Sjefpsykolog John Petter Mykletun:

De gode eksemplene

– samarbeid med kommunene

John Petter Mykletun, sjefpsykolog, Sykehuset Buskerud

TEKST: **BENTE N. OWREN**

FOTO: **THOMAS OWREN**

Regionalt senter for psykisk utviklingshemmede med psykose og atferdsforstyrrelse, Sykehuset Buskerud, tar i mot utviklingshemmede med spesielt utfordrende atferd. Det kan være atferd som på grunn av intensitet, frekvens eller varighet setter den utviklingshemmedes eller andres sikkerhet i fare, eller atferd som i særlig alvorlig grad begrenser eller forhindrer den psykisk utviklingshemmedes muligheter til å delta i vanlige samfunnsmessige forhold.

Felles for de som blir henvist, er at personalet som yter bistand til disse brukerne opplever sterke følelsesmessige reaksjoner i forbindelse med episoder av utfordrende atferd. De viktigste stressårsakene som oppgis, er at tjenestemottakerens atferd oppleves som veldig slitsom over tid. Mykletun forteller om psykisk utviklingshemmede med atferd som har vært opplevd som så belastende at de til enhver tid har hatt 2 personale på seg, og som skiftet hvert kvarter. Mange ganger kan bistandsyternes følelser være uforenlig med, eller et hinder for, å yte riktig bistand til den det gjelder – enten det er snakk om å unngå kravsituasjoner, ikke gi oppmerksomhet på galt tidspunkt, beholde roen i situasjonen eller liknende. At en har problemer med å forstå atferden, og atferdens uforutsigbarhet kombinert med mangel på effektive måter å møte den på, kan føre til at de som arbeider nær denne brukeren opplever det vi kaller «Burnout»-prosesser. De vanligste følelsene som blir referert; tristhet, irritasjon og fortvilelse, er forenlig med dette. Følelsesmessige reaksjoner knyttet til den utfordrende atferden, vanskene med å yte rett bistand og følelsen av utbrenthet,

John Petter Mykletun.

understreker betydningen av debriefing, støtte og veiledning. De følelsesmessige prosessene er arbeidsgivers ansvar. At ingenting gjøres, oppgis som en av de viktigste stressfaktorene.

– Er utfordrende atferd snakk om lærte fenomener? spør Mykletun. – Ofte er det en sammenheng mellom flere faktorer. Utfordrende atferd kan ha mange årsaker. Det kan skyldes somatisk sykdom eller skade, varige utviklingsforstyrrelser i sentralnervesystemet som for eksempel autisme eller psykisk lidelse, eller atferdsavvik uten årsak definert ut fra ICD-10. Hvordan personalet forklarer den utfordrende atferden, kan få alvorlige konsekvenser for handlingene overfor tjenestemottager, for bistandsmoralen og kvaliteten på bistanden som ytes. De vanligste forklaringsmåtene omfatter forhold som personalet har liten eller ingen kontroll over. Jeg har erfaring med at det tar lang tid å forandre tjenesteyternes holdninger i forhold til den atferden personen viser. Forklaringene den enkelte tjenesteyter eller personalgruppen har på tjenestemottakerens atferd, har også vesentlig betydning for om de søker ekstern veiledning eller ikke, eller om anbefalte tiltak iverksettes på en riktig måte.

Antallet utviklingshemmede

Hvor stor gruppe er det vi snakker om? Prevalensstudier viser en forekomst på 1–3 % av befolkningen. I Helseregion Sør vil et forsiktig anslag (1 %) ut fra et befolkningsgrunnlag på 900 000 tilsi at det er snakk om ca 9000 personer med utviklingshemming. Ut fra 3 % vil antallet utviklingshemmede være 27 000. De aller fleste har lett psykisk utviklingshemming.

Mange utviklingshemmede har store kognitive og språklige begrensninger, med en høyere forekomst blant de med ulike syndromer. Forekomsten av psykiske lidelser og atferdsavvik er høyere enn i befolkningen forøvrig. Mange utviklingshemmede som sliter med depresjon, sliter også med andre psykiske lidelser. Studier på forekomst varierer; ulike diagnostiseringsverktøy gir ulike resultater.

Hvem er det som ikke fanges opp? Siste rapport fra helsetilsynet om effekten av opptrappingsplanen for psykisk helse viser at det ofte er mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med rus, psykisk utviklingshemning, utagering og vold. Har vi bygget ut en helsetjeneste i tråd med opptrappingsplanen som ikke møter enkelte grupper? spør

F70	Lett utviklingshemning	IQ	9–12 år	80 %
F71	Moderat utviklingshemning	IQ 35–49	6–9 år	12 %
F72	Alvorlig utviklingshemning	IQ 20–34	3–6 år	7 %
F73	Dyp utviklingshemning	IQ < 20	< 3 år	1 %

Mennesker med psykisk utviklingshemning, prosentvis fordeling etter alvorlighetsgrad, etter ICD-10

Mykletun, og svarer selv på spørsmålet: – Ja. Mye går på vegring. Det er manglende differensiering i de allmenne tilbudene. Det mangler planlagt tverrfaglig utredning og behandling av alvorlige atferdsavvik og psykose. Habiliteringstjenesten er ofte ikke direkte i kontakt med bruker, og mangler derfor tilgang på kliniske observasjoner. Sammen med manglende kompetanse på psykiske lidelser, kan det føre til at psykiatrisk problematikk blir oversett. Psykiatrien mangler kompetanse på utviklingshemning. Mange utviklingshemmede kommer først i kontakt med psykiatrien gjennom akutte innleggelser, ofte med sammenbrudd i lokalt apparat, omsorgsbase eller nettverk. Etter 2 uker er det ut igjen. Fagfolk i psykiatrien ser ikke at folk har manglende kognitive ferdigheter.

Kliniske vurderinger er en utfordring, selv for folk med lang erfaring. Vi må ha med det lange tidsperspektivet, utviklingshistorie, viktige hendelser og så videre. Se sammenhengene. Vi må gå inn og observere selv, i hvert fall hvis vi har med en personalgruppe å gjøre som er sliten og redd, da blir de preget av dette.

Forekomst av psykiske lidelser

Hvor mange utviklingshemmede er det som utvikler psykiske vansker i tillegg til sin utviklingshemning? Mykletun viser til funn fra en engelsk undersøkelse. Basert på kliniske vurderinger hadde så mange som 40,9 % av alle utviklingshemmede en eller annen form for psykisk problematikk. 22,5 % viste en eller annen form for problematferd, 4,5 % hadde psykotiske lidelser, 6,6 % affektive lidelser, 3,8 % angst, og 0,7 % tvangslidelser. Av de som ble vurdert til å ha en eller annen form for psykiske vansker, hadde 29 % en, 9 % to, 2,4 % tre, og 0,2 % har fire diagnoser av denne typen.

Når det gjelder diagnostisk kategori i forhold til grad av utviklingshemning, viser samme undersøkelse en høyere forekomst av psykiske vansker hos mennesker med moderat, alvorlig eller dyp utviklingshemning. Det er også en atskillig høyere forekomst av problematferd hos denne gruppen. Forekomsten av psykoser og angst er imidlertid høyere blant de med lettere psykisk utviklingshemning.

Viktige faktorer for vellykkede tiltak

Når vi skal skape gode betingelser for den det gjelder, må mange ting være på plass, sier Mykletun og viser til Hienman & Dunlap (2000), som har listet opp en rekke viktige faktorer for om tiltak skal lykkes eller ikke. Først og fremst må det være samsvar mellom individuelle forutsetninger og de tiltak som settes i gang. Vi må ta utgangspunkt i alvorlighetsgrad, hyppighet og

Diagnostisk kategori	Klinisk vurdert	DC-LD	ICD-10	DSM-IV
psykotisk lidelse	4,4	3,8	2,6	3,4
affektiv lidelse	6,6	5,7	4,8	3,6
angstlidelse	3,8	3,1	2,8	2,4
OCD	0,7	0,5	0,2	0,2
problematferd (lett og alvorlig)	22,5	19,1	0,1	0,1
Psykiske vansker uansett type	40,9	35,2	16,6	15,7

Funn: Diagnostiske kategorier/ulike kriterier (n=1023) Cooper, S-A, et al: British Journal of Psychiatry (2007)

Diagnostisk kategori	lett ps. utv.h n=398	moderat/alvorlig/dyp n=625
Psykose	5,8	3,5
Affektiv	6,5	6,7
Angstlidelse	6,0	2,4
OCD	0,8	0,8
Problematferd (lett og alvorlig)	13,1	28,5
Psykiske vansker uansett type	34,4	45,0

Diagnostiske kategorier fordelt på grad av utviklingshemming (utgangspunkt: diagnoser klinisk vurdert) Cooper, S-A, et al: British Journal of Psychiatry (2007)

historikk bak vanskene det søkes hjelp for, og tiltakene må utformes på bakgrunn av brede og omfattende tverrfaglige vurderinger. Er tiltakene i samsvar med de prioriteringer og verdier familien og nettverket rundt den utviklingshemmede har? Og hva med tjenesteyternes verdier? Hvilke prioriteringer gjør de? Hvor er deres fokus? I hvilken grad er øvrig nettverk involvert i forhold til å gi effektiv og god hjelp? Hvor fleksible er de ulike systemene i forhold til de individuelle behovene og eventuelle endringer i disse? I hvilken grad aksepteres og tolereres atferdsmessige ulikheter på de aktuelle samfunnsmessige arenaer? Hvordan er kommunikasjonen mellom familie og tjenesteytere innafor og på tvers av de ulike systemene, og hvilken innvirkning har dette på koordineringen av tjenestene til den det gjelder?

Hvilken tilknytning har den det gjelder til de ulike menneskene rundt seg? Er det noen han har mer tillit til enn andre? – Relasjonen mellom tjenesteyterne og menneskene de har ansvar for å hjelpe vies altfor lite oppmerksomhet, sier Mykletun. Nærpersoner blir ikke tillatt den status og betydning de har. – Tjenesteyterne er viktige. De betyr mye, følelsesmessig og sosialt, i et liv som er preget av overforsiktighet og struktur. Som et eksempel på dette, forteller Mykletun

om en bruker som pleide å skille mellom tjenesteyterne sine; noen fikk lov til å hjelpe, andre ikke. Dette skapte problemer i forhold til ideen å gjøre ting likt. – For tjenestemottakerens selv, var dette en metode for å gi variasjon og kontroll i eget liv.

Det er store variasjoner i forhold til norske kommuner, innenfor allmennpsykiatrien, og i omsorgsmiljøene. Hvis det svikter i det svakeste leddet, da svikter det i de andre. Man må *ville* en tjeneste som kan tilby noe mer. Vi trenger mer fleksible samarbeidsformer. Hvem konsulterer vi når det oppstår ting? I forhold til disse brukerne trenger vi både en A-plan og en B-plan. Mange habiliteringstjenester driver ambulant virksomhet. Den er kanskje ikke ambulant nok? Mye av virksomheten foregår som møtebasert veiledning. Vi som arbeider i psykiatrien og i spesialisthelsetjenesten må huske at dette livet skal leves lenge etter at pasienten er skrevet ut. Intervensjonene må ha en lokal retning. Samhandlingen mellom personen det gjelder, og nettverket hans må tillegges større vekt. Nærpersoner må involveres i større grad. Mye kompetanse er fullt gangbart hvis vi tør å ta det i bruk!

– I en forlengelse av drøftingen rundt begrepet skreddersøm; vi kommer ikke videre uten å ta et skikkelig grep, sier Mykletun. – Utredning må føre til tilpassede og hensiktsmessig intervensjoner, kvalitet og stabilitet i det samla tjenestetilbudet. Psykisk utviklingshemmede med sammensatte vansker trenger en helt individuell vurdering, kartlegging og tilpasning, *både* av utredningsformat og intervensjon.

Psykolog Anne Gro Innstrand

Engen psykologsenter, Strandgaten 199, 5005 Bergen

Mobil: **97 51 29 28**

E-post: **grinnst@online.no**

- Psykologtjeneste spesielt tilrettelagt for utviklingshemmete.
- Utredning og behandling av psykiske vansker, atferdsproblemer og selvskading.
- Fokus på behandling av spiseforstyrrelser/overvekt.