

Organisering av miljøbehandling rundt en person med moderat psykisk utviklingshemning og udifferensiert schizofreni

av André Paulsberg

Vernepleier og masterstudent i psykososialt arbeid ved Høgskolen i Østfold

Innledning

I de siste 30 årene har det vært et økende fokus på at også mennesker med psykisk utviklingshemning kan utvikle ulike former for psykiske lidelser. Opprettelsen av en egen psykiatrisk avdeling for personer med psykisk utviklingshemning og autisme ved Dikemark PPU, bokutgivelser og fagartikler om temaet og foredragsvirksomhet av dyktige fagpersoner, vitner om et fagområde i bevegelse. Fremover får vi tro.

I den kommunale tjenesteytingen rettet mot mennesker med psykisk utviklingshemning som utvikler psykiske lidelser, snakker man ofte om at brukergruppen «faller mellom to stoler». Psykiatrien har begrenset kompetanse på utviklingshemning og de utviklingshemmedes tjenesteytere i kommunene har begrenset kunnskap om psykiske lidelser. En skjevhet som tydeliggjør et åpenbart behov for tverrfaglig samarbeid. Erfaringene rundt samarbeidsprosessene mellom boveiledningstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenester som DPS, BUP, Habiliteringstjenesten og de psykiatriske sykehusene, varierer nok mye. Vår erfaring, fra psykiatrien og den kommunale tjenesteytingen, forteller oss imidlertid at det sannsynligvis er et stykke igjen før mennesker med utviklingshemning mottar de samme psykiatriske helsetjenestene som den øvrige befolkning.

Bakteppet for denne artikkelen er samarbeids- og behandlingsprosessene rundt en kvinne med diagnosen moderat psykisk utviklingshemning og udifferensiert schizofreni, med omfattende psykoseproblematikk. Vi vil presentere noen eksempler på hvordan de kommunale tjenesteyterne og habiliteringstjenesten kan organisere et samarbeid, med det for øye å utvikle et godt individuelt tilpasset behandlingsløp. Faglig fundert på både kompetanse om psykosebehandling, utviklingshemning og personlig kjennskap til tjenestemottaker. Vi vil også presentere *handlingsplan* som et mulig verktøy for hvordan man kan organisere det miljøterapeutiske arbeidet i en personalgruppe med varierende kompetanse.

Kompleksitet og kompetanse

Både faglitteraturen og våre egne erfaringer forteller oss at tidlig intervensjon ved psykose ikke har det samme fokus for mennesker med psykisk utviklingshemning som den øvrige befolkningen. Mange utviklingshemmede får heller ikke adekvat behandling for sine psykiske lidelser. Årsakene til dette er mange og



FOTO: MIKKEL HEGNA EKNES

komplekse. For mange utviklingshemmede og autister gjør verbal funksjonsnedsettelse det vanskelig for dem å formidle sine følelser og tanker til omverden gjennom språk. Dette vil komplisere og forsinke omgivelsenes evne til å tolke endringer og tegn hos vedkommende i retning av psykisk sykdom. I forlengelsen vil en konsekvens kunne være at den psykiske lidelsens atferdsmessige uttrykk, fort kan mistolkes i andre retninger enn nettopp psykisk lidelse. For eksempel at atferdsendringen blir sett på som et uttrykk for vedkommendes psykiske utviklingshemning, eller at atferden karakteriseres som et negativt personlighetstrekk ved den utviklingshemmede. Andre ganger handler det om at symptombilde på ulike psykiske lidelser hos utviklingshemmede eller personer med utviklingsforstyrrelser, fremstår uklart og vanskelig å skille fra øvrig, ofte egenartet, atferd.

Samtidig er det vesentlig at ulike deler av spesialisthelsetjenesten gjennomfører grundige og systematiske undersøkelser omkring somatiske, relasjonelle og psykososiale forhold før man velger å se på utfordringene med et psykiatrisk blikk. (Eksnes m. fl. 2008)

Det er ikke gitt at kompetanse omkring utviklingshemning og psykiske lidelser er å finne hos habiliteringstjenesten som har som oppgave å veilede bistandsyterne rundt utviklingshemmede. Spesialisthelsetjenestene innenfor psykiatri har på sin side ikke alltid tilstrekkelig kunnskap eller erfaring med å diagnostisere eller behandle mennesker med psykisk utviklingshemning eller ulike utviklingsforstyrrelser. En foruroligende tanke når

man av forskning vet at disse menneskene er mer utsatt for å utvikle ulike psykiske lidelser enn den øvrige befolkning (Eknes, 2000, s. 25).

I vårt tilfelle uttrykte tjenesteyterne i kommunen et behov overfor habiliteringstjenesten om å motta veiledning fra noen med spisskompetanse på psykose og psykosebehandling, da man opplevde at god kompetanse på utviklingshemning og habiliteringsprosesser i seg selv ikke strakk til. Habiliteringstjenesten innhentet denne kompetansen eksternt fra TIPS (Tidlig intervensjon ved psykose) under Sykehuset i Østfold og en TIPS-konsulent ble en integrert del av samarbeidet mellom bistandsyterne og habiliteringstjenesten. Dette var et avgjørende vendepunkt på veien til økt forståelse og kunnskap om schizofreni og psykose og til implementering av denne kunnskapen i utformingen av det miljøterapeutiske arbeidet rundt kvinnen.

Ny kunnskap og en personalgruppe i utvikling

Hva skal til for å endre holdningene og øke kompetansen i en personalgruppe? Hva skal til for å endre vårt perspektiv og hvordan vi forstår det vi observerer? Økt kunnskap om schizofreni og psykose førte til bedre forståelse av endel atferdsmessige uttrykk. Vi måtte revurdere tidligere tolkninger og akseptere at tidligere forståelse ble dannet på mangelfullt grunnlag. Det første og kanskje viktigste steget for utvikling var allerede tatt da vi etterspurte spesifikk kunnskap fra annet hold, og på den måten erkjente at kvinnen trengte noe mer enn vi kunne

tilby. Kanskje profesjonalitet handler vel så mye om å kjenne grensene for egen kompetanse og hente inn nye øyne som kan utvide eller endre vårt perspektiv.

Første steg på veien var undervisning. Personalgruppen som helhet fikk generell innføring i schizofreni og psykose. Mange ansatte opplevde med det at flere av de utfordringene og problemstillingene man sto overfor og grublet over ble forståelige.

«Hvorfor svarer hun ikke når vi snakker til henne?». Vi lurte mye på dette. Vi kunne stille (i våre hoder) enkle, konkrete spørsmål uten at det resulterte i svar. I god tro spurte vi igjen, omformulerte og forsøkte å klargjøre spørsmålet. Fremdeles ingen svar. Vi ser nå at kvinnen for det første forsøkte å forstå vårt spørsmål. For det andre, samle seg nok til å kunne gi et svar. Personalet la ubevisst hinder i veien for henne ved at de ikke klarte å vente, og i stedet forstyrret henne med omformuleringer og gjentakelser.

Kunnskap om at psykose ofte medfører nedsatt kognitiv funksjon, forklarte flere av de utfordringene vi stod overfor og hjalp oss å finne enkle og virkningsfulle tilnæringsmåter som gjorde kommunikasjonen enklere og mer meningsfull. Vi forstod hennes utfordringer bedre og kunne mer detaljert tilpasse oss hennes varierende kognitive funksjon.

Kunnskapen personalgruppen som helhet tilegnet seg gjennom undervisning, samt TIPS-konsulenten og habiliteringstjenestens tilstedeværelse på samarbeids- møtene der miljøterapeutiske problemstillinger ble drøftet, bidro til å løfte kompetansenivået omkring schizofreni

og psykosebehandling mange hakk. Vi systematiserte og forankret miljøarbeidet i forskningsbasert kunnskap om miljøbehandling av mennesker med schizofreni og psykose. Vi tilegnet oss kunnskap om generelle stress- og sårbarhetsfaktorer, samt at vi gjennom kartlegging fikk innblikk i stress- og sårbarhetsfaktorer som mer kunne knyttes opp til kvinnen direkte. Vi videreførte og økte fokus på det relasjonelle arbeidet og samhandlingsprosessene i det daglige miljøterapeutiske arbeidet. Vi utviklet også noen rammer for samhandling i henhold til TIPS-konsulentens råd, på bakgrunn av personalgruppens og habiliteringstjenestens kompetanse på utviklingshemning og personalgruppens personlige kjennskap til kvinnen.

Søken etter enhetlig forståelse og tilnærming

For å kunne utarbeide miljøterapeutiske tiltak i en personalgruppe, er man erfaringsmessig avhengig av at man har en noenlunde lik forståelse av det man observerer. Dette er naturligvis en utfordring, da personalgruppen består av mennesker med ulike utgangspunkt, ulike erfaringer og ulikt kompetansenivå. Det er etter vår oppfatning likevel mulig for en personalgruppe, på bakgrunn av økende teoretisk kunnskap og økende praktisk erfaring, å samkjøre det miljøterapeutiske arbeidet. Gjennom felles refleksjon og diskusjon vil man nærme seg en felles forståelsen av det man observerer.

Personalgruppen rundt kvinnen vurderte tidligtegnene på psykose forskjellig og tok som en konsekvens av



Foto: Kaja Owren

dette, i varierende grad, hensyn til sykdomsvariasjon i den daglige samhandlingen. Mens noen så tegnene på forverring i sykdomsbilde relativt klart, tolket andre disse tegnene annerledes. For eksempel ble økt motorisk uro tolket både som et uttrykk for angst og forvirring på den ene siden, og som rastløshet og et behov for økt aktivitet på den andre. Dette resulterte i at noen tonet ned impulsene fra hennes omgivelser, mens andre forsøkte å avhjelpe rastløsheten med å øke aktivitetsnivået. Hun ble altså møtt forskjellig avhengig av hvem som til enhver tid var på jobb. Dette skapte en ustabilitet i miljøet som vanskeliggjorde en positive sykdomsutvikling.

Handlingsplan som arbeidsverktøy

På bakgrunn av en forståelse i personalgruppen om at vi hadde et stykke å gå for å tolke og forstå kvinnens sykdomsbilde og tidligtegn enhetlig, valgte vi å utvikle det vi har kalt *Handlingsplan for gjenkjenning av tidligtegn og håndtering av psykose*.

På et samarbeidsmøte tok vi utgangspunkt i Trine Lise Bakkens faseskjema fra boken «*Samhandling med og uten ord*» (2011) og kategoriserte 3 nivåer omkring hvor fremtredende sykdommen er i kvinnens hverdag (se fig. 1 nedenfor).
 Kategori 1. *Få eller ingen psykosetegn*
 Kategori 2. *Begynnende psykose* og
 Kategori 3. *Psykotisk gjennombrudd*.

Figur 1

Figur 1		
Kategori 1: Få eller ingen psykosetegn	Tegn: <ul style="list-style-type: none"> • Tar initiativ til samtale • Kort latenstid • Motorisk rolig • Godt søvnmønster 	Tiltak: <ul style="list-style-type: none"> • Faste ukeaktiviteter gjennomføres. • Hvileperioder mellom alle aktiviteter
Kategori 2: Begynnende psykose	Tegn: <ul style="list-style-type: none"> • Uregelmessig søvnmønster • Trøtt og sliten • Reduserte ADL-ferdigheter. • Lang latens/ingen svar 	Tiltak: <ul style="list-style-type: none"> • Pers. skal fremstå dempet. • Redusert verbal aktivitet • Fokus på grunnleggende behov som næring, søvn og trygghet.
Kategori 3: Psykotisk gjennombrudd	Tegn: <ul style="list-style-type: none"> • Motorisk uro • Snakker med stemmer • Stiv i kroppen, ukoordinert. • Irritabilitet • Irrasjonelle handlinger 	Tiltak: <ul style="list-style-type: none"> • Faste ukeaktiviteter utgår • Fokus på grunnleggende behov som næring, søvn og trygghet. • Begrense personalaktivitet til et minimum.

Under hver kategori skrev vi i felleskap ned hvilke tegn vi anså for å være typisk og representativ. For eksempel, hva gjør kvinnen helt konkret når hun er psykotisk (kategori 3)? Hvilke tidligtegn ser vi (kategori 2)? Hvordan fremstår kvinnen når sykdommen er mindre dominerende i hverdagen (kategori 1)? Alle tegnene personalgruppen kunne enes om ble nøye beskrevet og konkretisert gjennom eksempler.

Forslagene til mulige tegn var mange, men vi måtte ha som kriterium at tegnene skulle kunne observeres, ikke tolkes. Årsaken var at vi ville utforme et verktøy som alle ansatte kunne benytte seg av, og der kvinnens sykdomsbilde kunne vurderes på en god måte, selv om vi i personalgruppen hadde folk med varierende erfaring, kunnskaps- og kompetansenivå. På bakgrunn av dette, utelot vi også å benytte kompliserte fagbegreper med omfattende meningsinnhold i beskrivelsene av tidligtegn. Bruk av fagbegreper ville sikkert gitt mer presise beskrivelser for kompetente fagpersoner, men samtidig ville nok flere i personalgruppen hatt vanskeligheter med å se at beskrivelsene man leser, sammenfaller med observasjonene man gjør i samhandling.

Det siste momentet i handlingsplanen, etter at ulike tidligtegn ble knyttet opp til de ulike kategoriene for sykdomsutvikling, var å klargjøre hvilke miljøterapeutiske tiltak som skulle gjelde under de forskjellige kategoriene. Det fleste tiltakene er de samme uavhengig av hvordan vi vurderer kvinnens sykdomsbilde. Disse retningslinjene handler for eksempel om tematiske

bergensninger i samtaler, at personalet fremstår som trygge og forbygging av angst gjennom bekreftelser og konkret informasjon formidlet på en tilpasset måte. Variasjonene og tilpasningen handler i stor grad om kvinnens toleranse for følelsesmessig stimuli fra omgivelsene, samt mengden og intensiteten i aktiviteter hun deltar på.

Vi beskrev også tiltakene så konkret som mulig for å tydeliggjøre hvordan det miljøterapeutiske arbeidet rundt kvinnen skal utføres, slik at det er forståelig og gjennomførbart for alle i personalgruppen.

Det videre samarbeidet

I etterkant av utarbeidelsen av handlingsplanen, ser vi at gruppen som helhet har blitt flinkere til å vurdere kvinnens sykdomsbilde. Flere kan, på bakgrunn av tidligtegn beskrevet i handlingsplan, gi gode beskrivelser og forklaringer på hvordan de opplever at kvinnen har det. Denne utviklingen har ført til at vi nå reagerer hurtigere og setter inn viktige tilpassede tiltak på et tidligere tidspunkt enn før, hvilket igjen forhåpentligvis vil bidra til at psykoseperiodene er kortere og mindre intense for kvinnen.

Det er mange faktorer som spiller inn i en bedringsprosess. Samarbeidet mellom personalgruppen, habiliteringstjenesten og TIPS-konsulenten har gitt gode resultater i form av økt kompetanse og større trygghet på at de tiltakene man har satt i gang er riktige. Samtidig har kommunen på sin side tilrettelagt slik at kvinnen kan leve i et miljø som er i tråd med hennes behov. En annen viktig faktor er at kommunen har økt antallet ansatte

med formell kompetanse. Dette øker forståelsen av behovet for en enhetlig og samkjørt personalgruppe.

Samarbeidet mellom personalgruppen, habiliteringstjenesten og TIPS-konsulentene er nå avsluttet. Forståelsen og kunnskapen personalgruppen har tilegnet seg omkring schizofreni og psykose, har ført til at behovet for hyppig oppfølging fra habiliteringstjenesten og TIPS-konsulentene ikke lenger er tilstede. Erfaringene etter samarbeidet er svært gode og vi ser at kvinnen har profittert på at fagfolk fra ulike kompetanseområder har samarbeidet. Vi mener vi har funnet frem til en arbeidsmåte som bidrar til å skape en mer samkjørt personalgruppe, der samtlige ansatte har muligheten til å utøve godt miljøarbeid med den kompetanse

som har blitt bygget opp rundt kvinnen over tid. Men, vi kan alltid bli bedre.

Takk til Inger Stølan Hymer (spesialsykepleier og TIPS-konsulent) for godt faglig samarbeid og gode innspill gjennom arbeidet med artikkelen. ● ● ●

Referanseliste:

- Bakken, Trine Lise, art. *Utviklingshemming og Psykose - Miljøbehandling*, s. 26, SOR-rapport, 4-2012, Stiftelsen SOR Samordningsrådet for arbeid for mennesker med utviklingshemming.
- Bakken, Trine Lise, *Samhandling med og uten ord*, 2011, 1 utg. Hertevig akademisk
- Eknes, Jarle, *Psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser*, 2000, Universitetsforlaget
- Eknes J., Bakken T. L., Løkke J. og Mæhle I., *Utredning og diagnostisering - utviklingshemming, psykiske lidelser og atferdsvansker*, 2008, Universitetsforlaget



Foto: Mikkel Hegna Eknes.