 09.00	Kulturinnslag	Kl. 16.30-17.00	Kaffepause
Kl. 09.30	**Verksteder**	Kl. 17.00	Plakatpresentasjon
Kl. 13.00	Lunsj	Kl. 20.00	Middag og sosialt samvær med kulturinnslag
Kl. 14.30	**Verksteder**		

Av alle foreliggende muligheter har vi valgt ut følgende fire hovedområder som vi vil gi mulighet for å jobbe spesielt med:



VERKSTED 1 - IDRETT OG SPORT

Oppfinner: Jan Erik Larsen, Sportsklubben Brann.
Verkstedsformann: Prosjektleder Idrett Ingvar Kjørum, for Psykisk utviklingshemmede, Norges Idrettsforbund.



VERKSTED 2 - MUSIKK OG DRAMA

Oppfinnere: Astrid Overå, Jugendteateret, Ålesund - Henning Bögh, Haug Musikkorps, Bærum.
Verkstedsformann: Musikkterapeut/Pedagog Torun Einbu, Tønsberg.



VERKSTED 3 - KIRKELIGE AKTIVITETER

Oppfinner: Morten Svendsen, Bispedømmerådet, Oslo
Verkstedsformann: Administrasjonssjef Ola Dag Hauge, Bærum Kommune.



VERKSTED 4 - FRITID OG FORENINGSLIV

Oppfinnere: Jorunn Ekeid, Barnevernstj. i Holmestrand og Ann Louise Kvande Egeland, Hab. tj. i Vestfold.
Verkstedsformann: Administrativ leder Gunn Gotland Bakke, avd. for sykepleierutd. Høgskolen i Hedmark.

FREDAG 6. SEPTEMBER: **UTFORDRINGER**

Kl. 08.45-09.45 **NETTVERKSBYGGING SOM STRATEGI I KOMMUNAL PLANLEGGING**
- kan kommunen planlegge for frivillig sektor?
- hvordan stimulere gode krefter i lokalmiljøene?
- gode eksempler på nettverksbygging

Foredragsholder: *1. konsulent* ***Luke Moynahan,*** *Glenne Senter.*

Kl. 10.00 **KULTUR - ET GODE FOR DE FÅ?**

Foredragsholder: *Statsekretær* ***Irene Valstad,*** *Kulturdepartementet*

Kl. 11.00 Kaffe . Rydding av rommene.

Kl. 11.30 **VELDEDIGHETENS VESEN, FRIVILLIGHETENS FARE?**
- menneskesyn og holdninger
- veivalg basert på etikk og moral

Foredragsholder: *Prof. dr. theol.* ***Inge Lønning.***

12.30-13.00 Konferanseavslutning med kulturinnslag.

Arrangøren tar forbehold om endringer i programmet.

Påmeldingsslipp finnes på nestsiste omslagside.

Kulturinnslagene som er annonsert gjennom programmet blir varierte og vil reflektere konferansens tema.

KONFERANSEANSVARLIGE

Fylkespsykiater Ingrid Lycke Ellingsen, Buskerud
Gunnar Brekke, Rapport/SOR's Forskningsfond
Direktør Tor Visnes, Habiliteringstjenesten i Hordaland
Integreringsprest Morten Svendsen, Oslo Bispedømmeråd
Rådgiver Inge Ovesen, Byrådsavd. helse og eldre, Oslo
Sekretariatsleder Tormod Mjaaseth, SOR

knyttet til psykisk utviklingshemming og aldring, har vært diskutert. Dersom man ser på levealdersutviklingen for denne gruppen ble det i en artikkel av Hyman i 1992 omtalt at forventet levealder i 1929 var 9 år. En Cannadisk studie, presentert i 1988 av 1610 personer med Downs syndrom viste at 44,4% og 13,6% av levendefødte med Downs syndrom, ble henholdsvis over 60 og 68 år. Selv om det ikke er uvanlig at mennesker med Downs syndrom blir over 50 år, så er den gjennomsnittlige levealder for denne gruppen langt lavere enn den øvrige befolkningen.

Utviklingen når det gjelder levealder for mennesker med psykisk utviklingshemming må bl.a. sees i sammenheng med at man har klart å redusere risikofaktorer for tidlig død. Det har vært en generell bedring i levekår og de har rett på den samme oppmerksomhet fra helsevesenet som andre individer i samfunnet.

Når det gjelder gruppen Downs syndrom og levealdersutvikling kan de samme forklaringsfaktorer gjøres gjeldene som for psykisk utviklingshemmede, men mennesker med Downs syndrom har sannsynligvis hatt en spesiell fordel av at alvorlige infeksjoner nå er en mindre del av sykdomspanoramet. Personer med Downs syndrom er mer mottakelig enn andre for infeksjoner. Uten oppfinnelse av antibiotika etter krigen og utviklingen av hjertemedisin ville sannsynligvis mange med Downs syndrom dø i ung alder.

Når man fokuserer på psykisk utviklingshemming og aldring blir ofte spørsmålet stilt - hvilke utfordringer innebærer det at psykisk utviklingshemmede oppnår en høyere levealder, sa Ovesen.

I dette spørsmålet ligger flere viktige faktorer. Kunnskaper om aldringsprosesser hos psykisk utviklingshemmede står sentralt. Er aldringsprosesser hos psykisk utviklingshemmede forskjellig fra den øvrige befolkning? Er det f.eks. slik at psykisk utviklingshemmede blir sykere enn andre mennesker ved høyere alder?

Vi vet at gruppen psykisk utviklingshemmede er svært heterogen med stor spredning i funksjonsnivå, med ulik grad av tilleggshandikap samt mange ulike årsaker til retardasjon både genetisk og ikke genetisk. Er det slik at aldringsprosessen vil manifestere seg forskjellig i forhold til etilogi p.g.a. funksjonsnivå.

For å kunne si om utfordringer et økende antall eldre psykisk utviklingshemmede vil reise, må man også vite hvor mange psykisk utviklingshemmede som bor i Norge fordelt på alder. I den grad aldringsprosessene arter seg forskjellig mellom diagnosegrupper.

Sosial- og helsedepartementets «Statusrapport for gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming» for 1995 gir endel sentrale tall som er interessant for dette feltet.

Tallmaterialet i rapporten bygger på rapporteringer fra landets kommuner og gir et bra bilde av antall registrerte psykisk utviklingshemmede fordelt på alder. Se figur 1 og 2.

Av tallmaterialet i statusrapporten framkommer at 8100 psykisk utviklingshemmede bor hos sine foreldre eller andre pårørende. Av disse er 38% 21 år eller eldre, 9 % er mellom 40-58 år og 2% er 59 år eller eldre. Kommunene har registrert 105 psykisk utviklingshemmede under 59 år på alders og sykehjem.

Utfra den kunnskap vi besitter idag vet vi at enkelte diagnosegrupper har en mer avvikende aldringsprosess sammenlignet med den øvrige befolkningen. Det har lenge vært kjent at personer med Downs syndrom foruten å være psykisk utviklingshemmet i varierende grad også har et fellestrekk. For personer med Downs syndrom eldre enn 35 år kan man finne nevropatologiske forandringer i hjernen som er lik de man finner ved demens av Alzheimer type (DAT). Ikke alle utvikler kliniske symptomer på demens fra denne alderen, men personer med Downs

syndrom utvikler tidligere DAT sammenlignet med tilsvarende aldersgrupper i den øvrige befolkningen.

Dersom man ser på forekomster av DAT i befolkningen generelt så viser den at 0,3% av mennene og 0,4% av kvinnene utvikler DAT i alderen 60-69 år. I aldersgruppen 80-89 år har dette økt henholdsvis til 10% og 11,2%.

Når det gjelder Downs syndrom og forekomst av DAT omtaler den svenske docenten Gøran Anneren to undersøkelser om dette tema i det danske tidskriftet LEV - se figur 3.

Sannsynligvis p.g.a. vanskligheter med diagnostisering av demens hos psykisk utviklingshemmede, ulike kriterier og innsamlingsmetoder så viser en rekke undersøkelser på forekomst av DAT hos personer med Downs syndrom sprikende tall. Men ingen av undersøkelsene svekker hovedfunnet om at personer med Downs syndrom utvikler DAT tidligere sammelignet med tilsvarende aldersgrupper i befolkningen forøvrig.

Ovesen opplyste om at det i Norge har vært gjennomført tre studier når det gjelder forekomst av Downs syndrom og demens. Disse undersøkelsene har vært foretatt i Oslo, Hedmark/Oppland og Rogaland.

Undersøkelsene bekrefter de internasjonale funn. Dersom man ser disse tre undersøkelsene og Sosial- og helsedepartementets statusrapport under ett viser dette;

- Det er fylkesvise forskjeller når det gjelder psykisk utviklingshemmede og aldersfordeling. Sogn og Fjordane, Oppland og Hedmark har relativt mange eldre psykisk utviklingshemmede, mens Oslo har en særlig stor andel av yngre.
- Med økende kommunestørrelser øker antall psykisk utviklingshemmede under 21 år og antall psykisk utviklingshemmede over 58 år avtar.
- De tidligere vertskommunene for HVPU har relativt flere psykisk utviklingshemmede enn de andre kommunene og de psykisk utviklingshemmede bosatt i disse kommunene har en relativt høyere gjennomsnittsalder.

Etter psykologen Lars Molanders foredrag om aldringsprosesser hos psykisk utviklingshemmede og vicekontorsjef Marianne Smegaards gjennomgang av problemstillinger og erfaringer i arbeidet med eldre psykisk utviklingshemmede i Fyns Amt ble talerstolen stilt til disposisjon for Knut-Ove Solberg. Han er sjefspsykolog ved Avd. for voksenhabilitering ved Ullevål sykehus.

Under strekpunktene;
- hva er demens
- hva danner grunnlag for mistanke om demens
- problemer i det diagnostiske arbeidet
- nærpersonenes rolle

skulle temaet psykisk utviklingshemming og demens nærmere utdypes.

Solberg uttrykte innledningsvis at Avd. for voksenhabilitering ved Ullevål sykehus har hatt en økende pågang fra tjenesteytere i primærapparatet som har vært bekymret for funksjonsnedgangen de har sett hos middelaldrene og eldre psykisk utviklingshemmede. De har tatt kontakt med primærapparatet, men har gitt uttrykk for at de har fått liten hjelp og oppfølging. Somatisk undersøkelse er blitt gjort, men systematisk utredning over tid i samarbeid med spesialisttjenesten blir i liten grad gjennomført. Dette synes å være i overensstemmelse med flere rapporter og internasjonal forskning som synes å bekrefte at det er en generell tendens innenfor omsorgen til psykisk utviklingshemmede til å underdiagnostisere funksjonsfall.

Dette synes også gjelde for diagnostisering av aldersdemens hos noralpopulasjonen. Flere studier både nasjonalt og internasjonalt viser at bare om lag 50-60% av normalpopulasjonen som er aldersdemente hjemmeboende eller aldersdemente tjenestemotagere fra hjemmesykepleien er blitt un-

dersøkt av lege og fått en diagnose.

Det er mangelfull kompetanse i forhold til diagnosering og behandling av personer med psykisk utviklingshemming som utvikler aldersdemens, blir støttet av flere undersøkelser.

I en undersøkelse i Oslo (Ovesen 94) angående Down syndrom og demens fremkommer klart at det er lite kunnskap om diagnosering blant primærleger, bo-ledere og boligpersonalet. Utdanningsinstitusjonene har også vært lite opptatt av dette tema. Den viktigste informasjonskilden for tjenesteytere var egne fagstudie. Sju av ni intervjupersoner påpekte at det ikke var etablert rutiner for oppfølging av personer i risikogruppen for tidlige å oppdage mulig demensiell utvikling. Flere forskere har rapportert om samme situasjon internasjonalt at primærhelsetjenesten i forhold til psykisk utviklingshemmede er lite tilgjenglig. (Buchler, Menolascino & Stark, 1986: Crocker, 92). Situasjonen er også slik at de fleste profesjoner får lite eller ingen utdaning/trening om eldre psykisk utviklingshemmedes helsebehov. (Crocker, 1989; 1992, Jaskulski, Metzler & Ziermann, 1990: Kuehn, Powers, Dolan & Cohen, 1988).

Psykisk utviklingshemming og aldring

Mennesker med psykisk utviklingshemming har forholdsvis stor spredning i funksjonsnivå og med med svært ulik årsak til denne funksjonssvikten. De vil sannsynlig ha aldersforandringer både av naturlig og sykdomsbetinget grunn som ikke vil manifesterer seg på samme kvalitative måte som for befolkningen forøvrig.

Mennesker med Downs får tidligere og avvikende aldringsprosess. man vet også at flere grupper psykisk utviklingshemmede har avvikende aldringsprosesser som f.eks Rett syndrom, Turner syndrom, personer med Cerebral parese og multifunksjonshemmede med store motoriske skader.

Man bør imidlertid også være forsiktig med å trekke for bastante konklusjoner. Aldringsprosesser og kognitiv profil trenger ikke være svært forskjellig ved ulike syndromer. E.W Simon (95) undersøkte Down syndrom og personer med Fragilt X syndrom på lavere intellektuelt nivå uten å finne forskjeller i kognitive profiler.

Det vil imidlertid være rimlig å tro at aldringsprosessen hos mennesker med lettere psykisk utviklingshemming uten tileggshandicap vil være mere parallell med normalpopulasjonen. Dette må ha empirisk støtte. Denne empirien foreligger i liten grad i dag.

Hva som er naturlig aldringsprosess hos psykisk utviklingshemmede med ulike syndromer og hva som er sykdomsrelatert demensutvikling er vansklig å vurdere særlig i begynnerfasen av en demensutvikling. Man vet i dag for lite om naturlige aldringsprosesser hos psykisk utviklingshemmede til å kunne gi klare diagnoser tidlig i en slik prosess.

Det vil heller ikke være mulig å gi en valid differensialdiagnostisk vurdering mellom demenstilstand og andre sykdomstilstander uten å differensiere mellom ulike grader av psykisk utviklingshemming.

Nedgang i kognitiv fungeringsnivå vil manifestere seg på ulike måte hos personer med forskjellige grader psykisk utviklingshemming.

Den gruppen psykisk utviklingshemming man idag vet mest om både i forhold til naturlig aldring og demensutvikling er, Downs syndrom.

Downs syndrom og demens

Det har lenge vært kjent og demonstert gjennom en lang rekke studier en sammenheng mellom Downs syndrom og Alzheimers sykdom. Studier post-mortem har vist nevropatologiske forandringer forenlig med

Alzheimer hos personer med Downs syndrom allerede ved 35 års alder. Dette er et universelt fenomen.

Til tross for nevropatologiske forandringer er det imidlertid ikke slik at alle personer med Downs syndrom utvikler kliniske symtomer på Alzheimer fra 40 års alder. Vi vet i dag ikke nok om årsakene til at mange utvikler Alzheimer fra tidlig alder og noen langt seinere. Det er imidlertid framsatt ulike forklaringer på denne diskrepansen. Interesserte kan henvende seg til undertegnede for evt. referanser.

Hvordor diagnostisere aldersdemens hos psykisk utviklingshemmede

Det er viktig p diagnostisere demens hos personer med mental retardasjon så tidlig som mulig både for å starte tiltak og behandling, men også for å differensiere personer med en progressiv lidelse fra personer med kognitiv funksjonsnedgang pga av andre årsaker.

Psykisk utviklingshemmede har overhyppighet av ulike somatiske og psykiatriske lidelser. En rekke av disse tilstander og sykdommer kan føre til reduksjon i funksjonsnivå. Mange kan også behandles. Det er derfor særlig viktig for denne gruppen å få startet grundig utredning så tidlig som mulig. De har også større vansker med å forstå/tolke ulike hendelser og har lettere for å bli forvirret og emosjonell ustabil. Det er viktig å få klarlagt hvorvidt adferdsendringen skyldes miljøpåvirkninger, somatiske plager eller hjerneorganiske forandringer evt. kombinasjoner.

Tilgang på aldersadekvate helsetjenester kan være kritiske for eldre psykisk utviklingshemmede fordi denne tilgangen kan være avgjørende for om man kan bli boende i sitt nærmiljø eller om man blir henvist til sykehjem. Ved manglende helsetjenester kan man bli henvist til institusjone selv om man fungerer på samme nivå som andre med bedre helsetjenster og som fortsatt får bo i sitt nærmiljø. (Hayden & DePaepe, 91; Lakin, Anderson, Hill, Bruininks & Wright; Seltzer, Finaly & Howell, 88).

Klassifikasjonssystemer/ Demensbegrepet

Det finnes flere ulike definisjoner/klassifiseringer av demens i normalpopulasjonen. Man har DSM 89 IV og ICD 10 systemet.

Hovedproblemstillingen i forhold til psykisk utviklingshemming og demens har vært både hva demens er hos denne populasjonen og hvordan måler vi denne.

Vurderer man definisjonen av psykisk utviklingshemming mot definisjonen av demens slik den er difinert i DSM og ICD² systemet ser man åpenbare likheter..

Begge tilstander innebærer svikt i kognitive og adaptive evner.

Det er åpenbart at en populasjon med nedsatt kognitive evner fra fødselen av ikke kan basere en demens definisjon på reduksjon i disse evner fra et normalt nivå.

Uttrykk som «development of multiple cognitive deficits» eller generell «svikt i kognitive evner» forutsetter en normalfungering i utgangspunktet. Evenhuis (92) benytter uttrykket «decline from original level» for å presisere at evne nedgang må vurderes i forhold til den enkeltes individuelle opprinnlige kognitive nivå ikke fra et normalt nivå. Man må derfor basere seg på vurdering av svikt i kognitive evner fra en «baseline» ikke fra normal intellektuell vurdering. Dette er sannsynligvis den viktigste forandringen man må gjøre for å tilpasse en demens definisjon fra normalpopulasjon til gruppen psykisk utviklingshemmede.

Evenhuis (92) har som en av de få forskergrupper arbeidet med å utvikle en definisjon av demens for denne populasjonen. De

har foreslått følgende definisjon på demens hos psykisk utviklingshemmede basert på modifisert DSMIII-R kriterier.

A. Demonstable evidence of decline of original level of recent and memory (oberved in daily circumstances)

B. At least one of the following:
1. disturbances in original of spatial or temporal orientation
2. aphasia
3. apraxia
4. personality change

C. The disturbances in A and B significantly interferes with work or usual adocial activities or relationsship with others.

D. Not occurring exclusively during course of delirium.

En av de sentrale problemstillingene er hvorhvidt disse klassifikasjonssystemer er egnet for gruppen psykisk utviklingshemming eller ikke? Skal det utvikles egne kriterier eller kan man bruke modifiserte utgaver av nåværende systemer som Evenhuis forslag. Dette arbeider en internasjonal gruppe med.

Klinisk evaluering

Å fastsette en demens diagnose på personer med psykisk utviklingshemming innebærer at man må legge stor vekt på klinsik evaluering og informasjon fra tjenesteytere og familie/pårørende.

Mental status undersøkelse blir hyppig brukt i forhold til demens diagnostisering hos normalbefolkningen. Disse er vanligvis ikke tilpasset bruk for denne populasjonen. Det finnes heller ikke noen standarisert mental status undersøkelse eller nevropsykologiske tester som ved en enkelt administrasjon kan fastslå demens diagnose hos personer med psykisk utviklingshemming. Nevropsykologiske tester kan være nyttig for å dokumentere reduksjonen over tid. Det optimale testbatteri til dette formål er likevel ikke utviklet.

De første observasjoner på redusert kognitive evner kommer vanligvis fra nærpersoner eller pårørende/familie. Informasjonen fra ulike nærpersoner kan være forskjellig og man kan legge vekt på ulike faktorer enn f.eks familien.

Det er derfor viktig at man legger vekt på å få informasjon fra flere informanter, fra flere ulike situasjoner og informantens kjennskap til brukeren.

En internasjonal arbeidsgruppe har foreløpig foreslått at følgende informasjon bør innhentes ved klinisk kartlegging.

1. Kartleggings detaljer:
Hvor kartleggingen skjer, navn på informant, forholdet til brukeren, tid informanten har kjent brukeren, og hvilken arena informanten kjenner brukeren fra (bolig, arbeid, dagtid, etc.)

2. Bakgrunn/historie:
Demografiske data, familie historie, medisinsk historie, medikamentell historie, psyko-sosial bakgrunn, psykiatrisk historie.

3. Nåværende status:
Kronologisk opptegning av brukerens nåværende problemer, type bolig, gruppesammensetning, bistandsnivå, antall personal etc., nåværende arbeidssituasjon/dagtidtilbud, nåværende medisinering.

4. Kognitive evner:
Reduksjon i kognitive evner må unne dokumenteres over tid,

Det finns flere mental status undersøkelser som er utviklet for psykisk utviklingshemmede. The Downs syndrom Mental

Status Examininations (DSME, Haxby 1989). Andre er utviklet av Devenny et al. (1992). Thase et al. (1982), og Wisniewski and Hill (1985). En test som kan være aktuell, men som ikke er utviklet spesielt for denne gruppen er Tese For Severe Impairment (Albert and Cohen, 1992).

Aylward (1995) prøver også å utvikle et batteri i likhet med CERAD batteriet (Morris et al. 1989)

Det vil være en fordel å bruke en standariserte administrasjon av en mental test som er utviklet for denne populasjonen fremfor mindre formelle kartlegginger. Man vil få mere pålitlig sammenligninger over tid. Selvom det ikke er utviklet «prosent av poeng» som kan gi svar på en evt. demens diagnose.

5. Adferd/psykiatrisk karakteristika:
Tegn på adferdsforandringer eller store følelsesmessige forandringer kan være tegn på demens for svakt fungerende psykisk utviklingshemmede. Det er derfor særlig viktig både med observasjon og å intervjue nærpersoner eller familie/pårørende.

Aktuelle redskaper som kan brukes er Reiss Screen for Maladaptiv Behavior (Reiss 1987), the Emotional Problems Scale (Prout and Strohmer, 1991) the Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults (Matson 1988) og the Aberrant Behavior Checlist (Aman et al. 1985)

6. Arbeids og ADL-ferdigheter
Det må dokumenteres at kognitiv reduksjon påvirker både Ad-ferdigheter, sosiale ferdigheter og arbeidsferdigheter. Nærpersoner og familie/pårørende må intervjues om disse områdene. Det vil også anbefales at det brukes standardiserte instrumenter som Vineland Adaptive Rchavior Scales (Sparrow et al. 1984) eller the Adaptive Behavior Scale-Residental and Community (Nihira et al. 1993). Dise gjennomføres over et lengre tidsrom.

7. Medisinsk undersøkelse/ labratorie prøver:
Medisinske undersøkelser/labratorie prøver skal gjennomføres både for å oppdage demens og andre tilstander som kan føre til kognitiv reduksjon. Disse skal ha samme kvalitet som for befolkningen forøvrig. (Jarvik et al. 1992; National Institutes of Health Consensus Development Conference, 1988; Morris et al. 1989; Consensus Conference 1978, Clarfield 1993). Det synes særlig viktig å sjekke hørsel, syn.

8. Nevrologiske undersøkelser:
En standar nevrologsik undersøkelse må gjennomføres med samme kvaliteter som for befolkningen forøvrig.

Arbeidsgruppen som er nedsatt anbefaler at voksne psykisk utviklingshemmede blir testet minst en gang i tidlig voksen alder for å etablere en basisline. Man vil da ikke bli så avhengig av retrospektive data.

De overstående kriterier og standar kartleggingsprosedyre er utviklet av en arbeidsgruppe som har lang erfaring i forhold til gruppen eldre psykisk utviklingshemmede.

De påpeker imidlertid at dette er foreløpige forslag og at seinere longitudinelle forskning må vurdere deres brukbarhet.

Dette er likevel det første forsøk man har på å skape et felles sett av kriterier basert på de internasjonale diagnose systemene og en standar kartleggingsprosedyre.

Det er å håpe at dette kan øke utviklingen av mere reliable og valide redskaper og prosedyrer på sikt.

LIVSKVALITET

AV LASSE TØMTE (SORS KONFERANSEAVIS)

Ikke alle foredragsholdere på SOR-konferansen gjorde bruk av ordet «livskavlitet». Likevel gikk begrepet som en rød tråd gjennom de aller fleste av innleggene som ble holdt. Og for alle som jobber med og for folk med forstandshandicap, er begrepet helt sentralt: Å bedre psykisk utviklingshemmedes livskvalitet, det er jo hva det hele dreier seg om. Eller hva?

Men hva med livskvalitet? Kan livskvalitet måles? Finnes det brukbare kvalitetssikringsprosedyrer? Kan vi støtte oss på forskningen? Eller er vi prisgitt våre subjektive skjønn? Må vi greie oss uten standarder med allmenn gyldighet? Er livskvalitet noe vi kjenner igjen når vi ser det eller opplever det, men har store vanskelig-heter med å forklare og utdype?

Siri Næss ved Institutt for sosialforskning har forsøkt å definere begrepet, og finne en målbarhet for det. Hennes foredrag bar tittelen

Livskvalitet – kjennetegn - målbarhet.

Livskvalitet, sier hun, er ikke å ha god helse. Det er ikke å ha et godt miljø eller å ha barn på fanget. Det er derimot å *oppleve glede* ved å ha et godt miljø. Eller ved å ha god helse. Eller ved å ha et barn på fanget. *Et cetera.*

Livskvalitet er et moteord som inntil nylig ikke var utstrakt i bruk. Ordet fremhever betydningen av kvalitet fremfor kvantitet, og brukes ofte om alternativer til matriell velstand. Enkelt sagt er livskvalitet det samme som å ha det godt. Og å ha det godt, er å ha gode følelser og gode selvoppfatninger. Et godt selvbilde. Selvrespekt, selvrealisering, tilfredshet med sitt eget liv.

Men innvendingene mot forsøkene på systematisering av begrepets innhold, melder seg raskt. Det som er et godt liv for én, kan gjerne være som et helvete for en annen. For ett menneske kan seiling gi en god opplevelse. En annen blir bare våt. Én drømmer om å hoppe i Trollveggen, en annen lider av høydeskrekk. Og på toppen av det hele kommer Siri Næss og forteller oss at livskvalitet, det er ikke knyttet til hva vi gjør, men hvordan vi føler oss.

Man skal nærme seg dette begrepet med

adskillig varsomhet. For samtidig som man ikke kommer utenom det i arbeidet med folk med forstandshandicap, ligger det en fare i at man knytter det for sterkt opp til ens egen forståelse av det gode livet, uten å se det subjektive i den forståelsen. De grusomste diktaturer menneskeheten har sett var grunnlagt på ønsket om å befri menneskeheten. Det skal ikke så alt for velutviklet fantasi til for å forestille seg en gruppebolig eller et kollektiv omgjort til et lite diktatur, grunnlagt på de ansattes forestillinger om økt livskvalitet for beboerne. Når det snakkes om livskvalitet, har vi med andre ord all grunn til å være på vakt.

Siri Næss går følgelig også varsomt frem i sin tilnærming til begrepet. Hennes definisjon, som også mange andre forskere bruker, er delt opp i tre punkter:

1 – Livskvalitet er knyttet til individer, ikke til samfunn. Det betyr ikke at det er uviktig hvordan samfunnet er organisert. Et politisk system kan tvert imot være helt sentralt for borgernes livskvalitet, men systemet er ikke godt eller dårlig i seg selv, men bare ved den betydning det har for den enkeltes livskvalitet.

2 – Livskvalitet knyttes til individers *opplevelse*, dvs. til subjektive tilstander. Hva man har, gjør og omgis av, kan være vesentlig for livskvaliteten, men bare indirekte, ved de konsekvensene det får for ens egne og andre opplevelser.

3 – Livskvalitet knyttes til *nærvær* av positive og *fravær* av negative opplevelser. Med andre ord er det et verdibegrep.

Deretter vedtok de en lov
som sa at alle mennesker
skulle være lykkelige.
Overtredelser ble straffet med
døden.
Snart fantes det
virkelig
bare svært lykkelige
mennesker.

Wolf Biermann

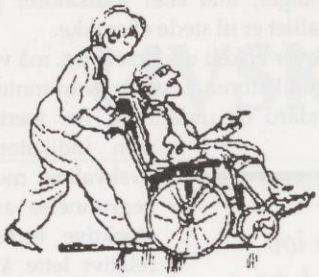
Den enkeltes opplevelse av sitt liv og sin livssituasjon, kan ikke måles direkte. I Næss´ terminologi blir det derfor en *uobserverbar* eller *latent variabel*. Derfor må vi finne erstatninger, mål eller indikatorer på om livskvalitet er til stede eller ikke.

For hver enkelt undersøkelse, må vi velge noen indikatorer. Levekår, som inntekt, boligstandard og utdanning, har vært brukt som indikatorer på livskvalitet, med den begrunnelse at slike objektive forhold er relativt lette å måle. Men, hevder Næss, dette duger ikke. I vår del av verden er det en svak sammenheng mellom livskvalitet og levekår. Ønsker vi å utforske sammenhengen videre, må livskvalitet og levekår holdes klart fra hverandre.

Adferdsvariabler, som f.eks. selvmord eller innleggelser på psykiatriske sykehus, har vært brukt som indikatorer på livskvalitet, og for noen formål kan det være godt egnet. I andre sammenhenger kan de derimot være ubrukelige. Hvilke indikatorer som er «riktige», avhenger av emnet for og formålet med hver enkelt undersøkelse.

Fasit for foredraget er at forskning knyttet til livskvalitet har få faste holdepunkter. Verdivurderinger vil ofte gjøre seg gjeldende.

Litteratur om emnet: JP Robinson, PR Shaver og LS Wrightsman (red.): *Measures og Personality ond Social Phsychological Attitudes.* Academic Press, San Dieago 1991.



Kommunale vedtak med klare mangler

En kartlegging som Rådet for funksjonshemmede har foretatt i tilknytning til et prosjekt for støttekontakt og avlastning, viser at den kommunale omsorgstjenesten for funksjonshemmede lider under mangel på kompetanse og slett saksbehandling. Mye tyder også på at brukerne får for dårlig informasjon om rettigheter. Det regjeringsoppnevnte Rådet for funksjonshemmede har undersøkt i hvilken grad fylkesmennene har gjort om klager på kommunale vedtak om avlastning og støttekontakt. Kartleggingen viser at langt flere klager på støttekontakt enn på avlastning. Signaler som rådet har fått blandt annet fra brukerorganisasjonene tilsier imidlertid at misnøyen er særlig stor med hensyn til avlastning. Noen fylkesmenn er også bekymret over det lave antallet klager på avlastning. De frykter at brukerne ikke blir opplyst om mulighet for å klage på de kommunale vedtakene.

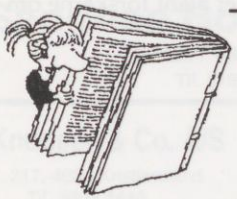
Mye omgjøres

Undersøkelsene viser videre at bare 40 prosent av de kommunale vedtakene om støttekontakttjenester som det ble klaget på i 1994, ble opprettholdt av fylkesmennene. 60 prosent av sakene ble endret eller omgjort som følge av klagen til fylkesmannen. Dette betyr at kommunenes vedtak har vært «åpenbart urimelige» i svært mange saker, særlig når det gjelder støttekontakt, skriver rådet i sin rapport. Rådet påpeker at saksbehandlingen i kommunene generelt sett har endel svakheter. Det mest alvorlige, i følge rådet, er at det ikke foretas individuelle vurderinger i forbindelse med at tilbudet reduseres av såkalte budsjettmessige grunner. Rådet mener også at det er oppsiktsvekkende at ingen klager over saksbehandlingsfeil til tross for at svært mange saker blir sendt tilbake til kommunene nettopp på grunn av saksbehandlingsfeil. En del av saksbehandlingen består av at kommunene skal rådføre seg med brukerne. Både brukerorganisasjonene og fylkesmennene har inntrykk av at denne formen for brukermedvirkning skjer i svært liten grad.

Krevende å klage

Rådet er opptatt av at det er få som benytter seg av muligheten til å klage. I rapporten blir det stilt spørsmål ved om informasjonen til brukerne er for dårlig med hensyn til rettigheter. Rå-

det ser også at begrensninger hos brukerne sjøl fører til at de ikke klager. Det å klage er å gjøre noe ekstra. Det kan ta tid, og det krever både mot og ressurser hos brukerne. Noen vil trenge hjelp til å formulere en klage, og denne hjelpen skal brukerne få av saksbehandlerne. Noen brukre er i følge brukerorganisasjonene blitt avvist av kommunenes saksbehandlere. For disse brukerne kan det synes meningsløst å benytte den samme saksbehandleren til å få hjelp til å klage, skriver rådet i rapporten. Rådet konkluderer med at det er et stort behov for informasjon og opplæring både blant brukere, administrasjon og og politikere. *Klagesaker etter kap. 4 i lov om sosiale tjenester hos fylkesmannen*, 8 sider pluss vedlegg, raporten er gratis og kan bestilles hos Rådet for funksjonshemmede, på tlf 22 24 85 57 eler på faks 22 24 95 79. Prosjektleder Ellen Elster treffes på de samme numrene.



Tankevekkende

«Du må gjerne ha som hovedmål at ditt barn skal gå eller snakke. Mitt råd er at du setter andre mål enn det. Gå og sankke, det er det jo så mange som kan.» Dette er en av de mange tankevekkerne som Knut Robert Larsen jr. presenterer i boka perspektiver. Egentlig er det et hefte som ble utgitt i 1994 med samme navn som nå er blitt dobbelt så stort. Her er det enda flere tankevekkere i tillegg til en rekke spennede fotografier. Utformingen av sidene underbygger at dette er ord og bilder til ettertanke. Knut Robert Larsen jr. er far til et barn med funksjonshemming. Han er tidligere leder av Handikappede Barns Foreldreforening (HBF) og har holdt en rekke foredrag om ulike temaer. Det er essensen av disse foredragene – og foredrag han gjerne skulle ha holdt – som han nå presenterer i boka. En fellesnevner ved foredragene er fokuset på barnas ressurser og muligheter. Boka til Knut Robert Larsen jr. krever lite av oss som lesere, men gir mangfoldig tilbake. Knut Robert Larsen jr. *Perspektiver*, 68 sider, pris kr. 85,– (pluss porto). Boka kan bestilles på telefon 67 53 49 21 eller på faks. 22 37 12 11.

«Fortell dem at du og ditt barn skal stå i sentrum og nødvendige ressurser trekkes til dere når og hvis dere trenger det. Køen av terapeuter som hevder at nettopp deres fag og kunnskaper skal sikre deg og ditt barn, skal du stille deg skeptisk til. Jeg kaller det terapeutstabling og du er invitert til å forsyne deg i bunken. Sjansen for at du trekker riktig er liten i forhold til hvis du satt med alle de riktige kortene i din hånd.»

Fra boka *Perspektiver* av Knut Robert Larsen jr.

HVPU-reformen har gitt bedre tilbud

Noen psykisk utviklingshemmede er blitt isolerte i lokalmiljøet, men det store flertallet har fått et bedre tilbud etter HVPU-reformen.

Det mener forskningsleder Johans Tveit Sandvin ved Nordlandsforskning. Han har gått gjennom samtlige forskningsrapporter om HVPU-reformen, og skal snart forsvare en doktoravhandling der han setter reformen inn i en større samfunnspolitisk sammenheng.

Sandvin mener mange rapporter har den svakhet at de prøver å svare «nøytralt» på om reformen har vært vellykket. Han mener det ikke finnes et nøytralt svar. Men Sandvin mener likevel at det er enighet blant forskerne om at reformen har gitt et bedre tilbud, skriver Nordlys.

Kongsvinger Asfalt AS
Mårvn. 14 - 2200 Kongsvinger - Tlf. 6281 9977

Frisør Leiv Tellefsen
Bermannsgt. 8 - 7460 Røros
Tlf. 7241 1136

Anders Utkilens Rederi A/S
Komedibakken 11 - 5010 Bergen - Tlf. 5590 2050

Domus
Boks 264 - 6801 Førde
Tlf. 5782 1066

Luster kommune
5820 Gaupne
Tlf. 5768 1211

Tveit Regnskap
Thor Dahlsgt. 9
3210 Sandefjord
Tlf. 3346 6412

Scancem-Internasjonal
0270 Oslo - Tlf. 2201 3300

Flå kommune
3532 Flå
Tlf. 3205 0145

Ås Paviljongen
3001 Drammen
Tlf. 3283 3747

Fosen Frakt
Gammelv. 2 - 7167 Vallersund
Tlf. 7252 7584

Osterøy kommune
5250 Lonevåg
Tlf. 5639 2100

Drammen Jern & Metallarbeiderforbund
Øvre Torggt. 9 - 3017 Drammen
Tlf. 3283 5402

Enebakk kommune
1912 Enebakk
Tlf. 6442 4460

Pia-Mek A/S
Langlov. 57 - 6200 Stranda
Tlf. 7026 1546

Bråthen Rørservice
3029 Drammen - Tlf. 3282 2412

Hønefoss Steam & Antirust
Hofsfossvn. 54, 3500 Hønefoss
Tlf. 3212 1413

Warner Music A/S
P.b. 4494, Torshov
0403 Oslo
Tlf. 2237 4520

FCA Mølnlycke A/S
Postb. 6227, 0603 Oslo
Tlf. 2219 6310

Elite Vinduspuss
Verven 24A, 4014 Stavanger
Tlf. 5189 1999

Skjærstad kommune
8100 Misvær - Tlf. 7553 8102

Rica Hotellene i Haugesund A/S
Åsbygt./Skippergt.
5500 Haugesund - Tlf.5271 1100

Sandnes Boligbyggelag
P.b. 630, 4301 Sandnes
Tlf. 5168 3100

Romerike Oljeservice
2072 DAL
Tlf. 6395 1611

Kr. Knudsen & Co. A/S
P.b. 217, 4601 Kristiansand
Tlf. 3802 4446

Herøy kommune
Rådmannen
8850 Herøy - Tlf. 7505 8082

Hamar kommune
Strandgt. 23, 2300 Hamar
Tlf. 6251 0200

Tormod Tveit Regnskap
Thordahlsgt. 1, 3210 Sandefjord
Tlf. 3346 6412

Falk og Halvorsen AS
Rådhusgt. 22 - 3015 Drammen
Tlf. 3283 4897

Hemsedal kommune
3560 Hemsedal
Tlf. 3206 0155

I.Ø.I. Servicesentralen
Klokkergårdsvn. 3 - 1711 Sarpsborg
Tlf. 6914 9200

Gjerpen og Solum Sparebank
Torvgt. 13, 3701 Skien
Tlf. 3558 8900

Lørenskog kommune
Løkenåsv. 45 - 1473 Skårer
Tlf. 6792 9500

AOF Foreningen i Gjøvik
2834 Hunndalen - Tlf. 6117 0600

Agdenes kommune
7136 Lensvik
Tlf. 7249 2900

Bråtlund Transport
4801 Arendal
Tlf. 3709 8469

Søndre Land Kommune
2860 Hov - Tlf. 6112 2000

Flakstad kommune
8380 Ramberg
Tlf. 7609 3555

Åsnes kommune
2270 Flisa
Tlf. 6295 1733

BINGORINGERN
Jernbanegt. 10, 1706 Sarpsborg
Tlf. 6915 4450

Nord-Odal kommune
2120 Sagstua
Tlf. 6297 1477

Kvam kommune
5600 Nordheimsund
Tlf. 5655 1200

Vevelstad kommune
8976 Forvik
Tlf. 7303 7155

Ballangen kommune
Rådhusvn. 1 - 8540 Ballangen
Tlf. 7692 8208

Namdal Byggservice
Mediå - 7870 Grong
Tlf. 7433 1466

Gildeskål kommune
8140 Inndyr
Tlf. 7575 7200

Hallingdal Hotell
3570 ÅL - Tlf. 3208 2011

Carsten Strandin
Tannlege MNTF
Storgt. 10, 1607 Fredrikstad
Tlf. 69 31 55 55

Gulbjørnrud Sag og Høvleri AS
Kopperud, 1464 Fagerstrand
Tlf. 6493 9194

Burgmann Norge AS
Strømsvn. 258, 0614 Oslo
Tlf. 2272 1070

Andøy kommune
8480 Andenes, tlf. 7614 1511

Frogn Bygg A/S
1440 Drøbak
Tlf. 6493 5257

Bruns Libris
Kongensgt. 10, 7011 Trondheim
Tlf. 7351 0022

G-Sport Hønefoss
3500 Hønefoss
Tlf. 3212 1188

Vanylven Sykehjem
6143 Fiskåbygd
Tlf. 7002 1355

FOSNES
7815 Jøa
Tlf. 7428 6899

STRANDA
Bok & Kontorservice as
6200 Stranda - Tlf. 7026 0061

Ing. H. Asmyhr AS
Hvamsvingen 10, 2013 Sjetten
Tlf. 6334 3810

Østfold fylkeskomune
TANNHELSETJENESTEN
1712 Gråtun

Fjellhvil Hotell
3518 Norefjell
Tlf. 3214 9174

Rendalen kommune
2530 Øvre Rendal
Tlf. 6246 8266

Leka Helsestasjon
7904 LEKA
Tlf. 7439 9650

100 år
1896-1996
NAUSTDAL KOMMUNE
6943 Naustdal

Dantherm A/S
P.b. 4 - 3101 Tønsberg
Tlf. 3338 5800

Oppdal kommune
Helse- og Sos.kontor
7340 Oppdal - Tlf. 7242 1200

Grete Johansen AS
Kongsvingerv. 6, 2040 Kløfta
Tlf 6398 0404

Fokus Bank
7005 Trondheim - Tlf. 7288 2011

Fagerlund Handel
2880 Nord-Torpa
Tlf. 6111 9551

Luster kommune
5820 Luster - Tlf. 5768 1211

Bodø Industrier
8001 Bodø
Tlf. 7552 4224

Tannlegepleier Bardshaug
P.b. 10 - 2686 Lom - Tlf. 6121 1418

Dønna kommune
8820 Solfjellsjøen
Tlf. 7505 5200

Skien kommune
3707 Skien - Tlf. 3558 1000

Agdenes kommune
7136 Lensvik
Tlf. 7249 2900

SAGA·12345 – har de beste filmene!
Drammen Kinematograf
Engene 1 - 3015 Drammen - Tlf. 3280 6120

Bålsfjord kommune
Helse og omsorg
9052 Storsteinnes - Tlf. 7772 0011

Grand Hotell A/S
Chr. Augustsgt. 2 - 3600 Kongsberg - Tlf. 3273 2029

El-Team AS
P.b. 42 - 3330 Skotselv
Tlf. 3275 6577

Viamed A/S
Sagv. 21D - 0458 Oslo
Tlf. 2238 4830

Statoil Service Grimstad
Vesterlev. - 4891 Grimstad
Tlf. 3704 0668

Lifjell Turisthotell
6800 Bø i Telemark
Tlf. 3595 3300

Steam Clean
Neptunv. 57 - 3055 Krogstadelva
Tlf. 3287 6096

Ivarans Rederi A/S
Volsv. 9-11 - 1324 Lysaker
Tlf. 6753 9310

Viking Cement
Harstadv. 77 - 4070 Randaberg
Tlf. 5141 9898

Skien Såpefabrikk A/S
Asbjørnsensgt. 11 - 3725 Skien
Tlf. 3552 1000

Stål Byggservice
Dalav. 9 - 5800 Sogndal
Tlf. 5767 7301

Vetterøy Tråleverksted
Papperhavn - 1684 Vesterøy
Tlf. 6937 6311

A/S Betong
P.b. 55 - 4301 Sandnes
Tlf. 5160 5200

Årdal Sport
5875 Årdalstangen
Tlf. 5766 1021

Lillesand kommune
Barne- og Familieetat
P.b. 23 - 4791 Lillesand
Tlf. 3727 0444

G. Myhren Bilradio A/S
Hastevn. 5 - 0571 Oslo
Tlf. 2238 0161

Sparebanken NOR 3101 Tønsberg - Tlf. 3337 7200		**IVC Norge A/S** P.b. 1208 Postterm. 3103 Tønsberg - Tlf. 3336 5200
Kerastase Loreal Industriveien - 3360 Geithus- Tlf. 9434 3902		**Warner Music A/S** P.b. 1208 Torshov - 0403 Oslo Tlf. 2237 4520
Aurland kommune Pleie og omsorgsavd. 5745 Aurland - Tlf. 5763 3405		**Snertingdal Auto A/S** P.b. 7 - 2826 Snertingdal Tlf. 6118 4335
A/S Indre Østfold Industri P.b. 197 - 1801 Askim - Tlf. 6988 3611		**Finnås Kraftlag** 5430 Bremnes Tlf. 5342 0811
Lierne kommune 7882 Nordli - Tlf. 7433 7160		**Jølster Rør** 6850 Skei Tlf. 5772 8350
Solberg Byggmarked A/S 1640 Råde - Tlf. 6928 4211	**Det Nasjonale Aldershjem for sjømenn** P.b. 172 - 3290 Stavern - Tlf. 3319 9899	**Brødrene Holm A/S** P.b. 14 - 8430 Myre Tlf. 7613 3933
Lyngør Appartments 4910 Lyngør - Tlf. 3716 6544	**Fina Forhandler Arild Pedersen** 3410 Sylling - Tlf. 3285 6195	**Ing. H. Asmyhr** Hvammsvingen 10 - 2013 Skjetten Tlf. 6384 3810
Solberg Byggmarked A/S 1640 Råde - Tlf. 6928 4211	**PST Regional Sikkerhet Avd. og kompetanse** P.b. 1803 - 7002 Lade - Tlf. 7391 6580	**Borge kommune** P.b. 20 - 1653 Sellebakk Tlf. 6930 6600
Tore´s Radio & TV Fossevn. 55 - 1792 Tistedal Tlf. 6918 7666	**Nord-Hordaland Kraftlag** P.b. A - 5100 Isalsstø - Tlf. 5634 1300	**Mecano Maskin Fabrikk** 6037 Eidsnes - Tlf. 7019 0765
Buskerud Trevare A/S 3341 Åmot Tlf. 3278 4855	**Per Knudsen** P.b. 217 - 4601 Kristiansänd	**Mester-Tak A/S** 7010 Trondheim Tlf. 7351 1195
Klokkarstua Auto 3490 Klokkarstua Tlf. 3279 8125	**Mar-Kem A/S** Holmestrandv. 106 - 3036 Drammen Tlf. 3281 9470	**Michaelsen Rep & Service** 4016 Stavanger - Tlf. 5138 0221

Norske Liv A/S
Postboks 2454 Solli - 0201 Oslo
Tlf. 2244 3950

Lillesand kommune
Helse og Sosial
P.b. 23 - 4791 Lillesand - Tlf. 3727 0444

Forbund for Ledelse og Teknikk (SLT)
P.b. 8906 Youngstorget - 0028 Oslo
Tlf. 2203 1050

Petter Opsvik A/S
Pilestredet 27 - 0164 Oslo
Tlf. 2236 3210

Otnes Transport
Vinalveien 2 - 3290 Stavern
Tlf. 9447 2076

Hå kommune
Helse- og sosialetaten
4350 Nærbø

Brødr. Holm A/S
P.b. 14 - 8430 Myre
Tlf. 7613 3933

Sykkylven kommune
Sosialkontoret
6230 Sykkylven

Røros sykehus
7460 Røros
Tlf. 7241 1411

Ørskog kommune
6240 Sjøholt - Tlf. 7027 0000

Førde Postkontor
Langbruv. 9 - 6800 Førde
Tlf. 5782 1322

Fretheim Hotel A/S
5743 Flåm - Tlf. 5763 2200

Eidsberg kommune
Anton H. Mysensgt. 7 - 1850 Mysen
Tlf. 6989 1433

Hattfjelldal kommune
8690 Hattfjelldal

Finnås Kraftlag
5430 Bremnes
Tlf. 5342 0811

Meldal kommune
Helse og Sosialetaten
7390 Meldal - Tlf. 7249 7500

Blaaland Slip & Mek. Verksted
P.b. 63 - 6710 Rauberg
Tlf. 5785 5100

Gravør Per Valbo
Karl Joh. gt. 20 - 0159 Oslo
Tlf. 2242 7859

Bøndenes Regnskapskontor
2436 Våler - Tlf. 6242 0113

Ramstad Eskefabrikk
6800 Førde - Tlf. 5782 2855

Havly Fiskarheim
Havnegt. 31 - 9990 Båtsfjord
Tlf. 7898 4205

Imerk Skilt & Reklame
P.b. 607 - 8501 Narvik
Tlf. 7644 6600

Sjøvegan Hotell
P.b. 160 - 9350 Sjøvegan
Tlf. 7717 1204

Troms Regnskap A/S
P.b. 272 - 9001 Tromsø
Tlf. 7765 6500

Rørsenteret AS
P.b. 31 - 3601 Kongsberg
Tlf. 3273 1335

Vik kommune
5860 Vik i Sogn - Tlf. 5764 5203

IMC Diving A/S
P.b. 116 - 5035 Bergen
Tlf. 5532 4400

Gjemnes Sosialkontor
6651 Båtnfjordøra - Tlf. 7129 1111

Egil Kristoffersen
3340 Åmot
Tlf. 3278 4252

Åfjord kommune
7170 Åfjord - Tlf. 7253 1100

Samnanger kommune
Helse og Sosial
5650 Tysse - Tlf. 5658 6600

Kavli A/S
Sandbrekkevn. 9 - 5050 Nestun - Tlf. 5510 0000

Kosmos Idretts og Helsekost
3550 Gol - Tlf. 3207 4960

Trelleborg Viking A/S
3050 Mjøndalen - Tlf. 3287 6290

Kragerø Jern og Metall
3770 Kragerø
Tlf. 3598 1671

Frog Triosveis A/S
3500 Hønefoss - Tlf. 3213 1225

Kristne Østmisjonen
3960 Stathelle
Tlf. 3596 2322

Nedre Eiker kommune
Pleie og Omsorg
Området 5 - 3050 Mjøndalen - Tlf. 3287 6680

Mosvold - Farsund
4550 Farsund
Tlf. 3839 0622

Frei kommune
Ørnvika - 6520 Rensvik - Tlf. 7152 3067

Nutheim Gjestgiveri
3841 Flatdal
Tlf. 3505 2143

Tjeldsund Syke- og Pensjonistheim
Boks 264 - 6801 Førde - Tlf. 7693 8619

Elektrisk Husholdning
Storgt. 53 - 3018 Drammen
Tlf. 3283 7397

Holmestrand Handelstrykkeri as
3080 Holmestrand - Tlf. 3305 1271

Beitostølen Høyfjellshotell
P.b. 13 - 2453 Beitostølen
Tlf. 6134 1300

Vanylven kommune
6143 Fiskå
Tlf. 7002 1355

Namskogan kommune
7890 Namskogan

Bærum kommune
Områdeproskekt Emma H
Høyrabben 4 - 1300 Sandvika
Tlf. 6747 4050

PÅMELDING TIL KULTURKONFERANSEN
4,-6. SEPTEMBER 1996 AMBASSADEUR HOTEL, DRAMMEN

Konferanseavgift: Kr. 1200,-.

Opphold, kost: Full pensjon for deltakere som bor på hotellet.
Enkeltrom kr. 1980,-. Dobbeltrom kr.1640,-.
For ikke boende: Lunsj til kr. 185,-. kan kjøpes på hotellet.

Registrering/Betaling: Påmelding, som er bindende, sendes til Berg-Hansen Reisebureau, Postboks 56, 4601 Kristiansand S.
Du vil motta regning for konferanseavgift / opphold og bekreftelse på din påmelding fra Berg-Hansen Reisebureau. - Konferanseavgift / opphold **MÅ BETALES I HENHOLD TIL FORFALLSDATO.**

Avbestilling: Ved avbestilling refunderes innbetalt beløp ÷ et beløp på kr. 150,-. Ved avbestilling senere enn 14 dager før arrangementet, må konferanseavgift betales.

PÅMELDINGSFRIST: Snarest

Vennligst notér fristen. -Send derfor påmelding før ferien tar til.

Opplysninger om konferansen rettes til:
Berg-Hansen Reisebureau,Kristiansand. Tlf. 38 02 05 55 - Telefax 38 02 08 87.

BESTILLING AV FLYBILLETTER:
Deltakere som reiser med fly kan tilbys 35% rabatt på normalpris med Braathens SAFE og SAS.
Billettene må bestilles hos Berg-Hansen Reisebureau i Kristiansand.
Det er begrenset antall plasser.

Kulturkonferansen, Drammen 4.-6. september 1996

Avreise fra.....dato.....ca. kl.....

Retur .....dato.....ca. kl.....

☐ Ja - Jeg ønsker overnatting ☐ Enkeltrom - ☐ Delt dobbeltrom, hvis mulig.

☐ Ønsker å delta uten overnatting.

Navn:.....**Tittel**.....

Arbeidssted.....**Tlf.:**.....

Postadr. arb.sted: .....

Postnr./sted:.....

Vennligst oppgi betalende instans.....**Tlf.:**.....

Jeg bekrefter herved påmeldingen i.h.t. ovennevnte betingelser:.....

OBS: DET ER VIKTIG AT PÅMELDINGS-SKJEMAET BLIR KORREKT UTFYLT!

C

Retur:
SOR's sekretariat
Tormod Mjaaseth,
Hamreheia 17
4631 Kristiansand S.

PORTO

Berg-Hansen Reisebureau Kristiansand A/S

Postboks 56,
4601 Kristiansand S.