

Behandlingsarbete inom omsorgsverksamheten

Olle Wadström

Psykiskt utvecklingsstörda människor drabbas i likhet med andra människor av psykiska störningar och beteendeproblem. Möjligheterna att hjälpa dessa människor har under senare år alltmer förbättrats och utvecklingen har sannolikt påskyndats av specialistsjukhusens nedläggning.

I Östergötland finns sedan 1972 erfarenheter av små behandlingsenheter, där arbetet bedrivs enligt principer för social inlärning/beteendeterapi.

Arbetet bedrivs dels genom att individuella behandlingsprogram upprättas och dels genom mera generella förändringar av miljön. Allt i syfte att skapa så gynnsamma förutsättningar som möjligt för ett framgångsrikt behandlingsarbete.

Knuten till verksamheten vid den lilla behandlingsenheten alltsedan starten har varit leg psykolog Olle Wadström.

Omsorger betyder inte enbart råd, stöd, tillrättalagd undervisning och all sorts hjälp i det dagliga arbetet. Det har också kommit att stå för såväl psykologiska som psykiatriska insatser för de pålagringar i form av beteendeproblem, nervösa besvär och psykotiska tillstånd som den utvecklingsstörde kan drabbas av. Inom omsorgerna har man under de senaste 15 åren fått allt bättre personella resurser att – till skillnad mot tidigare – ta hand om och erbjuda terapeutiska insatser för olika typer av problem.

Typer av problem hos de psykiskt utvecklingsstörda

Exempel på problem är individer som förutom sin psykiska utvecklingsstörning är *aggressiva* och *hotfulla* mot kamrater och/eller personal. Dessa indivi-

der var tidigare i de allra flesta fall hänvisade till specialistsjukhusen, men har under senare år i allt större utsträckning kunnat bo kvar i mindre enheter och behandlats där. Till denna grupp kan även läggas den stora gruppen med *självskadande beteende*.

Utvecklingen har varit liknande vad gäller de *dominerande* och *allmänt provocerande individerna* samt för dem med *allvarligt störda relationer till sin omgivning* i form av sexuella problem som drabbar andra, drogproblem, vagabondering utan att kunna ta vara på sig själv, livsfarlig hantering med eld och rökverk osv.

Personer som döms för *stöld eller förstörelse* hör också till gruppen som omsorgsverksamheten har måst ikläda sig ett ansvar för.

Allteftersom psykologresurserna byggts ut, har möjligheterna att möta behov av psykoterapi för utvecklingsstörda personer med *ångest och oro* och även *förvirringstillstånd och psykoser* ökat. Detta trots att det klart har sagts ut, att de psykiskt utvecklingsstörda med något av dessa problem skall remitteras till psykiatrisk klinik för konsultation/behandling, såsom vilken annan landstingsmedborgare som helst. Att så inte skett kan sannolikt till en del förklaras av att det ofta antas att "omsorgerna har resurserna och det nödvändiga specialkunnandet" (Östergötlands läns landsting, utredning 1982).

Vid den ovan nämnda utredningen befanns 37 personer (av totalt 1200 vuxna psykiskt utvecklingsstörda) ha en så allvarlig problematik, att de vid *varje* personalkonferens var föremål för diskussion med åtföljande akutinsatser.

Det konstaterades att denna särskilt vårdkrävande grupp inte var konstant i den meningen, att samma individer alltid ingick i den. Ett ständigt utbyte av cirka hälften av individerna skedde och sker, medan den andra hälften består av individer

Tabell 1. Individerna fördelade efter huvudproblem (se texten).

Antal "tilläggs- problem"	1. Aggres- sivitet	2. Domi- nans; pro- vokation	3. Allvar- ligt störd relation till om- givningen	4. Lind- rigt störd relation till om- givningen	5. Ängest Oro	6. Stöld eller de- struktivi- tet	7. Störd relation till arbe- tet	8. Person- lighets- störning av perso- nalkrävan- de slag	9. "Vård- tunga" djupt och svårt ut- vecklings- störda sär- problem	
Inget	1				1				2	4
1	1		1			1				3
2	3							1	3	7
3	2		1	1	1	1			2	8
4 el. fler	6		3	3					3	15
Summa:	13		5	4	2	2		1	10	37

som mer eller mindre permanent tillhör gruppen. Gruppens storlek har visat sig vara tämligen konstant.

De flesta i gruppen hade en sammansatt problembild, så att de, förutom sin psykiska utvecklingsstörning, hade problem inom flera av de nio problemkategorierna.

Tabell 1 redovisar de särskilt vårdkrävande fördelade efter sitt huvudproblem, vilket var det som i första hand krävde akuta insatser, men också det antal kategorier där individen hade betydande problem.

Denna artikel diskuterar fortsättningsvis behandling och arbetet med individerna i kategorierna 1 till och med 8. De djupt och svårt utvecklingsstörda personerna har en något annorlunda problematik.

Hur ser insatserna ut

Sedan omsorgslagens (1967) tillkomst har de små boendegrupperna alltmer etablerats inom omsorgerna. Integrering och normalisering har varit ledstjärnorna.

För omsorgstagare med psykiska problem av allvarligare slag har man skapat små boendegrupper på mellan 4–6 individer. Försök görs att handplocka intresserad och motiverad personal till dessa enheter. Personalgruppen får handledning av konsulten (psykolog) vilken har en central placering och i detta avseende svarar för flera enheter.

Nedanstående beskrivning behandlar det behandlingsarbete, som bedrivs enligt principer om social

inlärning/beteendeterapi (Bandura 1969, 1977) i Östergötland.

Eftersom den utvecklingsstörde pga sitt handikapp sällan eller aldrig är vare sig motiverad för eller kapabel till att delta i individualterapi eller insiktsterapi, måste behandlingsarbetet bedrivas genom personalgruppen och i det dagliga "umgänget" mellan personal och utvecklingsstörd.

Vid personalkonferensen försöker psykologen ("behandlingsansvarig") att tillsammans med personalgruppen finna ett utifrån beteendeanalysen lämpligt bemötande av de kritiska beteendena.

– individuella behandlingsprogram

Man arbetar med individuellt upprättade behandlingsprogram. Dessa diskuteras fram vid behandlingskonferenser där hela personalgruppen tillsammans med psykologen deltar. Konsensus är avgörande för att vinna konsekvens i behandlingsarbetet (Wadström 1976). Psykologen svarar för att den föreslagna behandlingen möter de terapeutiska kraven. Omsorgsläkaren, vilken vanligen är psykiater,

– bidrar med farmakologiska insatser.

– generella insatser

Därutöver arbetar man med att skapa generellt

.....

Man arbetar dels med individuella behandlingsprogram och dels med att skapa generellt gynnsamma miljöförutsättningar.

.....

gynnsamma miljöförutsättningar för ett framgångsrikt behandlingsresultat. Miljön görs allmänt mera gynnsam genom att exempelvis minska personalkretsen kring de ångestfyllda individerna, ställa upp otvetydiga regler och normer, vilket skapar trygghet och minskar missförstånd osv.

I det individuella behandlingsprogrammet anges vad personalen skall göra som "svar" på viss händelse eller visst beteende. *Exempel* på sådana "svar" eller bemötande är:

- den individ som lärt sig att använda sitt aggressiva och självdestruktiva beteende för att vinna uppmärksamhet – nonchaleras i samband med dessa beteenden, men ges ett övermått av uppmärksamhet vid andra tillfällen.
- den individ som lider av fobisk rädsla för exempelvis bussar – uppmuntras och stötts för att våga sig ut och "möta" bussar. Stödet trappas efter hand ned.
- behandlingsprogrammen kan också innehålla direkta träningsanvisningar för att bibringa individen exempelvis kommunikationsfärdigheter, vilket kan vara avgörande för behandling av beteendeproblem (Carr mfl 1985). Andra sociala eller praktiska färdigheter, vilka kan vara av betydelse för ett självständigare liv, kan även bli föremål för behandlingsuppläggning.

Genomgående är att behandlingsprogrammen är individuellt upplagda och anpassade utifrån gjord beteendeanalys (Kanfer mfl 1965).

Problem i behandlingsarbetet

Trots stora ansträngningar att åstadkomma ett konsekvent bemötande av beteendeproblemet enligt modellen "det måste alltid vara mer fördelaktigt för individen att välja socialt accepterade beteenden" så händer ändå avsteg från detta.

Ofta finns några i personalgruppen som inte klarar de våldsamma och aggressiva lika bra som övriga. En annan av personalen orkar måhända inte bete sig i enlighet med uppgjort behandlingsprogram – de må gälla att nonchalera eller att tålmodigt besvara tjat eller att bemöta självdestruktivitet eller ångestattacker på det individuellt föreskrivna sättet – därför att man helt enkelt inte orkar eller tillfälligt misstror riktigheten i behandlingen. Konsekvensen i behandlingen blir också lidande då den behandlade individen rör sig mellan flera miljöer.

.....
Trots stora ansträngningar att åstadkomma konsekvent bemötande blir det ändå avvikelser.
.....

Intresset, motivationen och tilltron till den föreslagna behandlingen kan variera ansevärt mellan olika miljöer och även över tiden. Behandlingsansvarig person (vanligen psykologen) har här ett svårt problem att bemästra.

Varje avsteg från behandlingsuppläggningen innebär att det blir svårare att dra slutsatser om behandlingens effektivitet och därmed kunna vidta förbättrade behandlingsåtgärder.

Personalens/föräldrarnas betydelse

Den utvecklingsstörde är vanligen själv inte motiverad att förändra sitt beteende utan kraven härpå kommer från personal, föräldrar och/eller samhälle. Han är heller inte själv beredd att bidra till den återkoppling av behandlingseffekter, som är nödvändiga för att bibehålla "behandlingsagenternas" (personal, lärare, föräldrar) motivation – i många fall är han dessutom pga handikappet inte heller kapabel att göra det.

Detta gör att stora krav ställs på behandlingsagenterna själva. De måste vara beredda att medverka i olika observations- och registreringsförfaranden.

Dessa personers medverkan med sin kunskap om klienten och viktiga faktorer runt honom är dessutom oundgängligen nödvändig vid själva anamnesen och behandlingsuppläggningen, då klienten själv vanligen inte kan medverka.

Psykologen är för sin beteendeanalys helt hänvisad till föräldrarnas och personalens kunskap om klientens vardag och viktiga faktorer i miljön, för att kunna förstå vilken funktion beteendena har för individen. På samma sätt som han är beroende av dessa människors engagemang och intresse för att kunna genomföra behandlingen.

Ett fall

R en 18-årig måttligt utvecklingsstörd pojke som på grund av problembeteenden (tjat, sparkande i väg-

gar, högljudda skrik, självdestruktivitet och aggressivitet) skrevs in på ett behandlingsinriktat elevhem. Föräldrarna har beroende på problemen sökt hjälp och avlastning då de ansåg sig inte kunna klara och orka ha pojken hemma. R skrevs till en början in på vanligt elevhem, men även där blev problemen övermäktiga, varför behandlingsinriktat elevhem måste tillgripas.

Vid beteendeanalysen framkom vissa mönster i R:s kritiska beteenden. R:s högfrekventa och för omringningpersonerna mycket provocerande tjat föreföll ha samband med hans osäkerhet rörande vad som skulle hända honom och osäkerhet om andra nära förestående händelser.

- ”– Skulle hans föräldrar besöka honom idag, imorgon osv?”
- ”– Skall jag gå till skolan imorgon?”
- ”– Är det matdags snart?”
- ”– Får jag kaffe?”

Trots ett idogt svarande på R:s frågor trappade denne upp tjatet, till en början genom att sparka i väggarna, kasta saker, skrika högt och någon gång till självdestruktivitet och aggressivitet. Under såväl inledningsfasen som behandlingsfasen registrerade personalen frekvensen av de olika problembeteendena enligt instruktion från psykologen. Man noterade även förlopp och händelser vilka tycktes ha en utlösande effekt. Sådana uppgifter är alltid viktiga för den sk beteendeanalysen.

Behandling och dess grund

R:s ”oroliga” beteendekedja som inte ens kunde stoppas genom att den vuxne besvarade hans frågor, måste angripas genom att göra tiden konkret och förståelig för R. För detta ändamål konstruerades en veckokalender med 7 färger – en för varje dag – samt en flyttbar pil, vilken R flyttade varje morgon. Ovanför färgfältet fanns möjlighet att med kardborreband fästa bilder på exempelvis mamma och pappa, vilket betydde ”åka hem”, eller en telefon, vilket betydde ”ringa hem” eller en liten stuga, vilket betydde ”åka till landet” samt andra bilder på viktiga händelser.

Vid behandlingskonferens beslöts dessutom att närhelst R tjtade om dessa ”viktiga händelser”

skulle han hänvisas till sin almanacka. Till en början med mycket information och undervisning.

Rutinmässigt besvarande av hans tjatfrågor skulle i möjligaste mån undvikas av personalen. Vid upprepning av frågor skulle R hänvisas till sin almanacka. Vid osäkerhet hos R om andra ting, där almanackan inte kunde användas, beslöts, att all möda skulle läggas för att R skulle förstå vid det första klargörandet. Upprepad fråga besvarades med ”det vet du redan” eller liknande.

Destruktivitet och aggressivt beteende liksom sparkande i väggar, högljudda skrik ”accepterades” endast på det egna rummet. Detta var också en del av det överenskomna inslagen i behandlingsprogrammet.

Åtgärderna som personalen skulle vidta för att bemöta de ”kritiska” beteendena beslöts gälla tills vidare eller till dess andra beslutade åtgärder satte dem ur spel. I praktiken kom de att gälla flera år och gäller i princip alltjämt.

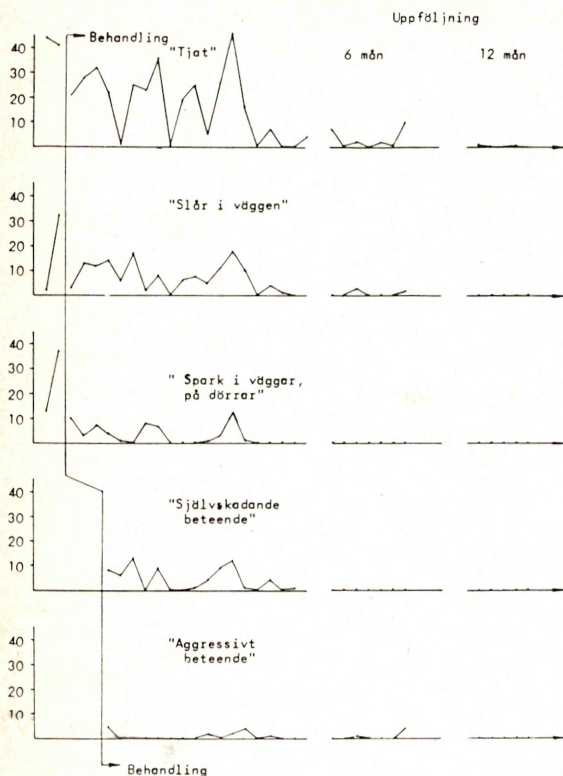
Hypoteserna bakom de beslutade åtgärderna var:

- R får ångest då han är osäker om för honom betydelsefulla händelser (i inlärningstermer: osäkerhet är betingat stimulus för ångestreaktion, vilken i sin tur är diskriminativt stimulus för beteendekedjan.)
- Ångest dämpas endast tillfälligt av vanliga enkla klagöranden (i inlärningstermer: upprepad fråga från R förstärks negativt genom den omedelbara och tillfälliga ångestreduktionen.)
- När ångesten trots allt blir kvar eller åter blir starkare – trappar R upp sitt beteende eftersom detta tidigare medfört större ansträngningar från personal/föräldrar att klagöra för honom. Den vanliga upptrappningskedjan var tjat, spark i vägg, skrik, självdestruktivitet/aggressivitet (i inlärningstermer: beteendekedjan har formats, genom negativ förstärkning, till en beteendehierarki.)

Parallellt med behandlingsinsatserna registrerades hela tiden R:s problembeteenden, vilket gav möjlighet att avgöra om behandlingsinsatserna föreföll vara riktiga. *Figur 1* visar utvecklingen från början samt vid uppföljning efter 6 månader och efter 12 månader.

Av etiska skäl är det sällan möjligt, att för vetenskapliga syften, göra perioden innan behandlingen

Figur 1 Frekvens av beteenden under 4-dagarsblock



sätts igång tillräckligt lång. Kravet på omedelbara behandlingsinsatser, när det gäller så allvariga beteenden som föranlåter inskrivning på behandlingsenhet, är vanligen mycket starka från föräldrar och personal i boendet.

Med den goda effekten av behandlingen har handlingssatserna kommit alltmer i skymund och på grund av den låga frekvensen av incidenter behöver personal och föräldrar numera praktiskt taget aldrig tillämpa behandlingsprogrammet. Det är den praktiska almanackan alltjämt en så viktig del av R:s liv och vardag, att den inte har plockats bort.

Fallet R är typiskt vad gäller arbetsordning och uppläggning, sätt att angripa problemen, men i vad gäller innehåll i behandling och själva innehåll i behandlingsprogrammet. Behandlingsprogrammet är med nödvändighet helt styrda av beteendeanalysen och därmed mycket olika för skilda individer.

REFERENSER

- Bandura, A.: Principles of behavior modification, New York: Holt, Rinehart Winston, 1969
- Bandura, A.: Social learning theory Englewood Clif N.J.: Prentice-Hall, 1977
- Carr, E. G. & Durand, V. M.: Reducing behavior through functional communication training. Journ Appl Beh Analysis. 1985, 18, 111-126.
- Kanfer, F. H. & Saslow, G.: Behavior Analysis Arch G Psychiat 1965, 12, 529-38
- Wadström, O. H.: Behandlingsinriktat elevhem för teendestörda särskoleelever. Projekt Mental Retardation Uppsala, 1976.
- Östergötlands läns landsting: Sammanfattning av utredning rörande särskilt vårdkrävande vuxna psykiskt utvecklingsstörda, 1982.