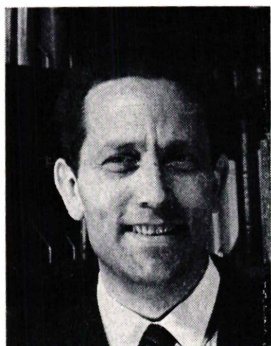


Sosialmedisinske aspekter ved tap av syn og hørsel



Terje Basilier

Innledende ord om eksperimentelle sansedeprivasjoner

I vår tids eksperimental-psykologi og romfarts-medisin er det særlig følgene av sansedeprivasjoner som er i søkelyset. Hvor meget tåler mennesket av isolasjon fra forskjellige slags sanseinntrykk før det resulterer i nevro-fysiologiske forstyrrelser av slik art at mennesket blir sinnslidende? Det er en uhyre interessant problemstilling. De fleste av oss har vel lest om eksperimenter hvor man pakker menneskene inn i beholdere på en slik måte at de hverken ser eller hører eller kan røre på seg. Man registrerer hjertevirksomhet og pustrytme og andre kroppslige funksjoner og forsøkspersonene må etterpå skrive hva de følte og opplevet i sin isolerte verden.

På bakgrunn av slike forsøk vet vi i dag at et menneske ikke kan leve i slik isolasjon noe særlig tid før det får tegn på tankeforstyrrelser og symptomer slik man kan se det ved begynnende nervøsitet eller sinnslidelser. Av nevnte grunn må forsøkene avbrytes etter noen timer eller døgn, alt avhengig av den soliditet personligheten hadde eller den harmoni forsøksindividet levet i før eksperimentet tok til.

Blindhet oppfattas gjerne som en menneskelig tragedi og dövhet utesluter en person både från spontan språklig kontakt och musikens rika värden.

Att vara både döv och blind gör en människa beroende av vibrations- och känselsinnet så att man genom skrift i handen, fingeralfabet eller samtalsmaskiner kan tala med andra människor. I yrket och vardagstillvaron står de dövblinda inför stora problem och de är helt beroende av moderna tekniska hjälpmedel. Det gäller kaffe-pannor som inte kan koka över, dörrklockor, som fungerar genom ultrakortvågssignaler, kopplade till vibratorer m.m. Levande hjälp i form av människor, som kan ledsaga och vara fingerspråkstolkar bör alltid vara disponibla om de dövblinda skall kunna leva fullt människovärdigt. Medicinska specialundersökningar, som t.ex. lungröntgen, kan inte genomföras utan grundliga förberedelser med tolk. Psykiatrisk och socialmedicinsk service bör kunna förmedlas genom speciellt utbildad personal, som fullt ut behärskar kommunikationen med de dövblinda.

Aven om antalet dövblinda icke är så stort, har de mänsklig rätt att få samma hjälp som andra. Det är också få människor som är så tacksamma för den hjälp de kan få.

Författaren till denna artikel är överläkare vid Hjemmet for Døve, Nordstrand, Oslo.

Livets hårde virkelighet er mer brutal enn det et psykologisk laboratorium kan prøve ut. Det lever i blant oss en rekke mennesker som har en eller flere sansedeprivasjoner og uten håp om å kunne ta sansene i bruk igjen. Disse sansedepriverte mennesker kaller på vår faglige innsikt og menneskelige oppfinnsomhet for å avhjelpe deres store nød.

Tap av syn

Å miste synet har til alle tider vært noe som har skremt menneskene bare ved tanken på det. Når et individ mister evnen til å se, mister det ikke bare synsevnen, men de føler seg utrygge og mis-

ter også tilliten til de øvrige sansene. De mister også en del av sin mobilitet, idet de har vanskelig for å bevege seg på ukjente steder og med ukjente transportmidler uten ledsager eller hjelp fra andre mennesker. Dagliglivet blir besværlig ved at de i praktiske handlinger må stole mer på berørings-sansen og hørselen enn de gjorde før synstapet kom.

Å lese brev og aviser kan ikke skje uten at det er blitt skrevet i blindeskrift eller ved at stoffet er innlest på et bånd som kan avspilles og høres.

Selv ved en vanlig samtale to mennesker imelom blir det besværlig for en blind, idet den blinde ikke kan se ansiktsuttrykket til den som taler, og nyere psykologiske studier har vist at det er ansiktsuttrykket som er den pålitligste kilde til riktig tolkning av et stemningsleie. Stemmen spiller en rolle, men ikke hovedrollen. Det er det mimiske spill og glansen i øynene til den som taler som er det beste uttrykk for hvilke følelser som følger med utsagnet.

En som taper synet får også yrkesproblemer og må ofte skifte yrke. Yrkesvalget blir straks begrenset og individets finansielle status vil derved også lide ved synstapet.

For mennesker som er født med sterk synssvek-kelse eller blindhet eller med inntreden av slikt sanse-tap i førskolealderen, blir det nødvendig med spesialundervisning. Begrepsdannelsen blir tyngre

for de blinde som ikke med øynene kan se på for eks. en ildebrann eller et stort fossefall og som derved må bygge opp disse begrepene ved andre illustrasjoner og analogier m. m.

Disse følgetilstandene kan også lede individet inn i sosial og menneskelig isolasjon og den psy-kiske lidelse det fører med seg.

Tap av hørsel

Mens man meget fort vil oppdage at et individ har mistet synet, så kan det være nesten umulig å oppdage at et menneske har tapt sin hørsel. Døvh-et er noe som ikke markerer seg i individets mobilitet eller ytre vesen og derfor har man stort sett betraktet døvhets som et mindre handicap enn blindhet. Om man imidlertid tar for seg hørselta-pets konsekvenser vil man fort komme til den slutning at det er en lidelse med vel så tragiske aspekter som det å være blind.

Når man er blitt døv, er man ikke lenger i stand til å følge en vanlig samtale, men må stole på tale-språkets synlige komponenter i ansiktsmuskulatur-en og leppestillingene. Det er et høyst upålitelig språkmedium og den døde må ofte gjette seg til hva som blir sagt og vil gang på gang oppdage at han ikke har fått tak i utsagnets rette ordlyd. Når det er flere mennesker tilstede, blir det ikke mulig å kunne skifte oppmerksomheten fra ansikt til ansikt ettersom de forskjellige griper inn med ord

KOMBINASJONER AV HØRSEL- OG SYNSTAP:

Sansedeprivasjon	døv	blind
Fra		
Førskolealder	A	A
Skolealder	B	B
Ung, voksen alder	C	C
Eldre alder	D	D
	Tunghørt	Synsvak
	A	A
	B	B
	C	C
	D	D
Sum	8	8

Det gir $8 \times 8 = 64$ hovedgrupper av døvblinde

og replikker og den døve vil gradvis gli ut av det sosiale fellesskap. Den døve våger ikke mer spørre om igjen om hva som er blitt sagt for ikke å bli latterliggjort med eventyrets sitat "Goddag mann, økseskaft"! Man har ikke lenger glede av hverken radio eller televisjon, idet det kun er få TV-programmer som lar seg språkavlese meningsfylt. Den døve kan ikke ta telefoner til venner og bekjente. I mørket er det ikke mulig å snakke sammen fordi det da ikke er mulig med forsøk på språkavlesning.

For dem som er blitt døve i tidligste barneår oppstår det meget store problemer med språk-tilegnelse, idet de må læres opp til å artikulere uten å høre sin egen stemme og det er kun meget få som lykkes i dette. Begrepsutviklingen blir forsinket og utdannelsesmulighetene er meget få sammenlignet med det tilbud hørende og blinde har. Dette fører igjen til begrenset yrkesvalg og lavere sosial økonomisk status. Faren for menneskelig og sosial isolasjon foreligger i ennå større grad enn for blinde fordi kommunikasjonssvikten er meget alvorligere.

Definisjon av begrepet døvblind

Både når det gjelder de blinde og de døve, så har jeg ovenfor bare såvidt antydnet en del av de menneskelige problemer som skjuler seg i begrepene, men det ville føre for langt å ta det opp i mere detalj. Ennå alvorligere blir denne forenklingen når jeg skal prøve å definere hva som skjuler seg i det kombinerte sanse- og hørselstap av både syn og hørsel.

Med ordet blind tenker vi på biologisk tap av synssans, men det juridiske begrepet "blind" ved søknad om blindetrygd blir vurdert mer praktisk i retning av om et individ har gangsyn eller ikke. Det går også på hvor innsnevret synsfeltet er og om det er i stand til å lese.

Med uttrykket døv er det mange som tenker på helt mangel på hørselsevne, mens det i folkelig tale helst blir tolket slik at vedkommende mangler evnen til å oppfatte det talte språk, selv med godt høreapparat. Døvhets er således tap av hørsel i den grad at vedkommende ikke lenger har samtalehørsel.

Med uttrykket døvblind er det mange som ten-

ker seg at det må være et individ som både er helt blind og helt døvt i en av de vanlige tolkninger av ordene. Det viser seg imidlertid at et menneske som er alvorlig synssvekket og deretter begynner å miste hørsel, får så mange tilleggsproblemer at de trenger faglig hjelp av spesialister på både blinde og døve. Det tilsvarende ser vi hos døve som begynner å miste synet.

Uttrykket døvblind brukes således på et individ som har svekkelse i begge sanseorganer uten at de behøver å være hverken helt blinde eller helt døve. Rent praktisk vil et individ som både er tunghørt og synssvak kunne komme til å fungere sosialt som døvblind.

Tap av syn og tap av hørsel kan begge dele inntreffe i forskjellige aldersgrupper og for oversiktens skyld kan dette settes opp slik:

Antall og avgrensning

Fra vanlig medisinsk statistikk har man gjennom en årrekke regnet med at det er ca. 1 ‰ i en befolkning som er blinde. I Norge er det i år registrert ca. 4 400. Av den nevnte promillen regner man dog med at det bare er 0.2—0.4 ‰ som trenger spesialundervisning som blinde barn. Det er i Norge registrert ca. 2 500 døve og dertil mange tusen tunghørte. Statistisk regner man med ca. 0.6 ‰ døve barn som trenger undervisning ved døveskoler og ca. 1.2 ‰ barn som er så tunghørte at de trenger spesielle pedagogiske opplegg.

Av døve med synssvekkelse eller blinde med hørselstap er det i dag registrert ca. 120 personer. Vi må imidlertid regne med at det finnes et langt større antall selv om det ikke er registrert. Antallet vil man neppe få før man har bygget ut en tilstrekkelig service for denne typen kombinerte sansedefekter.

Gruppen av aldersdøve og aldersblinde som finnes ved aldershem og sykehjem rundt omkring i landet er sannsynligvis meget stort, men på samme tid må vi regne med at de på grunn av andre aldersforandringer av for eks. arteriosklerotisk art, ikke er i stand til å dra nytte av den eventuelle sosialmedisinske service som vil kunne bli bygget opp for dem.

Svikt i kommunikasjon

Som nevnt har både blinde og døve hver for seg svikt i mellommenneskelig kommunikasjon på grunn av sansedefektene. Når disse svikttilstander kombineres blir det som å få en funksjonshemning av en høyere dimensjon enn de to sansetapene hver for seg. Kommunikasjonen vil med en gang bli sterkt forsinket. Den primært døve vil ikke lenger kunne se sine døve venners tegnspråksymboler, og den primært blinde vil ikke lenger kunne stole på hørselsinntrykkene. Nå må individet satse på berøringssansen og derfor må kommunikasjonen foregå på en av nevnte måter:

- 1) Skrift i hånden
- 2) Fingeralfabet
- 3) Tegnspråksymboler
- 4) Punktskrift (Braille)
og i sjeldnere tilfelle:
- 5) Taktile vokodere
- 6) Avlese ved Tadoma-metoden: gjennom fingrene føle på mun (tommel) — kinn (pekefinger) hals (lillefinger på strupehodet) på den som taler.

Når det gjelder fingeralfabetet, så vil den døvblinde kunne avlese det som sies ved å føle på fingrene som taler ved alfabetisering. Tegnspråk kan også brukes ved at den døvblinde får holde på hender som gjør tegn eller ved at den som snakker med den døvblinde tar den døvblindes hender og former dem til enkle tegnsymboler, og snakker på den måten.

Taktile vokodere er små apparater som omdanner akustiske bølger (tale) til vibrasjoner med forskjellige frekvenser. Dette kan føles, slik at den døvblinde kan utnytte vibrasjonssansen som støtte for eventuelle hørselsrester.

Tadoma-metoden er spesielt brukt ved undervisningen av døvblinde barn som har evnen til å dra nytte av metoden. Dessverre har mange døvblinde barn kompliserende hjerneskader og kan derfor ikke benytte seg av denne subtile metode.

Når det gjelder evnen til å kommunisere med andre, kommer de fleste døvblinde i to hovedgrupper. Den ene er gruppen av primært blinde og blindblevne som senere mister hørsel og som har

fullt utviklet talespråk. Disse kan med letthet snakke til hørende og de har så stort ordforråd at det er relativt lett å meddele seg til dem ved en av de metoder de har greid å lære seg. Den gruppen som har særlig store kommunikasjonsproblemer er de tidlig-døve som har fått synssvekkelse og blindhet som tilleggskomplikasjon. De fleste av disse taler med typisk døv prosodi eller er stumme og er avhengig av å kommunisere med noen som er erfarne i å kommunisere med døve. Tegn og fingeralfabet er her viktige hjelpemidler til forståelse og det forutsettes således at de kan ha kontakt med mennesker som kjenner de døves tegnspråk og fingeralfabet.

Disse momentene er det meget vesentlig å ha klart for seg om man for eks. planlegger aldershjem for døvblinde. De primært døve kan med fordel være på hjem for døve, og de primært blinde eller blind-blevne bør være på institusjoner for blinde. Å blande disse to grupper sammen kan skape store problemer spesielt for de primært døve, som ikke har den samme språklige bakgrunn som de primært blinde.

Dagliglivets problemer og tekniske hjelpemidler

Nesten alle praktiske gjøremål i en familie blir komplisert når man hverken ser eller hører. Det gjelder rengjøring av leilighet og stell av klær og ikke minst matlagning. Det er heldigvis laget spesielle kjeler som ikke koker over og flere lignende praktiske innretninger for mennesker med sansedefekter. Om man besøker en døvblind, oppdager man fort hvor komplisert det kan være å få varslet en døvblind som for eks. ligger og sover middag og som ikke venter besøk akkurat da. Det kan nå ordnes slik at dørklokken kobles til en elektrisk vifte som sender luftstrømmer ut i rommet hvor den døvblinde befinner seg og derved varsle den døvblinde om at noen har ringt på døren. Hvis den døvblinde hviler middag eller har lagt seg for kvelden, kan vekkingen skje ved at den elektriske viften er koblet sammen med en vibrator som er plasert under sengemadrassen, og når den begynner å vibrere, er det ikke mulig å bli liggende! Disse varselsystemene må være knyttet til tidsrele-

er, som er justert etter det tregghetsmoment de forskjellige døvblinde måtte ha i sine reaksjoner. I dag er det også mulig å få kroppsbårne blyantvibratorer eller ringer til å ha på fingrene, som via ultrakortbølgesystem begynner å vibrere når noen ringer på døren. Det er å få vekkeklokker som for blinde, men tilkoblet vibratorsystemet slik at man kan vekkes om morgenen eller etter en midtagshvil om man ønsker det. Til og med telefonering kan foregå om en døvblind blir trenet til å benytte seg av et spesielt vibrasjonssystem hvor de bruker morse og vanlig telefonopplegg. Dette krever dog øvelse, men i Amerika blir det praktisert, og jeg husker et tilfelle hvor en døvblind mann ringte hjem til sin kone og varslet henne om at han nå dro fra jobben for å komme hjem til middag.

Samtalemaskiner er en effektiv hjelp for døvblinde når ukjente og uerfarne mennesker må henvende seg til dem. Da kan de uerfarne skrive sine meldinger på en nærmest vanlig skrivemaskin og den døvblinde holder sin pekefinger på en liten plate på skrivemaskinen, hvor punktskriftbokstaver kommer opp i fingertuppen etterhvert som den uerfarne skriver sin beskjed. Den døvblinde leser derved med pekefingertuppen og kan motta beskjeder ganske raskt. Selv er de som oftest i stand til å meddele seg muntlig, idet hovedgruppen av de døvblinde har hatt så meget hørsel at de har fått et godt talespråk. Problemet blir større for de primært døve som har vanskelig for å uttrykke seg tilbake til den uerfarne. Da er man avhengig av å kjenne den døvblinde og forstå det tegnspråk og den døve tale som den døvblinde har.

Det tar tid å snakke med døvblinde for en samtalemaskin kan ikke brukes i samme tempo som en vanlig samtale foregår i. Under lengere samtaler vil også samtalemaskinen virke noe frastøtende fordi den døvblinde ikke får den medmenneskelige kontakt som man ønsker av en samtale og derfor vil nok hovedgruppen av de døvblinde ha kontakten ved skrift i hånden eller fingeralfabet for derved å få en medmenneskelig følelse av nærhet.

Levende hjelp

Personlig kontakt med andre mennesker er for oss alle en livsnødvendighet om vi skal kunne fungere

noenlunde harmonisk og lykkelig. For den døvblinde er hjelp fra medmennesker også en livsnødvendighet.

Den døvblinde kan nok gå i noen bestemte forretninger og bli kjent der og få kjøpt de varer de ønsker seg, men dersom det er noe spesielt de vil ha, eller de ønsker å handle i andre forretninger, må de ha ledsagere med seg for å komme gjennom trafikken og frem til de rette diskene i de større magasinene. Handelen tar lenger tid enn vanlig fordi den døvblinde må beføle stoffet eller artiklene, og ikke bare ved å kaste et blikk på det man vil ha.

Selv om det finnes eget ukeblad for døvblinde i blindeskrift og litteratur forøvrig som for blinde, så er de døvblinde i stort behov av å få snakke med andre mennesker. I løpet av dagens 16 våkne timer blir det dessverre altfor mange i ensomhet og uten personlig aktivitet. Den biologiske sansedeprivasjon har tendens til å trekke menneskett inn i en slags sykelig autisme om man ikke gir tilstrekkelig medmenneskelig kontakt.

I slutten av forrige århundre var det at Nord-Europas første døveprest, pastor Conrad Svendsen, begynte sitt arbeid blant de forsømte døve og han var lønnet av de Døves forening i Christiania (Oslo). Gjennom Indremisjonsselskapet greide han å skaffe de nødvendige midler til å grunnlegge institusjonen Hjemmet for Døve, som helt fra 1898 har prøvd å gi også døvblinde den medmenneskelige kontakt og hjelp som de har vært i behov av. Landets regionale døveprester har senere fulgt opp pastor Conrad Svendsens sjelesørgerarbeid, og Frelsearmeen har gjort en god innsats gjennom sitt spesielle korps for døve og blinde mennesker. Norges Blindforbund har med midler fra Staten hatt en konsulenttjeneste for denne gruppen av blinde og Norske Døves Landsforbund har også ydet hjelp gjennom sine konsulenter. På tross av at det er mange hjelpende hender i dette arbeide, så vil den enkelte døvblinde føle at det på ingen måte strekker til i deres behov av hjelp fra medmennesker.

De trenger blant annet nødvendig tolkehjelp for å kunne være ute for å hygge seg sammen med andre mennesker, det gjelder både religiøse, hu-

manitære og helt vanlige munstrasjonsarrangementer. Man bør heller ikke glemme behovet av tolk når de vil besøke museer, parker, og når de ønsker å ta en feriereise for å komme litt bort fra den lille verden de lever i.

Samfunnsøkonomisk kan man naturligvis diskutere hvilke tolketjenester som burde dekkes av trygdeapparatet og hvilke ledsagerutgifter som burde dekkes ved gaver og innsats fra vennligssinnede medmennesker. Det burde ihvertfall være klare regler for dekning av nødvendig ledsager- og tolkehjelp ved besøk hos lege, under sykehusopphold, ved fremmøte på offentlige kontorer eller ved inngivelse av ligningsoppgaver og valgdeltagelse ved såvel kommune- som stortingsvalg. Etter mitt skjønn burde det også være faste ytelser innenfor det man kan kalle trivselstiltak og det burde være her så rommelig tilgang på penger at mennesker som var villige til å ofre tid og krefter også kunne ha tilstrekkelig midler til virkelig å arrangere positive tiltak for de døvblinde.

Man burde komme frem til en ordning hvor ledsegere/tolker for døvblinde ble autorisert og fikk en viss supervision for å unngå at mennesker med tendens til å dominere andre kom inn i slik tjeneste. En døvblind vil lett kunne bli umyndiggjort dersom ledsageren er for bestemt og ikke hører nok på den døvblindes ønsker. Den døvblinde vil ikke våge å gjøre anskrik av angst for å miste den kontaktflate ledsageren tross alt er overfor omverden. Denne kontroll og supervisjon måtte kunne skje ut fra en sosialmedisinsk treningsavdeling for døvblinde hvor nevnte ledsagere kunne få den nødvendige skolering og senere supervisjon.

I uttrykket levende hjelp ligger også skjult den hjelp blinde har av ledsagerhunder. Det finnes døvblinde mennesker som har glede av hund, men stort sett er stell og tilsyn med hunden så vanskelig at det er få døvblinde som greier det. Dersom de makter det, bør de imidlertid få den nødvendige økonomiske støtte til det.

Problemer ved medisinske undersøkelser og behandling

Når en døvblind skal til legeundersøkelse, må en ledsager sørge for at den døvblinde kommer til

avtalt lege til avtalt tid, for det nytter ikke å la den døvblinde gå via et venteværelse hvorfra pasientene kalles inn ved hjelp av "calling-system", som enten er basert på lyd eller lys.

En døvblind som har normalt tale-språk kan relativt lett fortelle om sine plager til legen og derved gjøre det lettere for legen å komme frem til en klar diagnose. For den primært døv kan det imidlertid være uhyre vanskelig å få redegjort for sin tilstand fordi språkinvaliditeten gjør det vanskelig å uttrykke seg adekvat og det er nødvendig å satse på en fingerspråkstolk som virkelig har erfaring i å kommunisere med døv og døvblinde. Når det så kommer til undersøkelser som forutsetter innsprøyting av stoffer i blodårene som f. eks. i galdeveis og nyreundersøkelser, må den døvblinde få grundig informasjon i hva som skal skje, så ikke den døvblinde rykker foten til seg eller rister på kroppen idet ubehagsreaksjonen av sprøyten kommer. Mangen en røntgenundersøkelse er blitt spolert fordi tegnspråkstolken er blitt forvist til venteværelset, idet fagpersonellet ikke har vært klar over situasjonen. Hvorledes skal for eks. en døvblind pasient kunne høre at søster roper: "Hold pusten nå". Tolken må på forhånd ha forklart dette for pasienten og ved hjelp av et lite fingersymbol få pasienten til å reagere adekvat. Dette forutsetter at tolken får blyforkle til beskyttelse for sin egen kropp mot røntgenstrålene og blir automatisk medarbeider i selve undersøkelsen. Av denne grunn burde det være et visst antall autoriserte sykepleiere som fikk til spesialoppgave å være tolker for døv og døvblinde, og disse tolkene kunne med fordel være knyttet til en spesiell sosialmedisinsk avdeling for døvblinde.

På en sykehusavdeling er det for eks. ikke nok at pleiepersonellet titter inn til den døvblinde. Personellet må gjøre den døvblinde pasienten oppmerksom på at de har sett til pasienten og det må skje ved skrift i hånden eller fingerspråk for at den døvblinde skal føle seg trygg på at han eller hun er under faglig observasjon og ikke overlatt til seg selv. Den døvblinde vil gjennom vibrasjoner i gulvet og sykehussengen kunne føle at det er noen som beveger seg omkring sengen, og da er det meget viktig at den døvblinde også får infor-

masjon om hva som skjer så det ikke bygges opp angst og utrygghet i forbindelse med sykehusoppholdet.

Psykiatrisk service

Den biologiske og påfølgende menneskelige isolasjon som tap av syn og hørsel fører med seg har ofte ført døvblinde inn i deres egen fantasiverden og dagdrømmerier. I alt for mange tilfeller har dette i annen omgang ført til utvikling av passivitet og selvpågivelse, og alvorlig sinnslidelse er i vitenskapelige undersøkelser registrert å finne sted hos bortimot 1/4 av alle voksne døvblinde.

For å unngå denne tendens til utvikling av psykisk sykdom må man sørge for at man til enhver tid kan tilby ensomme døvblinde adekvat medmenneskelig kontakt.

Når en døvblind er blitt rammet av alvorlig sinnslidelse, hva enten det skyldes vanlige årsaker som hos vanlige mennesker eller det skyldes den biologiske isolasjon, så er det nødvendig å kunne gi dem adekvat psykiatrisk behandling. D. v. s. at pasienten kommer til en spesialavdeling hvor fagpersonellet og pleiepersonellet både er kjent med og erfaren i hvorledes man skal kommunisere med døvblinde. En slik avdeling kan med fordel legges på samme sted hvor man behandler døve pasienter for de er i nøyaktig samme stilling og har samme behov for å bli behandlet i en avdeling uten kommunikasjonsproblemer. Det koster så lite å sende en pasient med fly fra landets forskjellige kanter og til det sykehus som utvelges som slik avdeling at det oppveies hundrevis av ganger ved det man sparer i liggetid på sykehuset ved at fagpersonellet fortære kan hjelpe pasienten ut av sykdommen og tilbake til livet utenfor sykehuset. Hvis de ikke får den nødvendige spesialbehandling av kyndig personell, blir det som det så ofte skjer, dessverre, at de blir sittende rolige og medgjørilige på sykehuset og sløves gradvis hen inntil det ikke lenger er mulig å få kontakt med dem selv om man kan både fingeralfabet, tegnspråk og blinde-skrift.

Den psykiatriske service bør være nært knyttet til et sosialmedisinsk senter som kan påta seg den sosiale og eventuelle yrkesmessige attføring.

Spesialpedagogiske tilbud

Fordi en relativt stor gruppe (ca. 5 %) av barn med medfødt sterk hørselssvekkelse og døyhet har tendens til å utvikle synstap og blindhet i ung, voksen alder, må det vi i dag vet om faren for utvikling av psykisk sykdom ha en pedagogisk konsekvens. Det gjelder å sørge for at samtlige sterkt tunghørte og døve barn får undervisning og erfaring i bruken av fingeralfabet og tegnspråk slik at de har dette som en reservekommunikasjon å ty til dersom de skulle høre med til den gruppen som mister synet i voksen alder. Det gjelder også å planlegge den yrkesmessige utdanning, slik at de ikke behøver å skifte yrke om de en dag begynner å miste synet. I tillegg til nevnte synssvekkelse som kommer ved retinitis pigmentosa, må vi også tenke på alle dem som får svekket syn på grunn av skader og uhell og ikke minst på den relativt store gruppen av aldersblinde som rammer alle borgere og inkludert de døve og sterkt tunghørte. Også for denne gruppen vil øvelse i bruk av fingerkommunikasjon være til stor hjelp når de blir blinde i tillegg til døyheten.

Man må imidlertid ikke uten videre fortelle disse ungdommene at de kommer til å bli blinde ved å tvinge dem inn i punktskriftundervisning i tidlig alder. Man bør la dem få satse på synsevnen så lenge de har synet i behold, og først komme med punktskriftopplegget den dagen de selv skjønner at det er behov for det. Via fingerspråket har man likevel den reservekommunikasjon man kan og må ty til når synssvekkelsen rammer dem.

Når det gjelder barn som har både syns- og hørselstap, kan man bruke diagnosen døvblind på dem når de ikke kan følge undervisningen på en døveskole hvor de satser på synssansen og heller ikke følge undervisningen på en blindeskole hvor de satser på hørselsevnen. Det må helt spesielle skoletilbud til denne gruppen. Man må utnytte det som finnes av såvel syns- som hørselsrester og samtidig la barnet som helhet få utvikle sin person ved å gå gradvis fra det kjente og til det ukjente. Det må først bli kjent med sin egen kropp og få et indre bilde av sin egen kroppsfunksjon (Körper-skjema) og dernest lære å kommunisere med omverdenen med de forskjellige metoder som er van-

lige innenfor spesialpedagogikk for døvblinde barn. Her i Norge har vi slikt pedagogisk opplegg ved Hjemmet for Døves barneavdeling i Andebu.

Disse barna er i amerikansk litteratur blitt kalt for "children of the silent night" ("barn av den stille natt") — et uttrykk som i engelsk språk brukes meget om julenatt og som forsåvidt markerer at det er noe spesielt med det døvblinde barnet!

Når de døvblinde barna vokser til, er det nødvendig at de kan bli ført inn i et sosialt og yrkesmessig treningsmiljø med tanke på den form for arbeidsplassing som måtte egne seg for selvstendig tilværelse eller for vernet sysselsetting og miljø.

Sosialmedisinsk diagnostikk og trening

Når et menneske har mistet så meget av syn og hørsel at det opplever problemer som døvblind, bør vedkommende snarest mulig til en egen avdeling for sosialmedisinsk diagnostikk og trening. Man må fortest mulig sørge for at vedkommende får hjelp til å leve som døvblind og til det trengs skreddersydde tilpasningskurs. D. v. s. at om en tidlig døv begynner å miste synet i ung, voksen alder, så må vedkommende straks få bli undersøkt av et sosialmedisinsk team som har erfaring i vurdering av de aktuelle sansedefekter og den påfølgende sosiale svikt som kan oppstå dersom hjelp ikke ytes i rett tid. Den tidligdøve som blir sterkt synssvekket/blind må få lære blindeskrift (Braille). Det gjelder både å lese med fingrene og å kune skrive med en blindeskriftmaskin for derved å kunne skrive brev til andre døvblinde som har gått gjennom det samme og vet hva det er å være døvblind. Innføring i den litteratur som foreligger på blindeskrift og ikke minst gi pasienten evne til å lese døvblindes ukeblad og derved adgang til å følge med i det som skjer. Den døvblinde må også lære å bruke samtalemaskin som tidligere nevnt. Dessuten må det gis undervisning i kjeppeteknikk (peripatologi) slik at den døvblinde blir i stand til å bevege seg innenfor kjente områder ved hjelp av blindekjepp.

For en tidlig blind som mister hørselen og blir døv må det gis undervisning i hvorledes man sam-

taler med skrift i hånden og i fingeralfabet samt bruken av samtalemaskin.

For at de som er blitt døvblinde skal kunne føle seg trygge i sine bevegelser når de hverken ser eller hører, bør de gjennomgå et spesielt gymnastikkprogram for døvblinde, slik at de kan få bedre balanse og såpass god fysisk kondisjon at de kan tåle de dultene de får når de går uten å vite hva de støter på av mennesker eller gjenstander inne eller ute. De må dessuten lære seg et treningsprogram for at de ikke skal syke hen i en stol dersom de etter tilpasningskurset kommer hjem og ikke har de samme muligheter til fysisk aktivitet. For å trene dem fysisk og for å lære dem opp til å utnytte kroppens resterende sanser — berøring, varme/kulde, leddenes stilling i forhold til kroppen og omgivelsene, vibrasjonsopplevelser og muskelspenninger — så bør dette skje ved et institutt hvor de har muligheter til både å få badstu og svømmebehandling. Det må være innrettet egne rom for rytmikk og adgang til vanlig fysikalsk medisinsk behandling ved fysioterapeuter. Dette siste fordi døvblinde har tendens til å bli så opp-tatt av kroppens egne funksjoner at nervøse spenninger lett blir registrert i musklene og trenger fysioterapi.

Det er også meget vesentlig at den døvblinde får hjelp til å utnytte sine syns- og hørselsrester, og det kan skje ved nært samarbeid med spesialavdelinger på sykehus. Til nevnte spesialundersøkelser kan pasientene så få med autorisert sykepleier som er spesialutdannet i å kommunisere med døvblinde.

Dessuten må man kunne gi undervisning til de døvblindes pårørende. Det gjelder både bruk av fingeralfabet og samtalemaskiner. De må dessuten få øvelse i bruken av alle de tekniske hjelpemidler som den døvblinde også skal undervises i. Det er særdeles viktig at den døvblinde og de mennesker som lever i miljøet omkring den døvblinde også får den nødvendige informasjon om bruk av de forskjellige typer varslingsanlegg m. m. På den måten unngår man at kostbare anlegg ikke blir brukt og at den døvblinde mot forventningene henfaller til sosial isolasjon og psykisk lidelse. Ved tilpasningskursene må det også gis sosial trening

i hvorledes den døvblinde skal stelle sitt hjem, d. v. s. renhold, ettersyn av klær, matlagning m. m. alt avhengig av om det er en mann eller kvinne og hvilken familiesituasjon de er i. Avdelingen må derfor ha spesiallaget treningsleilighet til dette bruk. Når den sosiale trening og derved den sosiale attføring synes å være gjennomført, må man ta spørsmålet om den yrkesmessige attføring opp til vurdering. Dette må også skje ved et fagpersonell som er kjent med problemene og som vet at det er mulig å attføre døvblinde til inntekstgivende arbeid med selvstendig sosialt liv utenfor institusjonen. Ved "Industrial Home for the Blind" (IHB) viste en etterundersøkelse av 139 døvblinde som hadde vært til trening at det hadde lykkedes å få ansatt 27 % i vernet industri, 9 % var i arbeid i industrien, 3 % selververvende, 14 % hjemmearbeidere. 12 % var fortsatt under trening. 14 % hadde trukket seg tilbake på grunn av alder og det var bare 21 % som var arbeidsløse. Det var meget kort observasjonstid på materialet, og det var nok skjedd en utvelgelse av relativt gode klienter, idet de psykisk lidende var på de psykiatriske sykehus og ikke var blitt forsøkt attført. Likevel forteller undersøkelsen at en relativt stor gruppe av dem som kom til behandling var blitt adekvat hjulpet fordi de hadde bygget ut et adekvat serviceorgan for dem.

Det bør dessuten planlegges systematiske oppfriskningskurser a 4—6 ukers varighet. Døvblinde som lever i sine hjem rundt omkring i landet burde med et par års mellomrom kunne komme til slike oppfriskningskurser og få en medisinsk undersøkelse, få kontrollert høreapparat og utnyttelse av synsrester. De døvblinde måtte få den fysiske trening som de sannsynligvis var i behov av for å bygge opp igjen selvtilliten som de må ha for å kunne bevege seg. De ville dessuten få kontakt med andre døvblinde og bli psykisk oppkvikket av denne sosialmedisinske trening i et kjent treningsmiljø. Etter gjennomgått oppfriskningskurs ville så den døvblinde kunne reise tilbake til sitt hjem igjen og fungere sannsynligvis bedre enn før og dessuten glede seg ved tanken på muligheten av et nytt treningsopphold om noen år frem i tiden.

Det må naturligvis tilrettelegges en garantiord-

ning, slik at den døvblinde får den nødvendige dekning av påløpende utgifter i forbindelse med husmorsvikar mens de er borte fra familien og at de fikk beholde sin trygd, slik at de ikke led økonomisk nød som en følge av det aktuelle kursopplegg. Det burde dessuten være slik at trygdekassene dekket oppholdet som om det var sykehusopphold, idet det her ikke er spørsmål om et trivselstiltak, men om sosialmedisinsk behandling på et faglig høyt nivå.

Ved nevnte avdeling måtte det også være mulighet til polikliniske undersøkelser og evaluering når det ble behov for det. Dette sentret burde også ha en så stor personellstab at autoriserte sykepleiere kunne yte den nødvendige tolketjeneste ved undersøkelser på andre avdelinger og for døvblinde som blir lagt inn i sykehus uten å være direkte knyttet til et kursopplegg. Treningsavdelingen burde ha rekvisisjonsrett til alle de tekniske og levende hjelpemidler som fagteamet fant nødvendig for den enkelte klient.

Ved Hjemmet for Døves observasjons- og treningsavdeling har vi prøvd å tilrettelegge en praksis med sosialmedisinsk diagnostikk og trening for døve som er blitt sterkt synssvekket eller blinde. Vårt fagpersonell har i dag større erfaring og kunnskap om dette enn hva vi har økonomiske midler til å kunne realisere i adekvat utstrekning. Det er imidlertid vårt håp at vi en dag vil kunne få muligheter til å utvikle et sosialmedisinsk treningssenter for landets døvblinde.

Forebyggende tiltak

Når det gjelder antallet døvblinde barn som trenger spesialpedagogisk hjelp, må vi regne med at antallet vil kunne reduseres noe den dagen man får gjennomført vaksinasjon mot røde hunder. En stor gruppe av barna er blitt født av kvinner som har gjennomgått røde hunder tidlig i svangerskapet. Selv om vaksinasjon av kvinner vil kunne redusere antallet av døvblindhet på grunn av røde hunder, så må vi regne med at hyppigheten av for tidlig fødte barn med tidlig-komplikasjoner (cuvøse m/surstoff m. m.) vil kunne øke på og at antallet av hjerneskadede døvblinde vil holde seg stabilt eller muligens øke noe. Hyppigheten av van-

lige infeksjonssykdommer som tidligere ga døvblindhet, er nå redusert og vi må håpe at antallet infeksjøsø årsaker til sansedeprivasjoner vil avta. Aldersvekkelse av syn og hørsel vil man vel aldri kunne komme bort fra.

Når det gjelder de større gruppene av blinde og døve som får svikt i det motsatte sanseorgan, så vil man neppe komme noen vei om man prøvet å hindre disse i å gifte seg eller få barn for det viser seg at de stort sett selv får friske barn. Medfødte sanseskader kan plutselig dukke opp i en familie og det eneste man kan rå til er at fettere og kusiner ikke gifter seg, idet det tydelig er større hyppighet av sansedefekter i barneflokkene ved slike ekteskap sammenlignet med andre ekteskap.

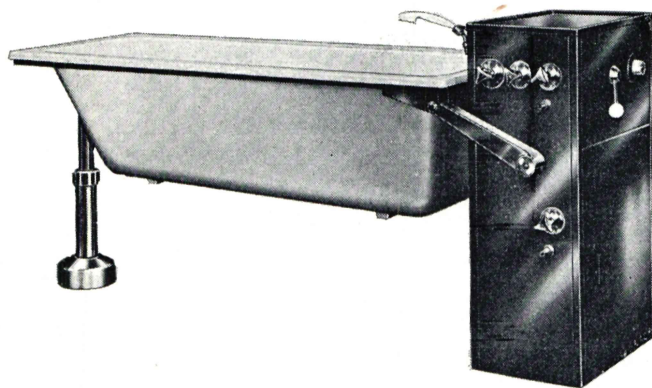
Det vil alltid være døve, blinde og døvblinde i samfunnet og derfor må vi bygge ut vår sosialmedisinske service for de mennesker som rammes av disse lidelser.

Avsluttende ord om livsro og livsinnhold

I denne oversikten har det vært nødvendig å trekke fram mange av de tragiske følgene ved tap av syn og hørsel. For oss som i vårt arbeid omgås døvblinde mennesker er det en stadig tilbakevendende glede å oppdage hvor stor livsro døvblinde kan nå frem til og hvilken humor de kan vise i forskjellige livssituasjoner. Man behøver således ikke bare gå til unntaksmennesker som Helen Keller eller Robert Smithdas. Det kan likevel være godt å minne hverandre om Ann Sullivan og at de to førstnevnte verdenskjente døvblinde har hatt sine personlige tolker og ledsagere som har ført dem frem til det de ble. Ledsagerne og hjelperne har vel på samme måte som oss andre opplevet hvor hyggelig det er å kunne være til hjelp for døvblinde. De døvblinde er ikke bare avhengig av hjelp, de setter også pris på den!

PATIENTEN I RÄTT ARBETSHÖJD

Patienten ligger stilla — karet lyftes!



Getinge badkarslyft är av stabil och kraftig konstruktion med marknadens lägsta priser.

- Badkaret lyftes till lagom arbetshöjd, antingen patienten ligger på bår eller kan gå själv.
- Manöverpanelen har allt i ett — reglage och hela badutrustningen.

Getinge badkarslyft är en produkt av lång, ingående erfarenhet av utrustning för modern och rationell sjukvård.

EN KONTAKT • EN LEVERANTÖR • ETT ANSVAR

GETINGE

310 44 GETINGE • TEL 035/544 20