Psykolog Anne Gro Innstrand:

«Når vi mangler et felles språk!»

Privatpraktiserende *psykolog Anne Gro Innstrand*, Bergen

TEKST: **SØLVI LINDE**

FOTO: **BENTE N. OWREN**

Manglende henvisningskompetanse

Manglende behandlingskompetanse

Manglende felles språk mellom tjenestene.

Atferdsavvik eller symptom på sykdom?

– I julen leste jeg om en liten undersøkelse; Type pasient avgjør hvor fort hjelpen kommer! Dersom en ringer 113 og sier at en person trenger hjelp, vil pasientgruppen avgjøre hvor fort hjelpen kommer. De som kommer dårligst ut er rusmisbrukere og utviklingshemmede. En kan spørre seg hvilken informasjon som ligger der, og som dukker opp og gjør at det går litt tregere. Jeg jobber som en helt vanlig psykolog her i byen. Dersom jeg vil legge inn noen, også rusmisbrukere, går det greit. Vi snakker litt om det, jeg sier hun heter Trine, er så og så gammel, kjapt og greit, det hele tar ca 10 min. Men dersom jeg har en utviklingshemmet pasient, så går det ikke. Jeg prøver derfor som oftest å få til en planlagt innleggelse.

Anne Gro Innstrand sier det er viktig å ha forståelsen av hva som er normalvariasjonen, selv om observasjoner kan tolkes ulikt. Hun bruker et eksempel der hun skulle kartlegge behovet for voksenopplæring. Hun kommer inn i en leilighet som er preget av skitt og dårlig luft. «I løpet av samtalen med mannen, kommer det ene symptomet etter det andre mot meg, mannen er paranoid psykotisk. Han har ikke vært på jobb, han spiser bare to typer mat, tomatsuppe og pizza grandiosa, er paranoid med hensyn til sin far osv.» I samtale med personalet etterpå, sier hun at kanskje denne mannen burde få hjelp hos psykiatrisk poliklinikk? Dessverre blir anbefalingen møtt litt ovenfra og ned; «Jeg burde jo ha toleranse for at utviklingshemmede bare kan spise en type mat!» Hans symptomer blir altså tolket innunder normalvariasjonen for utviklingshemmede, og derfor ikke vurdert som alvorlig nok til å henvise vedkommende til psykiatrisk poliklinikk.

Anne Gro forteller om en annen pasient: Han henter og hamstrer så mye at det går ut over evnen til å fungere. Han har det så travelt med tvangshandlingene sine at han nesten ikke går på jobb. Når han endelig blir innlagt, er det ikke på grunn av atferden, men fordi han lager så mye brudulje når han blir stoppet. Han har omfattende symptomer på alvorlig sinnslidelse, men blir snart utskrevet igjen. Det hevdes at han ikke har mer psykoser enn det som er vanlig å møte hos utviklingshemmede! I begge de nevnte tilfellene blir forståelsen av diagnosen utviklingshemning lagt som overskyggende forklaring på symptombildet.

Spørsmålet er om det vi observerer blir tolket som atferdsavvik eller symptom på sykdom? Det er klart at vi kjenner utviklingshemmede som har en viss grad av matseleksjon og som hamstrer, men når går dette over til å bli et symptom på en psykisk lidelse? Innen psykiatrien er det vanlig å vurdere om symptomene fører til funksjonsfall, problemer med alminnelig fungering og sosialt liv. Dersom dette har en viss varighet, så er det snakk om en psykisk lidelse. Vi vet også at dersom personer blir gående lenge med ubehandlet psykisk sykdom, vil det kunne redusere effekten av behandling og dermed gi dårligere prognose.

Det er et alminnelig sørgelig faktum at utviklingshemmede går mye lenger med ubehandlet psykisk sykdom før de blir henvist. De blir gjerne lagt inn akutt når det oppstår aggresjon og konflikter, men de blir fort skrevet ut igjen, og ved eventuelle nye innleggelser etableres en behandlingsresistens.

Forståelse av miljøterapi

Det skjer en slags romstering av ansvarsfraskrivelse. Kan det ha noe med forståelse av miljøterapi å gjøre? Tror en at det er mulig å oppnå det

samme gjennom miljøterapi i et bofellesskap i kommunal virksomhet som inne på en klinikk? Miljøterapi i boligen skal være beskyttende mot psykisk lidelse. En skal tilrettelegge for kommunikasjon, tilpasse hjelpen til vedkommendes mestringsnivå og behov, og legge til rette for valg, egenkontroll og oversikt. Behandling derimot, handler om andre ting i tillegg til beskyttende miljøterapi. I klinikk skal en vite hvordan en skal snakke, nærme seg, gi mat osv. på måter som ikke oppleves truende av den andre. Det er en misforståelse å tro at en kan gjøre det samme i boligen som på en sengepost, hvor en blant annet kan redusere stimuli gjennom å regulere lyskilder, ved å låse dører eller annen bruk av tvang.

Mange som driver miljøterapi i kommunene tror de kan behandle. Det som oftest skjer, er at de glemmer å drive beskyttende miljøterapi og går rett på symptomene. De opprettholder krav, tiltak og rammer. Et eksempel er karen som ble nevnt i begynnelsen, han fikk ikke ekstra hjelp, kravet til mestring var det samme. Og dermed falt funksjonsnivået. Det å justere tiltakene, gi omsorg, behandling i tillegg til beskyttelse, er ikke så lett i et miljø som i utgangspunktet bare skal være beskyttende.

På klinikken vil en ofte tenke at han skal tilbake til miljøterapi i boligen, og diskusjonen kommer fort til rammer og ressurser. Men i

kommunen har de ikke kompetanse til å hjelpe personen som nå er syk. Og det er et faktum at endring eller bedring på skjermingsavdelingen er bedring på *denne* arenaen, ikke nødvendigvis en generell bedring. Dersom en skal få det til, må personen langsomt tilpasse seg livet utenfor skjermingsavdelingen.

Tolkning

Det er forskjell på hvordan en tolker symptomer. I kommunen er det tradisjon å snakke om funksjonell analyse, at atferd opprettholdes av en type forsterkning, enten at man oppnår noe positivt, eller at man unngår noe negativt. Innen psykisk helsevern er en opptatt av å tolke varselsignaler, sårbarhetsvariabler og redusert mestringsnivå, altså når en skal redusere kravene til mestring. Det er ulike forståelser av « å ikke svinge med pasienten». I kommunene blir dette ofte tolket bokstavelig; en skal ikke senke kravene til mestring. I psykiatrien derimot, blir dette forstått som å ikke svinge emosjonelt, sammen med pasienten. En skal ikke bli sint fordi om pasienten blir det, heller ikke passiv eller likegyldige fordi om pasienten blir det.

Utviklingshemmede blir mer enn andre utsatt for tolkning. På grunn av kognitiv funksjonshemning, har de ofte svikt i evnen til å utrykke seg, og manglende erfaring med å snakke om helse, diagnose og egne behov. Og ofte er dette det store problemet, utviklingshemmede har lav egostruktur. Det å kunne sette grenser for seg selv, sette ord på egne behov, og ord på det som er problematisk eller trist, er vanskelig. Det gjør at omgivelsene i større grad kan tolke og søke mening i det som observeres uten korrigering fra vedkommende selv.

Fordi vi blir så opptatt av tolkning, mister vi perspektivene. Vi glemmer å gi objektive beskrivelser basert på systematisk observasjon. For eksempel han som hamstret. Dersom en hadde gått inn og talt hvor mange ganger i løpet av en dag det skjedde, hvor mye tid han brukte på det, ville en sett at det gikk utover funksjonsnivået. En kan beskrive funksjonsfall, det å bare spise to typer mat i et år, men dessverre tolkes det mye mer enn det beskrives. Korrekte observasjoner uten vurdering er mangelvare.

Innspill fra salen:

– Sentralisering kan gjøre det vanskelig å vite hvor hjelpen er å finne. Det er ikke så lurt å gå til kirurg dersom du har hodepine. Vi har laget et fragmentert system og da er samarbeid og samhandling vanskelig. Folk med hodeskader, psykisk utviklingshemmede, psykiske lidelser og demens har langvarige lidelser som krever koordinerte tjenester. Systemet er ikke skapt for godt samarbeid. Dere jobber og sliter, men dere får det ikke til…

– Jeg tenker at der er et bilde på den ideelle organisering. Tenk om en kunne organisere det slik som en stabler glass i syden. Det sildrer ned til alle. Heller du på en annen måte får du ikke samme effekten.

– Det er stor forskjell fra kommune til kommune, i noen kommuner får en til å samarbeide, andre steder jobber en like mye, men det blir ingenting ut av det. Vi må lære av de som får dette til!

– I Arendal har vi valgt å ha en positiv holdninger til lover og retningslinjer. Nasjonale føringer kan ivaretas gjennom et positivt forhold til fylkesmannen.

– Vi må ta på alvor at å etablere samhandlingssystemer er vanskelig, det tar tid og koster penger. Dersom folk som har forskjellige bakgrunn, profesjon, lover, rammer og ressurser er det store muligheter for at det ender i diskusjon, krangel og ikke samarbeid. En må bruke tid på å bli kjent med hverandre, først da kan det bære frukter.