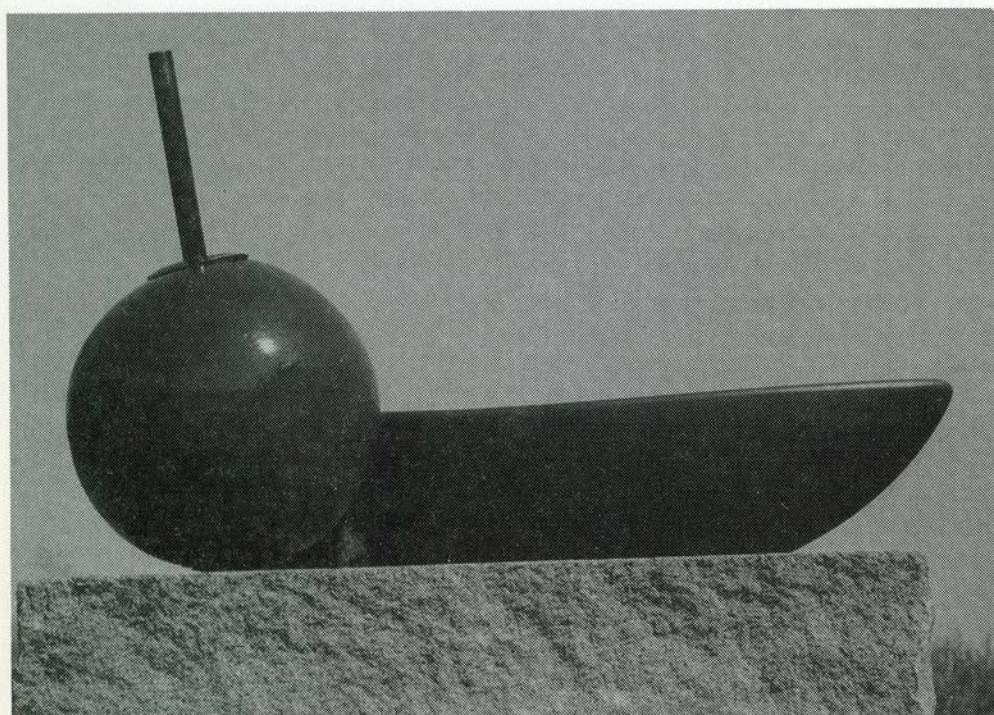


# POMS bladet

---

**Organ för föreningen**

**Psykologer inom omsorgsverksamheten**



Nr 1  
1996  
ISSN-nr 1102-0474

**POMS' styrelse:**

		Tel arb:
Ordförande:	Inga-Lill Kristiansson	08 - 690 6021
Vice ordförande:	Peter Söderstrand	0515 - 875 74
Sekreterare:	Jan Terneby	0521 - 27 53 99
Vice sekreterare:	Lena Fager	08 - 93 04 40
Kassör:	Birgitta Levemyr	0303 - 992 07
Vice kassör:	Rune Arvåsen	031 - 85 45 51
Konferensansvarig:	Gudrun Cedergren	0910 - 77 71 00
POMS-bladet:	Gunilla Gårdmark	035 - 13 86 11

**Medlemsavgift:** 175 kr/år (110 kr/år för dubbelanslutna till andra yrksföreningar)

**Föreningen POM'S postgiro:** 35 89 78 - 5  
**POMS international:** 17 38 80 - 6

**Föreningen POM'S adress:** Inga-Lill Kristiansson  
 Mörbylundsvägen 42  
 186 33 Vallentuna

**POMS-bladet:**

**Ansvarig utgivare:** Inga-Lill Kristiansson

**Manusadress:** Tomas Marinus  
 Syskonhamnsgatan 10  
 302 45 Halmstad

**Redaktionsgrupp:** Birgitta Björnberg 035 - 13 86 07  
 Gunilla Gårdmark 035 - 13 86 11  
 Marie Lindgren 035 - 13 86 08  
 Tomas Marinus 035 - 13 89 08

**Fax:** 035 - 13 86 35

## INNEHÅLL:

Styrelsens sida:.....	4
FN:s standardregler:.....	5
Rapport från förbundsstyrelsen:.....	6
POMSs sommarkonferens:.....	8
Psykoterapi som råd och stöd?:.....	10
Allmänna barnhusets skrift om psykoterapi:.....	12
Invandrarpsykologernas årsmöte:.....	14
Sveriges kliniska psykologers studiedagar:.....	16
Lilla destruktionsboken:.....	20



*Februari. Sätt upp fågelholkar. Plantera  
begonia och gloxiniaknölar i krukor.  
Se över dina verktyg. Skaka av snön från  
bushar och låga barrväxter.*

Omslagsbilden: Skulptur utanför Örjansskolan, Halmstad, utförd av  
Ulla och Gustav Kraitz.

Illustrationen bl a ur "Uppviglingar" av Helga Henschen

## STYRELSENS SIDA

Årets första styrelsemöte ägde rum i Göteborg. Vi höll till i LSS- teamets fina lokaler i Göteborgs hamn och kunde se båtarna komma och gå alldeles utanför förnstret, vilket gav styrelsemötet en alldeles särskild krydda.

Som vanligt hade vi många frågor att diskutera. Vi funderade bl. a. över varför det ser så olika ut med arbetsgivarnas syn på vad som är psykologernas arbetsuppgifter i olika delar av landet. Beror det på vilken kunskap som finns hos chefer och politiker? Har omorganisationerna runt om i landet tunnat ur kompetensen? Vilken betydelse har det att "omsorgsorganisationerna" inom de flesta landsting har krympt kraftigt? Frågorna är många och förtjänar ständig diskussion.

Arbetet inför vårens konferenser är i full gång. I mars planerar vi som bekant en arbetskonferens om forsknings- och utvecklingsarbete tillsammans med habiliteringspsykologerna. Vi gläder oss åt samarbetet och hoppas det skall bli en givande konferens. Ämnet känns aktuellt, det kommer rapporter från olika delar av landet om hur man vill knyta FoU-arbetet närmare det kliniska arbetet.

Arrangörsgruppen i Uppsala jobbar för fullt med förberedelserna för sommarkonferensen. Preliminärt program presenteras på annan plats i tidningen.

Vi konstaterar att många av oss i styrelsen innehaft sina poster i flera år och vill avgå. Nu har andra chansen att ta vid och arbeta med ett spännande och meningsfullt uppdrag. Är du intresserad av att ingå i POMS' styrelse eller har förslag på någon annan som du tror skulle vara lämplig, så kontakta Cecilia Malmström i valberedningen!

Enkäten om specialistordningen har förhoppningsvis nått alla vid det här laget. Lägg den inte åt sidan för att den kan vara svår att fylla i utan svara så gott du kan! Det är viktigt att vi får in så många svar som möjligt.  
För styrelsen,

Inga-Lill Kristiansson

MANUSSTOPP FÖR NÄSTA NUMMER ÄR DEN 10 APRIL!!!

I december 1993 antog generalförsamlingen standardregler för att tillförsäkra människor med funktionshinder full delaktighet och jämlikhet. De finns nu i svensk översättning. Standardreglerna gäller för människor som har funktionsnedsättningar på grund av fysisk, intellektuell eller syn/hörselskada, medicinska tillstånd eller mentalsjukdomar. Det är hela 22 standardregler och indelas i tre områden. Det första området gäller förutsättningar för delaktighet på lika villkor och här finns fyra regler som berör

- ökad medvetenhet
- medicinsk vård och behandling
- rehabilitering
- stöd och service

Det andra området handlar om olika huvudområden för delaktighet på lika villkor och här finns åtta standardregler:

- tillgänglighet
- utbildning
- arbete
- ekonomi och social trygghet
- familjeliv och personlig integritet
- kultur
- rekreation och idrott
- religion

Det tredje området handlar om genomförande som beskrivs i tio standardregler. Dessa berör:

- kunskap och forskning
- handlingsprogram och planering
- lagstiftning
- ekonomisk politik
- samordning
- handikapporganisationer
- personalutbildning
- nationell granskning och utvärdering
- tekniskt och ekonomiskt samarbete
- internationellt samarbete

Bengt Lindqvist, vår tidigare socialminister, har utsetts av FN:s generalsekreterare till särskild rapportör de tre första åren. I Sverige har Handikappombudsmannen ansvar för den nationella samordningen och bevakning av reglerna.

Som alltid när regler skall skrivas som skall omfatta alla blir de mycket allmänt hållna. Förhållandena för människor med funktionshinder är ju också som vi vet oerhört olika i hela vår värld, så det blir mycket att "staterna bör se till, bör erkänna, bör vidta" ... etc, men också en del om att "staterna ska vidta åtgärder, ska uppmuntra, ska se till" ... etc. Det är ändå många viktiga områden som tas upp och ett angeläget dokument som kan underlätta en gemensam plattform vid internationella diskussioner. Även här i vårt land är reglerna viktiga och kan vara användbara inte minst i samtal med beslutsfattare och politiker. Här tror jag att vi inom POMS liksom andra inom våra organisationer kan använda reglerna som extra argument och påtryckning i vissa diskussioner.

Jan Terneby

## Rapport från förbundsstyrelsen

Det har inte blivit någon rapport från förbundsstyrelsen under hösten 1995, delvis beroende på att jag missat två förbundsstyrelsemöten. En bidragande orsak är tidsbrist, jobbet har stått mitt i den omvälvning som kommunaliseringen innebär samtidigt som jag är fullt upptagen med att starta Autismcentrum Kronoberg, ett team i projektform. Jag hoppas att kunna vara mer flitig skribent i fortsättningen!

Vårens kongress var en stökig och utdragen tillställning (fast kongresserna är ju beskrivna i Psykologtidningen, så det gör jag inte här). Handikappområdet blev ju inte ett område i förbundets **specialistordning**. Däremot ska förutsättningarna för att ta in området nästa kongress utredas under kongressperioden. Det gäller att ligga på! Två oss närstående personer finns ju med, Lars Kebbon är sekreterare i specialrådet och Jan Terneby sitter i "pedagogiska utskottet", nog så viktigt för kontakterna. En eloge till styrelsen för det hårda arbete man lägger ner på att driva frågan. Det glädde mig mycket att få enkäten som gått ut tillsammans med övriga "handikappyrkesföreningar" i min hand. Snälla POMSare- skicka in den, styrelsen behöver allt underlag den kan få för att driva frågan!

Stora frågor i förbundsstyrelsen har varit arbetet med förbundets mål, diskussioner kring planerings- och uppföljningsprocessen, ledningsfrågan och avtalsfrågan. **Förbundets mål** är en process i tre steg. Först antar kongressen förbundets mål under kongressperioden. Därefter preciserar förbundsstyrelsen varje mål i ett antal att-satser eller submål. Tredje steget är att kansliet gör en plan för hur de konkret ska arbeta med målen, lägger upp åtgärder och resurser i sk paket, som sedan genomförs efter en prioriteringsordning som förbundsstyrelsen fastställer. Därefter gör ansvariga på kansliet en aktivitetsplan och budget för respektive funktions/beslutsområde. Förbundsdirektören sammanställer resultatmål mot submål och följer upp arbetet kvartalsvis.

Varje höst fastställer förbundsstyrelsen submålen och prioriterar dem men eftersom kongressen fastställde nya mål var detta arbete omfattande. Uppföljningsarbetet görs huvudsakligen under våren, då kansliet presenterar verksamhetsberättelse och uppskattad måluppfyllelse, samt resursanvändning (delårsrapport ges i början av hösten, men den är inte lika omfattande).

Förbundet har tagit Björn Lindvall på Bohlin och Strömberg tillhjälp **att utveckla planerings- och uppföljningsprocessen** i förbundet ytterligare och vi hade en mycket givande diskussion med honom i höstas. Björns slutsats är att Psykologförbundet hunnit mycket långt i arbetet med planerings- och uppföljningsprocessen men att vi fortfarande har en bit kvar. Det är viktigt att kansliet gör aktivitetsmålen och aktiviteterna och att förbundsstyrelsen håller sig till målformuleringarna, annars hamnar vi snart i den detaljstyrning som målet har varit att ta sig ur. Förbundsstyrelsen ska besluta om policy, inte om aktiviteter. Däremot är det viktigt att bedöma om aktiviteterna lett till önskvärt resultat. Björn varnade också för en alltför detaljerad resultatredovisning, eftersom arbetet med redovisning tar tid, som skulle kunnat användas annorlunda, det är således en avvägningsfråga där förbundsstyrelsen får känna efter om redovisningen är tillräcklig eller ej.

Det förvånade nog många att Akademikeralliansen, inklusive Psykologförbundet, skrev **avtal** mitt under strejkandet i höstas. Bedömningen var att det var bästa vägen att förhandla i stället för att strejka och på så sätt bli indragen i medlandet tillsammans med SKAF och SKTF. På detta sätt tror vi att vi fick ut mer än vi skulle kunna fått annars och vi undvek att hamna i en massa krontalspåslag, som ju inte gynnar oss.

Tyvärr blev 1995 ett förlorat år för alla, summan vi fick var ju inte nivåpåverkande, men vi tror att vi kommer att få ut så mycket mer än miniminivåerna att vi under avtalsperioden kan börja marschen mot vettigare psykologlöner, inte minst som det åter börjar bli svårt för arbetsgivarna att rekrytera psykologer. (Den arbetslöshet som finns ligger nästan helt på universitetsorterna, i övriga landet är endast enstaka psykologer arbetslösa, kommer att verka i samma riktning.) En viktig poäng med avtalet var också att Akademikeralliansen faktiskt skrev på det som part, visserligen tillsammans med nio SACO-förbund som "hängde på", och att Alliansen fortsättningsvis kommer att vara avtalspart.

Lönekampanjen ska fortsätta och bli kopplas till avtalskonferenserna med arbetsgivarna, en nyhet för innevarande avtal, som under våren ska hållas i seminarieform i varje län. Meningen med konferenserna är att facken central tillsammans med arbetsgivarna ska förklara andan i avtalet, som är att man fortsättningsvis måste prata lönepolitik och mål med avtalet innan man börjar själva löneförhandlingarna. På den kommunala sidan har konferenserna redan hållits och snart börjar ett varv med landstingen. Erfarenheterna av de kommunala konferenserna är att de varit mycket givande och att fack och arbetsgivare demonstrerat en enastående enighet.

Apropå svårigheten att rekrytera psykologer så finns något som kallas "operation Matchning". Har man annonserat i två Psykologtidningar utan att kunna rekrytera, kan man ta kontakt med Anita Häyhtiö på Psykologförbundets kansli, som då kontaktar de arbetslösa direkt.

Bengt Göransson presenterade sin rapport kring **testfrågor** och vi diskuterade en handlingsplan för fortsatt agerande för testutveckling och -normering. Arbetet med att normera WISC-III går vidare, men är fortfarande inte finansierat fullt ut. Arbetet ska fortsättningsvis drivas i Stiftelsens för tillämpad psykologi regi. Stiftelsen ska också anställa en forskningskompetent och testkunnig person som ska arbeta vidare med test, testutveckling och finansiering.

Ett problem för test är **användningen**, konkurrenslagen innebär att man inte kan fortsätta sälja test endast till en viss grupp utifrån utbildning. I stället diskuteras att införa krav på användarkunskaper. En sådan kompetens skulle kunna se ut så här: a) en tillräcklig utbildning som grund, b) en utbildning som innehåller psykometri, testteori, testkunskap och testanvändning och c) en specifik utbildning för ett visst test. (Läs detta ordentligt och gissa vilken yrkesgrupp som uppfyller punkt 1 och 2...). Utbildning i enskilda test bör kunna ges av Stiftelsen för tillämpad psykologi och av IHPU. En debatt om test och testutveckling behövs i förbundet och mellan förbundet och universiteten. Är Du intresserad av rapporten, kontakta förbundskansliet, så skickar de en till Dig.

Beträffande ledningsfrågan noteras att socialdepartementet skickat ut en lagrådsremiss där HSL §14, den om chefsöverläkare, tas bort och ersätts med en skrivning där det samlade ledningsansvaret läggs på en sk vårdchef, som kan ha vilken gångbar kompetens som helst. Dessutom står det i remissen att socialstyrelsen ska utforma sina råd i frågan i samråd med arbetsgivarna. Reglerna om patientansvarig läkare finns kvar enligt lagrådsremissen, tyvärr har det inte gått att påverka detta (än).

Detta var ett axplock som jag hoppas kan intressera Er, kära POMS-kollegor. Har Ni synpunkter, hör gärna av Er till mig (tel och adress i Psykologtidningen) eller till redaktionen!

Med vänlig hälsning

Bengt Persson

*Preliminärt program för POMS´ s sommarkonferens*

**DUBBLA DIAGNOSER: PSYKOLOGISKT OCH PSYKIATRISKT BEHANDLINGSARBETE  
MED UTVECKLINGSSTÖRDA MÄNNISKOR.**

**Måndag 10 juni**

*f.m. Registrering*

*Konferensen öppnas och deltagarna hälsas välkomna.*

*e.m. Barnpsykiatern och psykoanalytikern Björn Wrangsjö talar om terapeutiska konsekvenser av den nya utvecklingspsykologin och vad funktionshindret kan betyda i det sammanhanget.*

*kväll POMS´ s årsmöte  
Buffé - med slottsvandring*

**Tisdag den 11 juni**

*f.m. - KUP-projektet, Upsala (Kunskapscentrum, Utvecklingsstörning, Psykisk störning).*

*- Projekt kring psykoterapi med funktionshindrade barn, Upsala.*

*- Terapeutiska erfarenheter av dubbla diagnoser. Korta presentationer från skilda landsändar. Diskussion.*

*e.m. Dr. Sheila Bichard, psykolog vid Tavistock Centre, London talar om diagnostiskt arbete med utvecklingsstörda psykoterapipatienter. Grupparbete.*

*kväll Slottsfest*



*Onsdag 12 juni*

*f.m. forts. med Sheila Bichard*

*Konferensen avslutas.*

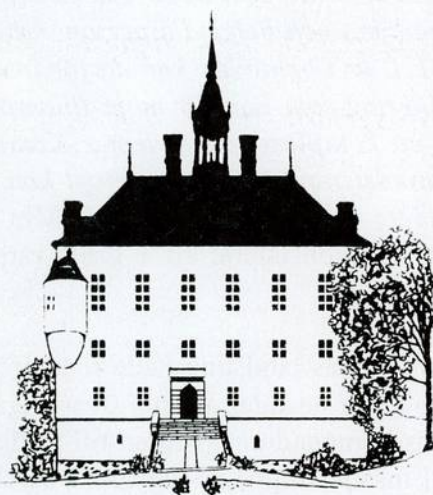
---

*Inbjudan med anmälningsblankett samt mer detaljerat program sänds ut i början av mars.*

*Välkomna till Wik - renässansslottet, 2 mil söder om Uppsala.*

*För konferensgruppen i Uppsala*

*Brita Lindroth och Einar Jakobsson*



## ***Kan man få psykoterapi som råd och stöd enligt LSS ?***

*Tankarna kring vad som är "rådgivning och annat personligt stöd" är fortfarande motstridiga. Bilden har dock klarnat något efter ett domslut i höstas. Kammarrätten i Stockholm beslutade 1995-11-06 att ge den klagande rätt till särskilt stöd enligt LSS i form av psykoterapi. Omsorgsnämnden i Stockholm läns landsting beslutade därefter att inte föra ärendet vidare.*

Omsorgsstyrelsen i Nordvästra omsorgsområdet i Stockholms läns landsting avslog 1994-02-18 en ansökan om rådgivning och annat personligt stöd i form av psykoterapi. Beslutet motiverades med att psykoterapi, enligt Omsorgsstyrelsens tolkning, inte ingår i insatser enligt LSS 9§, första stycket.

Beslutet överklagades till Länsrätten som beslutade att lämna överklagandet utan bifall. Länsrätten gav Omsorgsstyrelsen rätt, med motiveringen att "Psykoterapi är en behandlingsform som, beroende på omständigheterna i det enskilda fallet, kan hänföras antingen till landstingets hälso- och sjukvård eller kommunens socialtjänst, och omfattas följaktligen inte av bestämmelserna i LSS"

Länsrättens dom överklagades då vidare till Kammarrätten. Till stöd för överklagan bifogades bland annat en skrivelse från FUB, som tidigare varit publicerad i POMS-bladet (nr 4 -94). Kammarrätten begärde ett yttrande från Socialstyrelsen som tillstyrkte bifall till överklagandet. Socialstyrelsen anför bland annat följande: "Det finns inget som talar mot att psykoterapi i vissa fall kan omfattas av insatsen rådgivning och annat personligt stöd. T L yrkar att få "terapisamtal av utbildad terapeut med inriktning och erfarenhet av barn med handikapp, utvecklingsstörning och gärna synskada". Det föreligger således en uttrycklig begäran om att få insatser av en expert som har särskild kunskap om de funktionshinder hon har. Psykoterapi ges av personal med olika utbildningar som grund och terapiutbildning som påbyggnad. När det gäller kunskaper om hur man kan stödja en person med utvecklingsstörning genom en psykoterapeutisk process är det framför allt vissa psykologer som har utvecklat denna kompetens."

Kammarrätten konstaterar först att T L tillhör personkretsen och har behov av samtalsterapi och fortsätter: "Det framstår också som klart att det krävs särskilda kunskaper hos psykologer och psykoterapeuter som skall bedöma och behandla personer med grava funktionshinder. Denna särskilda stödsats som T L är i behov av kan därför inte jämföras med sådan sjukvårdande behandling/rehabilitering som hon får inom tillämpningsområdet för hälso- och sjukvårdslagen utan får ses som ett komplement till denna. Kammarrätten finner i likhet med vad Socialstyrelsen anför att samtalsterapi eller psykoterapi kan utgöra sådan rådgivning och annat personligt stöd som avses i 9§ första stycket i LSS." (Min kursivering). Kammarrätten upphäver därför Länsrättens dom och konstaterar att T L har rätt till särskilt stöd enligt LSS i form av psykoterapi.

Nya Omsorgsnämnden i Stockholms läns landsting hade redan före Kammarrättens dom, börjat ompröva tidigare inställning och beslutet att inte överklaga domen var därför inte oväntat. I Habiliteringsdivisionens kompendium "Rätten till Rådgivning och annat personligt stöd för vuxna", tolkas rätten till insats enligt LSS 9§ första stycket, så att denna rätt omfattar "rådgivning samt även faktiska insatser för stöd och behandling".

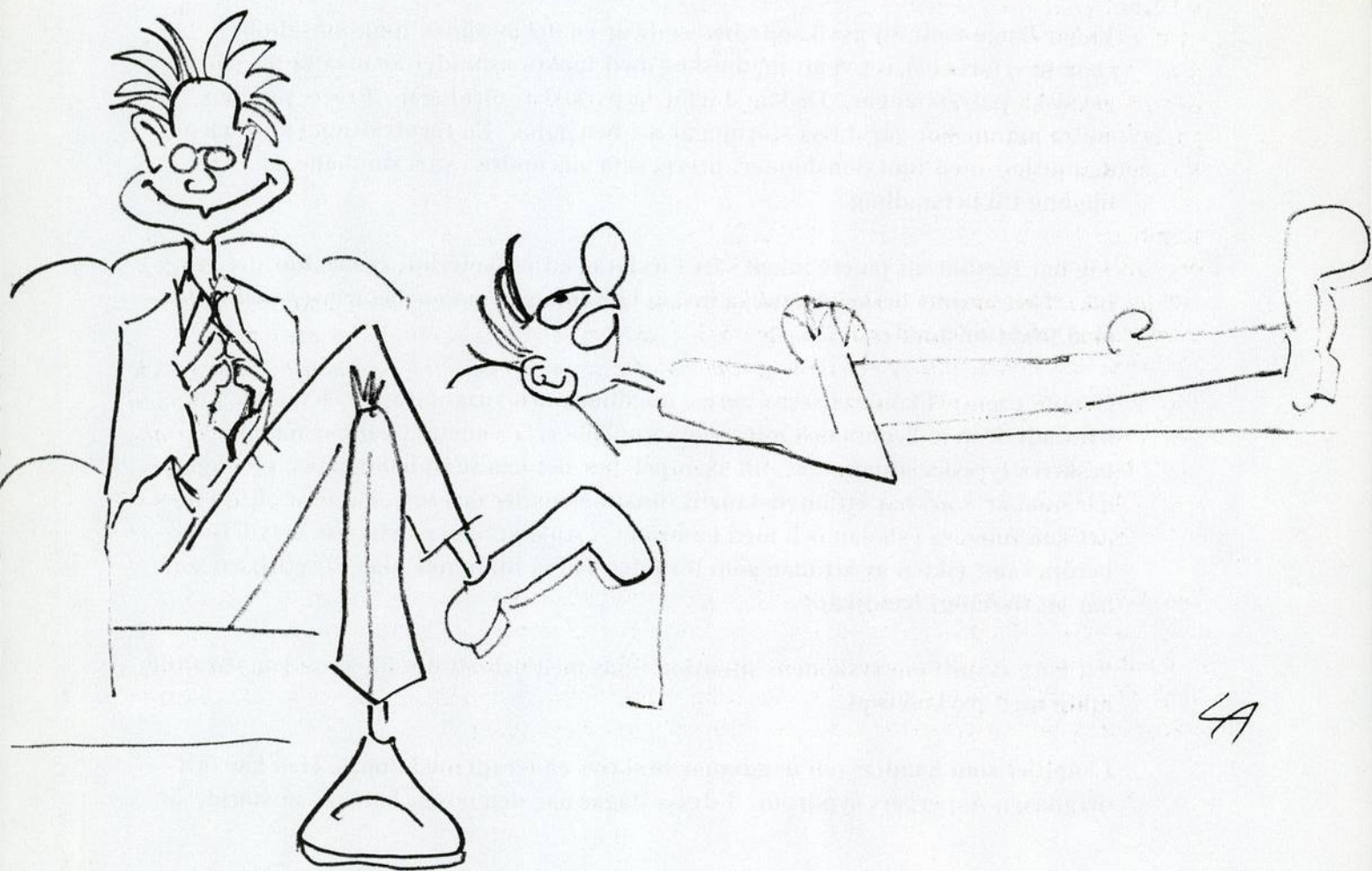
Omsorgsnämndens policy när det gäller den nyinrättade psykoterapimottagningen för vuxna med funktionshinder är också helt klar; insatsen som ges på terapimottagningen är en del av rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS 9§. Förutsättningarna är att:

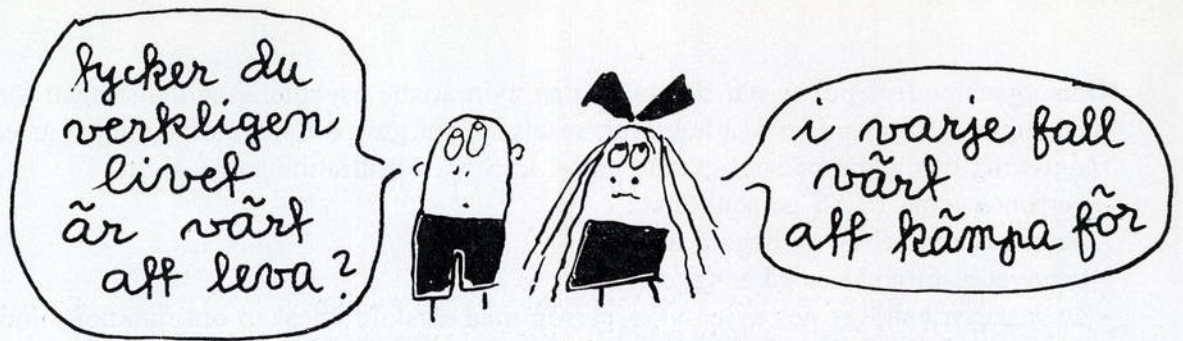
- personen ingår i LSS' personkrets
- personen har behov av begärd insats
- behovet ej tillgodoses på annat sätt och
- att insatsen behöver ges av en yrkesperson med särskild kunskap om funktionshinder och dess konsekvenser.

(När det gäller motsvarande psykoterapimottagning för barn är förhållandena annorlunda, då många barn inom samordnad barnhabilitering ej hör till LSS' personkrets.)

Lena Fager

## OMSORGSKONTORET





## PSYKOTERAPI

för människor med ett intellektuellt funktionshinder,

heter en ny skrift som ges ut av Allmänna barnhuset. Skriften vänder sig till föräldrar och personal som har nära kontakt med och ansvar för den funktionshindrade människan, till exempel lärare, föreståndare för olika verksamheter, LSS-handläggare samt till alla som ger råd och stöd enligt handikapplagen.

Syftet med skriften är att öka kunskapen om vad psykoterapi kan betyda för den enskilde så att resurserna till detta kan ökas.

Vi har länge trott att avvikande beteende är en del av själva funktionshindret. Genom erfarenhet vet vi att människor med funktionshinder är utsatta för stora psykiska påfrestningar. De kan därför få psykiska störningar. Precis som hos andra människor går dessa störningar att behandla. En förutsättning är dock att människor med funktionshinder, precis som alla andra i vårt samhälle, kan få tillgång till behandling.

Jag har försökt att på ett enkelt sätt förklara vad psykoterapi är och hur det går till. I ett avsnitt beskrivs vanliga inslag i terapin när man arbetar med människor med funktionshinder.

Genom exempel konkretiseras barn-, ungdoms- och vuxenterapier. Exempelen är hämtade från kollegors och mina egna samlade erfarenheter. Jag har försökt beskriva typiska situationer, till exempel hur det kan se ut hemma och på dagis när man är 5 år, har ett intellektuellt funktionshinder och inte kan leka. Eller hur det kan fungera i skolan och med kamrater. Anknytningen och dess betydelse berörs samt vikten av att man som förälder kan få hjälp när man får ett barn som har ett livslångt handikapp.

Ett kort avsnitt om syskonens situation finns med och att det för vissa kan vara till hjälp med psykoterapi.

I kapitlet som handlar om ungdomar beskrivs en terapi med Jonas. Han har fått diagnosen Aspergers syndrom. I dessa dagar när diagnosen betonas så starkt, är

det av betydelse att visa att enbart diagnos inte räcker. Diagnos kan däremot vara en bas för behandling. Det är viktigt att framhålla att kunskap om handikappet är en förutsättning för behandlingen.

Maja är 18 år och förståndshandikappad. Hon förmedlar hur det kan kännas när man inte vet om man är barn eller vuxen, när man inte har kompisar och att man kan känna avundsjuka gentemot syskon. Sambandet mellan sexualitet och handikapp blir tydligt och viktigt. Terapeuter som arbetar med ungdomar har insett vikten av att unga människor som behöver hjälp också får hjälp. Speciella ungdomsmottagningar växer upp nu.

I ett avsnitt ges några exempel på terapier med vuxna människor med funktionshinder. Många har vuxit upp på vårdhem. De har utvecklat olika strategier för kommunikation. Både de och deras anhöriga har varit med om mycket som de kan behöva få hjälp med att bearbeta. Vad terapierna handlade om, hur det blev sedan och hur psykoterapi hjälpte dem beskrivs.

Karl Grunewald och Ann-Charlotte Carlberg skriver i ett särskilt avsnitt om hur barn och vuxna med utvecklingsstörning kan få tillgång till psykoterapi och hur behoven uppmärksammas. De skriver om skyldigheten att informera och om rätten till psykoterapi.

Jag hoppas att många, många ska bli så intresserade av psykoterapi att man fortsätter att läsa i de faktaböcker som finns. Längst bak i skriften ges förslag på litteratur när lusten för mera och djupare kunskap faller på.

Det finns några som, på olika sätt, har bidragit mera än andra till att jag har kunnat skriva det här - Karl Grunewald, Ann-Charlott Carlberg, Inga Sommarström och Evy Kollberg.

Skriften finns att köpa hos Allmänna Barnhuset. Den kostar 60 kr plus porto och kan beställas på tel nr 08-679 60 85.

*Yvonne Folkesson*  
Yvonne Folkesson



## DEN 2:A DEC -95 HÖLL FÖRENINGEN SVERIGES INVANDRARPSYKOLOGER ÅRSMÖTE SAMT BJÖD SINA MEDLEMMAR PÅ FLERA INTRESSANTA PROGAMPUNKTER

Lördagen den 2/12 höll föreningen Sveriges Invandrarpsykologer (SIP) årsmöte i Psykologförbundets lokal i Stockholm. Efter årsmötet följde en diskussion och frågestund med Psykologförbundets ordförande Birgit Hansson. På eftermiddagen fick vi lyssna på Alicia Brunåker som berättade från den 7:e världskongressen i familjeterapi, som ägde rum i Mexico i oktober.

I frågestunden med Birgit Hansson belystes bl a en rad problem som invandrarpsykologerna stött på när de försökt ekvivalera sin utländska psykologexamen och vilka problem de stött på när de i Sverige försökt komplettera och avsluta en i hemlandet icke avslutad psykologutbildning. Flera berättade att de känt sig diskriminerade i samband med tjänstetillsättning p g a sitt utländska namn eller brytning. Ett direkt resultat av dagens diskussion var att Birgit Hansson lovade att ta upp invandrarpsykologernas speciella svårigheter att få PTP-tjänster redan i nästa vecka, i den grupp inom SACO och Psykologförbundet som just nu tittar på dessa frågor.

En annan viktig fråga som diskuterades var möjligheter att utifrån de speciella kunskaper och erfarenheter som invandrarpsykologerna besitter, hitta ett forum inom vilket man kan verka mot rasism, främlingsfientlighet och våld. Hur kan man på bästa sätt tillvarata den kunskap inom detta område som invandrarpsykologerna besitter?

På eftermiddagen berättade Alicia Brunåker, från Hallunda PBU, om ett projekt på sin arbetsplats. Projektet är inte avslutat ännu, men vid tidpunkten för familjeterapikongressen, i oktober förra året, fanns redan så pass mycket resultat och intressanta frågeställningar sammanställda från den delen av projektet som handlar om diagnostisering av invandrabarn, att Alicia kunde presentera materialet i ett seminarium på kongressen: Hur påverkas barnets intellektuella, sociala och känslomässiga utveckling av barnets halvspråkighet? I vilken mån mäter t ex CAT, WISC och Erica-metoden vad de ger sig ut för att mäta när det gäller invandrabarn? Vilken betydelse har ett torftigt språk för barnets möjligheter att organisera självet och sina känslor? Kan man tolka ett invandrabarns rädsla för att smutsa ner sig i en sandlådeobservation enligt Erica-metoden på samma sätt som för ett svenskt barn, om det i barnets kultur finns en betydligt mera kritisk inställning till att smutsa ner sig? Hur kan ett familjeperspektiv på interpersonell nivå bidra till en bättre bedömning än vad man uppnår med enbart individutformade bedömningsinstrument?

Andra områden som projektet fokuserade på är myter och fördomar om andra kulturer. Kan terapeuten erbjuda en hållande funktion om familjen upplever terapeuten som en representant för det främmande svenska samhället? Varför händer det inget i terapi trots att terapeuten är tillmötesgående och säger ja till mycket? Ger familjen barnet mandat till att samarbeta med terapeuten eller hamnar barnet i en rävsax mellan det svenska samhället (som terapeuten representerar) och sin egen familj och kultur?

Som avslutning visade Alicia egna diabilder från Mexico, ett mycket uppskattat inslag.

Innan det så var dags att bryta upp passade föreningen på att fira sin 15-årsdag genom att bjuda på kaffe och en tårta som var vackrare dekorerad än jag någonsin tidigare sett.

Sammanfattningsvis kan sägas att SIP bjöd sina medlemmar på en intressant och givande dag och att föreningen erbjuder ett viktigt forum för erfarenhetsutbyte till psykologer med intresse i olika invandrarfrågor.

*Gytha Friedman*



Glöm inte anmäla er  
till Arbetskonferensen i  
Örebro den 14-15 mars

## STUDIEDAGAR HOS SVERIGES KLINISKA PSYKOLOGERS FÖRENING.

Den 2-3 oktober 1995 var jag inbjuden som POMS-representant till klinikernas studiedagar i Sahlénhuset i Stockholm. Det var två mycket spännande och innehållsrika dagar, där man fick mycket tankeväckande material med sig hem.

Förvånansvärt hade den intressanta titeln "Kan man lita på psykologen?- Patienten, lagen, etiken och samhället" bara lockat 29 betalande deltagare plus en handfull gästrepresentanter från andra yrkesföreningar. Om det var ekonomiska skäl, eller ämnet inte var tillräckligt lockande vet jag inte.

I inbjudan stod: "Vi anser att det är viktigt att psykologer blir tydligare och säkrare i sin roll. Vilka krav kan patienter, myndigheter, vårdgrannar och rättsväsendet ställa på oss som kliniker utifrån bl.a. lagen och etiken?"

Första dagen inrymde tre ämnen och tre föreläsare. Först talade juristen Tor Sverne om "Etik och juridik" utifrån psykologers och psykoterapeuters arbets-situation.

Han började med att påtala att all juridik skall vara genomsyrad av etik. Hans föredrag var mycket klart och innehöll många exempel. De två timmarna Tor Sverne hade till sitt förfogande hade mycket väl kunnat utökas med minst den dubbla tiden. Han talade i huvudsak om sekretesslagen, journalföringslagen och intygsskrivande.

I 7:e kap. i sekretesslagen talas det om att sekretess skall råda om den enskilde lider men om en viss uppgift om honom kommer ut. Enligt denna lag har ordet "men" en särskild betydelse.

Inom hälso-och sjukvården samt inom omsorgerna råder en sträng sekretess beträffande uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller personliga förhållanden. Sträng sekretess betyder att vi inte själva får ta ställning till om informationen är till men för personen eller inte. Den enskilde måste själv avgöra detta och vi får inte utan medgivande ta kontakt med andra myndigheter, även om vi själva bedömer att det är till gagn för personen.

Sekretess gäller både muntligen och skriftligen, både mot enskilda, mot myndigheter och gentemot självständiga verksamhetsgrenar inom samma myndighet.

Under vissa speciella förhållanden kan uppgifter dock lämnas ut. Dessa är:

1. När personen själv samtycker. Han har dock rätt att veta vad som lämnas ut om honom. Det räcker med muntligt samtycke, men det är lämpligt att skriva detta i journalen om personen är vakant, mest för att skydda sig själv. Även "förmodat samtycke" gäller, dvs om en person ber om hjälp där det krävs att viss information lämnas ut.



2. Efter menprövning, dvs där uppgifter om enskilds personliga förhållande kan lämnas ut utan men. Detta gäller dock sällan för psykologer och psykoterapeuter, då de flesta uppgifterna bedöms som känsliga.
3. Fullgörande av egen verksamhet måste kunna fullföljas, t.ex. vid barnpsykiatrisk utredning eller vårdnadsutredning. Dock gäller detta enbart för att fullfölja egna verksamheten och inte för att hjälpa annan myndighet.
4. När uppgiftsskyldighet enligt lag eller förordning bryter sekretessen. Denna kallas populärt "angiverilagen" och gäller alla myndigheter inom hälso-och sjukvården t.ex. när man ser att barn far illa.
5. Enligt generalklausulen som dock inte är tillämplig inom hälso-och sjukvården eller socialtjänsten.
6. Utlämnande med förbehåll, där sekretesskyddad uppgift lämnas ut till enskild med förbehåll att inte lämna uppgiften vidare.
7. Nödsituation. Denna gäller t.ex. när det gäller att skydda människors liv eller hälsa. T.ex. att underrätta polisen om en förälder är alkoholpåverkad och skall köra bil.

Sekretesslagen är komplicerad och full av undantag. Om man får en förfrågan om att en uppgift måste lämnas ut och personen säger att han har rätt att veta detta, är det lämpligt att fråga var i lagen detta står och be att få återkomma när man kontrollerat, gärna med hjälp av landstingsjurist.

**Vittnesplikten** är reglerad i bl.a. rättegångsbalken. Enligt denna är det en medborgerlig skyldighet att avlägga vittnesmål när en domstol så begär. Dock tar tystnadsplikten över vittnesplikten i de flesta fall för bl.a. psykologer i sådant som anförtrotts åt dem i deras yrkesutövning

I vissa fall inträder dock vittnesplikt även för psykologer. Det gäller när någon misstänks för ett brott med mer än två års fängelse.

Sverne visade sedan på skillnader mellan ett vittne, en sakkunnig och ett sakkunnigt vittne.

Ett **vittne** är en person som kan berätta för domstolen om de iakttagelser han gjort vid ett händelseförlopp. En **sakkunnig** är en person med särskild utbildning och långvarig yrkeserfarenhet inom ett visst område och som utsetts av domstolen. Ett **sakkunnigt vittne** är också specialutbildad och erfaren men är åberopad av en av parterna .

För alla leg. psykologer och leg psykoterapeuter likväl för icke legitimerade som arbetar inom allmän hälso-och sjukvård gäller att vi är skyldiga att föra journal enligt Patientjournallagen från 1985.

Syftet med att föra journal är dels ett arbetsinstrument och dels för att skydda rättssäkerheten. Dessutom kan den fylla en funktion när det gäller forskning.

Man skall föra en journal för varje patient. I t.ex. familjeterapi bör man antingen föra en journal för varje familjemedlem eller utifrån en identifierad patient.

Minimikraven för en journal är:

patientens identitet, bakgrund till vården, diagnos etc., vidtagna och planerade åtgärder, och att man noterar om man lämnat ut en kopia. Dessutom att man skriver vem som är ansvarig för anteckningarna.

Språket bör vara med respekt för patientns integritet och så långt möjligt förståeligt för patienten.

Det finns stränga regler för journaler.

Man får inte utplåna ursprunglig text. Däremot kan man stryka över och rätta i marginalen. Man kan t.ex. skriva "enligt patientens egen version".

Huvudmannen beslutar om gallring, men man måste ta hänsyn till minimitider. För att kunna förstöra en journal måste man låta Socialstyrelsen godkänna detta.

Även sekretessen för journaler finns reglerad. Det gäller bläåå förvaring på ett betryggande sätt, rätten att läsa sin egen journal, rätten för andra att läsa journalhandlingar. S.k. "minnesanteckningar" som vi så ofta använder oss av skall föras in i journalen helst samma dag och i alla fall inom en vecka. i alla fall inom en vecka. Annars riskerar "minnesanteckningar" att bli journalhandling!!! Dock får man efter journalinförande behålla minnesanteckningarna för egen del, t.ex. för handledning. Ingen kan tvinga någon att kasta sina minnesanteckningar, men ett gott råd är att avidentifiera dem. S.k "dubbel bokföring" har aldrig varit uppe i rätten.

För att ytterligare sätta sig in i dessa viktiga frågor är det lämpligt att läsa Tor Svernes och Inga Sylvanders bok "Etik och juridik för psykologer" (Natur och Kultur, 1989).

Dagens andra föredrag "Psykologen och sekretessen" hölls av Gunnar Fahlberg, byrådirektör på Socialstyrelsen. Även detta var mycket intresseväckande och kompletterade Svernes framställning på ett föredömligt sätt. Fahlberg särskiljde 3 olika typer av sekretess: rakt skaderekvisit, där man utgår från offentlighetsprincipen men kan sekretessbelägga, omvänt skaderekvisit, där man utgår från sekretess men kan ändra, och absolut sekretess, som vi psykologer till största delen arbetar efter.

Sekretessen gäller för utlämnande av information från en myndighet till enskilda, till massmedia och till andra myndigheter.

**Intygsskrivande:** Den som är skyldig att föra patientjournal skall på begäran av patienten utfärda intyg om vården. Detta regleras dels i Patientjournallagen och dels i en föreskrift från Socialstyrelsen (SOSFS-M-1981:25). Den som skriver intyget bör iaktta saklighet och objektivitet, och de even-

tuella slutsatserna grunda sig på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är viktigt att ta reda på ändamålet för intyget och att skriva detta. Kravet på objektivitet är starkt, och för att kunna vara objektiv krävs ofta att man hör motparten. Detta kan t.ex. gälla vårdnadstvister. Får man inte tillstånd att höra motparten bör man avböja att skriva intyget. Varningar av psykologer har förekommit p.g.a. bristande objektivitet i intygsskrivandet.

Gunnar Fahlberg talade sedan om olika disciplinpåföljder för leg. psykologer. Den lindrigaste är erinran, därefter kommer varning och den starkaste är deslegitimation. Vid misstänkt felbehandling kan patienten, närstående, socialstyrelsen eller JK anmäla till HSAN (Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd).

Studiedagarna hade ytterligare fyra föredragshållare som gav mycket spännande information och tankar. Det var Hans Kataari som talade om "Terapiramen och etik", Ingrid Nilsson om "Etikrådet- ett hinder eller en tillgång?", lagman Kjell Persson om "Barnets bästa - en tillförlitlig utsaga" och sist men inte minst Margareta Berggren om "Psykologen i media". Jag återkommer till dessa i ett kommande nummer, då jag tycker att de hade så mycket att ge mig - och förhoppningsvis även andra POMS-psykologer.

Elisabeth Bjernevall-Nygren  
Omsorgsnämndens Länscenter  
Stockholm



## Lilla destruktionsboken

Som vi berättade om i förra numret blev POMS en yrkesförening inom Sveriges Psykologförbund på extra kongressen den 28 oktober. Sålunda erhöll vi julklapp från vårt förbund; en liten bok med titeln "Lilla destruktionsboken".

I förordet står följande att läsa:

Har du gjort bort dig någon gång? Då vet du också att det är inte alltid så lätt att i alla situationer följa mammas och pappas, släktens eller andra personers goda och välmenande råd. Ibland orkar vi inte ens lyssna på alla som vet bäst...

Författaren till denna bok har istället valt att i parodins form gissla moralkakornas och "rätt etikett"-författarnas förnumstiga råd med hjälp av motsatserna.

Att göra det otillåtna, det oförväntade är ju också det vi kallar kreativitet ! Hur skulle det ha skett någon utveckling utan olydiga barn och vuxna?"

Det är en bok jag varmt kan rekommendera för den som behöver stöd i sin olydnad eller kreativitet, vilket vi nu väljer att kalla det.

Nedan följer några smakprov ur bokens 512 råd för alla som vill leva ett självcentrerat, osunt och osolidariskt liv.

-Skjut upp saker och ting så att andra får slutföra dem i stället.

-Var otydlig

-Kom ihåg att allt var bättre förr.

-Kommentera aldrig någon annans bidrag till någonting.

-Hälsa varje ny dag med ett stön.

- Slå dig fram, i ordets alla bemärkelser.

-Ge oombedda råd.

- Snyt dej i näven, ta pastorn i hand och bocka dej vackert, din drummel.



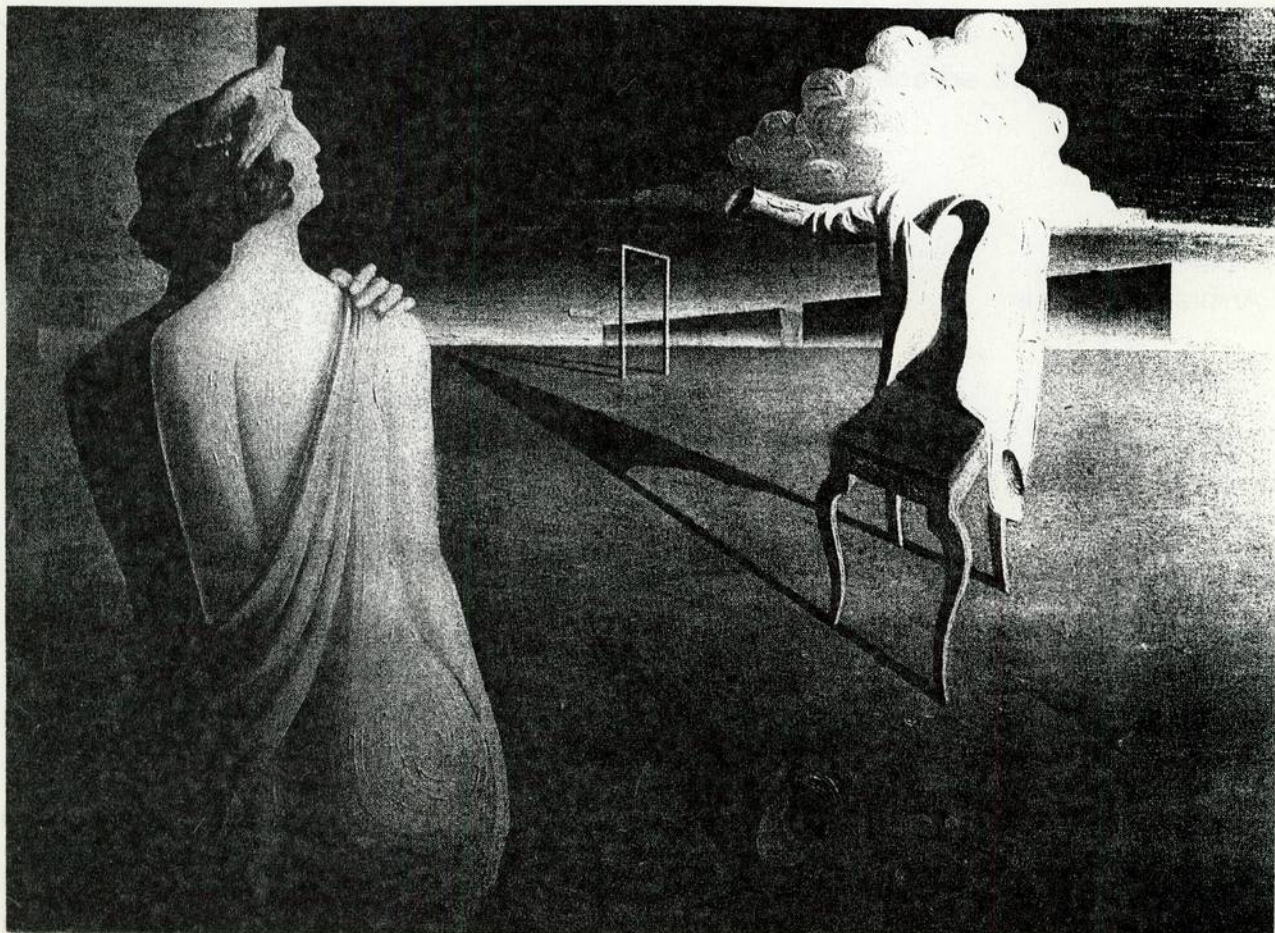
FRITT EFTER STRIX

# POMS bladet

---

Organ för föreningen

Psykologer inom omsorgsverksamheten



Nr 2  
1996

ISSN-nr  
1102-0474

**POMS´styrelse:**

Ordförande:	Inga-Lill Kristiansson	08-690 60 21
Vice ordförande:	Peter Söderstrand	0515-875 74
Sekreterare:	Jan Terneby	0521-27 53 99
Vice sekreterare:	Lena Fager	08-93 04 40
Kassör:	Birgitta Levemyr	0303-992 07
Vice kassör:	Rune Arvåsen	031-85 45 51
Konferensansvarig:	Gudrun Cedergren	0910-77 71 00
POMS-bladet:	Gunilla Gårdmark	035-13 86 11

**Medlemsavgift:** 175 kr/år (110 kr/år för dubbelanslutna till andra yrkesför.)

**Föreningen POMS´postgiro:** 35 89 78 - 5  
**POMS international:** 17 38 80 - 6

**Föreningen POMS´adress:** Inga-Lill Kristiansson  
Mörbylundsvägen 42  
186 33 Vallentuna

**POMS-bladet:**  
Ansvarig utgivare: Inga-Lill Kristiansson

Manusadress: Tomas Marinus  
Syskonhamnsgatan 10  
302 45 Halmstad

Redaktionsgrupp: Birgitta Björnberg 035-13 86 07  
Gunilla Gårdmark 035-13 86 11  
Marie Lindgren 035- 13 86 08  
Tomas Marinus 035-13 89 08

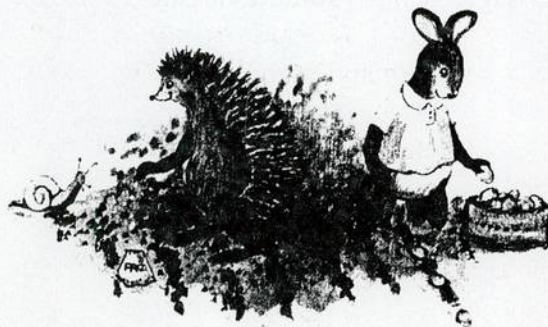
Fax: 035-13 86 35

## INNEHÅLL

Styrelsens sida.....	4
POMS testgrupp.....	5
Nya filmer.....	6
Efterlysning.....	8
Psykolog gav handikappade terapi i smyg.....	9
Ang. artikeln "Psykolog gav handikappade....."	10
Livssituationen för utvecklingsstörda i egen bostad.....	14
Bortom programmen.....	20

Omslagsbilden: Waldemar Lorentzon: Sällsam timma, 1936

*Maj. Så grönsaker och effäriga växter. Sätt  
de grodda potatisarna i början på månaden.  
Luckra och tensa rabatterna. Så ärtor och  
bönor i slutet på maj.*



## STYRELSENS SIDA

Styrelsen höll sitt andra möte för året i Göteborg en småkulan onsdag i mars. Rune Arvåsen tog igen emot oss i Team Centrums lokaler intill Göta älv. Egentligen skulle styrelsemötet hållits i Örebro i anslutning till arbetskonferensen om forskning och utveckling, men dessvärre tvingades vi inställa den i sista stund pga för få anmälda deltagare. Man kan spekulera i varför det blev så? Är ämnet inte så aktuellt för POMS-medlemmar (och habiliteringspsykologer) som vi i styrelsen trodde? Eller skrämde formuleringarna i inbjudan bort en del som var intresserade men inte aktiva med forskning? Hur som helst tror vi i styrelsen ändå på idén och gör ett nytt försök senare, ev försöker vi intressera även hörselpsykologerna för ett samarrangemang.

Enkäten om kursönskemål inför specialistutbildningen, som vi skickade ut i samverkan med de andra handikappspsykologföreningarna, har engagerat många POMSare, ett 50-tal svar har redan kommit in. Det är inte för sent än, men skynda på ni som ännu inte skickat in! Svaren utgör ett värdefullt underlag för Jan Terneby i hans arbete i "pedagogiska utskottet" med att utforma specialistkurser som passar våra behov. De ska också bilda grund för det fortsatta samarbetet med övriga handikappspsykologer kring att stärka handikappspsykologi som ett eget område. Den 10 maj träffar Ingalill igen de andra ordförandena.

Jan Terneby berättade att han hittills deltagit i ett möte med pedagogiska utskottet, där man fortfarande diskuterade slutmomenten av ekvivaleringsarbetet och ännu inte kommit igång med att utforma utbildningsplaner.

Sommarkonferensen närmar sig och inbjudan bör vara ute vid det här laget. Programmet ser gediget ut och kursmiljön lockande, så anmäl er! Arrangörsguppen i Uppsala har gjort ett fantastiskt jobb med att sy ihop det hela.

Trots mycken vanda och inre motstånd tog styrelsen återigen upp frågan om vad POMS ska heta i framtiden. Troligen är begreppet "omsorg" på väg ut som beteckning för verksamheter för utvecklingsstörda. En trend i tiden är också att allt fler av oss jobbar i samordnad barn- eller vuxenhabilitering och att skälen minskar för att ha skilda föreningar för omsorgs- och habiliteringspsykologer. Men vad heter vi då? Namnet POMS är väl inarbetat, kan vi behålla det ändå på något sätt? Eller ska vi kalla oss "Handikappspsykologernas förening"? Vi är tacksamma för idéer och reaktioner. Frågan kommer upp till diskussion igen på årsmötet på Wiks slott.

Den 10 maj infaller den europeiska "Psykologins dag". Temat i år är "Ungdom och våld". Psykologförbundet uppmanar till att med olika utåtriktade arrangemang få allmänheten att uppmärksamma dagen och psykologers arbete!

För styrelsen

Peter Söderstrand



## POMS' TESTGRUPP

Den "testgrupp" inom POMS, som ska verka för bättre tillgång till och information om adekvata test för våra klientgrupper, har nu tagit form. I gruppen ingår jag själv, dvs Peter Söderstrand, Vuxenhabiliteringen, Falköping, (och som även representerar styrelsen), Percy Palm, Vuxenhabiliteringen, Vimmerby, samt Gunnel Toft, Barn- och Ungdomshabiliteringen, Växjö. Vi har haft vår första telefonkonferens och dragit upp riktlinjerna för vårt arbete den närmaste tiden.

Till att börja med tänker vi koncentrera oss på att ta fram ett "basbatteri" vad gäller begåvningsbedömning inom omsorg och habilitering, såväl för barn- som vuxensidan. Det innebär att vi också hoppas kunna ta fram rekommendationer om lämpliga alternativtest vid olika former av tilläggs-handikapp eller vid andra typer av komplikationer av bedömningssituationen. Särskilt på barnsidan är det vanligt att man tvingas till mycket omfattande individuella anpassningar. Vi tänkte oss att presentera ett eller flera preliminära förslag, som vi sen ber om era synpunkter på.

Den andra frågan som vi omedelbart tänkte ta tag i gäller möjligheten att få gjort en aktuell normering för gruppen utvecklingsstörda av WISC-III. Vi har mött ett viss intresse från den grupp som arbetar med normeringen av WISC-III för att inkludera normer för såväl barn som vuxna med begåvningshandikapp. Materialet är på det stora hela användbart även för vuxna och andelen misslyckande lär bli mindre med WISC än med WAIS för våra klienter. Däremot har WISC bara en begränsad användbarhet på barnsidan, där WPPSI eller Griffith måste användas för mindre barn och för mer förståndshandikappade barn. Vi ska följa upp detta.

Vi har också fört en inledande diskussion om andra angelägna områden att belysa i framtiden. Neuropsykologiska test, projektiva test, liksom samarbete med andra yrkeskategorier som också utför tester/bedömningar är några sådana uppslag som vi avser att gå vidare med i nästa led. Vi är intresserade av att komma i kontakt med psykologer som har särskilt intresse eller kunskap kring neuropsykologiska och projektiva test i sammanhanget utvecklingsstörning. Vi är också överhuvudtaget intresserade av att få kontakt med medlemmar som har synpunkter att bidra med.

Vi i testgruppen kan nås på följande telefonnummer:

Percy Palm	arb 0492-159 30	hem 0492-440 37
Gunnel Toft	arb 0470-77 64 45	hem 0470-809 44
Peter Söderstrand	arb 0515-875 74	hem 0322-375 02
eller skriv:	fax 0515-100 73	
	Vuxenhabiliteringens distriktsteam	
	Box 804	
	521 84 Falköping	

/Peter Söderstrand





### *NYA FILMER*

Sedan augusti 1995 finns ett länscenter på Sabbatsberg i Stockholm. Här finns olika verksamheter som alla vänder sig till barn, ungdomar eller vuxna med funktionshinder eller till deras anhöriga. Det finns både helt nystartade verksamheter såsom barn- resp vuxenterapimottagningar för personer med funktionshinder och gamla beprövade verksamheter. Bland de senare finns Kristeamet och Föräldrautbildningen.

Under de år omsorgsverksamheten har omorganiserats har Föräldrautbildningen haft svårt att genomföra alla de kurser som önskats och planerats, men har trots det nått cirka 1200 föräldrar per år.

Vi har istället fått möjlighet att skapa nya utbildningsmaterial i form av filmer. De fyller ett stort behov i föräldrakurserna.

### *FLYTTA HEMIFRÅN*

Filmen handlar om relationer mellan föräldrar och personal på en nyöppnad gruppbostad för vuxna utvecklingsstörda personer.

Föräldrar och personal förenas i en gemensam ambition; ett bra liv för de utvecklingsstörda personer som bor där. Men man har olika utgångspunkter och använder ord på olika sätt varför det lätt uppstår missförstånd och konflikter.

I filmen intervjuas såväl föräldrar som personal kring en nyöppnad gruppbostad. Vi får ta del av farhågor, förväntningar och klivna känslor .

Filmen passar bäst att användas som diskussionsunderlag i en föräldra- respektive personalgrupp när den utvecklingsstörde redan bor på en gruppbostad.

### *EN AV MÅNGA*

*Om att vara pappa till ett barn med funktionshinder*

Filmen visar glimtar från en sk "pappahelg". En grupp män som alla har barn med funktionshinder träffas tillsammans med två gruppleddare för att utbyta erfarenheter och tankar kring sin speciella situation.

Diskussionen förs utifrån ett manligt perspektiv där man belyser

såväl hur mansrollen som papparollen påverkas när man har ett annorlunda barn.

Filmen kan användas som inledning i pappagrupper; för att visa mammor hur pappor kan diskutera samt i grupper med både mammor och pappor. Visst finns det skillnader i sättet att diskutera, men likheterna är ändå större.

Filmen har producerats i samarbete med Riks-FUB.

### *PERSONLIGT*

En film om Nisse och hans assistenter.

Nisse är gravt rörelsehindrad och i behov av personlig assistans dygnet runt.

Filmen handlar om hur Nisse med hjälp av assistenterna förverkligar mycket av det som gör livet värt att leva.

Filmen visar också assistentens funderingar kring sitt arbete. Kan man vara bara armar och ben? Hur mycket ska man engagera sig? Kan man verkligen prata om att aktivera Nisse - vadå aktivera? Vilka känslor väcker rollen som assistent?

Filmen visar också på det personliga och känsliga förhållandet mellan Nisse och några av hans assistenter.

Tidigare har Föräldrautbildningen också haft möjlighet att göra en film om

### *SYSKON*

I filmen berättar Åsa och Jenny om sina upplevelser som äldre systrar till Olle som är rörelsehindrad och utvecklingsstörd. De var åtta respektive fyra år när de fick sin lillebror. När de berättar har de hunnit bli tjugo respektive sexton år.

I filmen kommer även syskonens föräldrar till tals

Att ha ett handikappat syskon är en mycket speciell situation. Ofta står det handikappade syskonet i centrum. Som syskon kommer man lätt i bakgrunden. Man tar lätt ett större ansvar än andra i samma ålder. Detta präglar ens syn på livet.

Det är viktigt att syskonens situation uppmärksammas. Filmen är en utmärkt inledning till samtal i såväl syskon- som föräldragrupper.

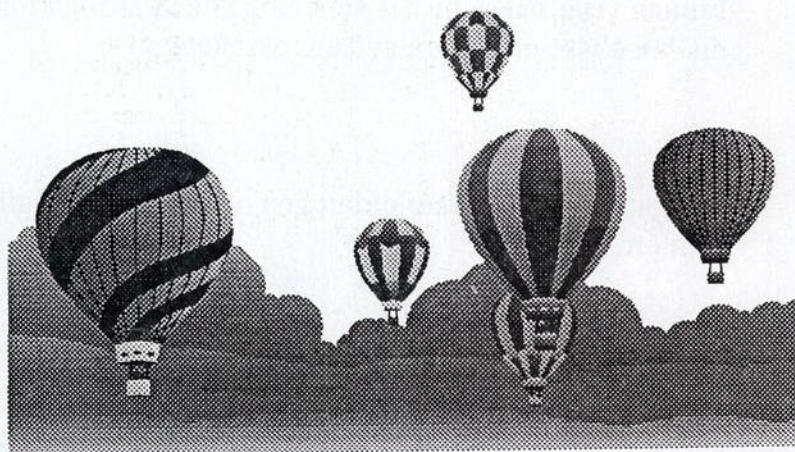
Till filmerna (i omslaget) finns arbetsfrågor som hjälp för samtalsledaren.

Filmerna är gjorda av Olle Eriksson, filmproducent och själv pappa till en son med Downs syndrom.

Samtliga filmer kan beställas från Föräldrautbildningen och kostar 800 kronor styck (plus moms). Tyvärr har vi inte personella resurser nog för att kunna hyra ut filmerna .

Omsorgsnämndens Länscenter  
Föräldrautbildningen  
Box 64 65  
113 82 Stockholm  
Telefon: 08/690 60 36

Kerstin Alm



#### EFTERLYSNING

Jag är intresserad av att få veta om det finns någon POMS-medlem som fått specialiskompetens eller ekvivaleringsbesked inom området pedagogisk psykologi. Jag är tacksam om ni i så fall hör av er till mig!

Inga-Lill Kristiansson  
tel: 08- 690 60 21

LÖRDAG 17 FEBRUARI 1996

GÖTEBORGS-POSTEN

# Psykolog gav handikappade terapi i smyg

Psykologen skulle trösta och stötta men gick ett steg för långt. Psykologen bedrev terapi i socialtjänstens regi utan tillstånd. Händelsen är nu ett fall för socialstyrelsen.

AV PIA SVENSSON  
031-62 47 39

Psykologen var anställd inom socialtjänsten i Göteborgsområdet. I slutet av september förra året slutade psykologen på egen begäran. I dag arbetar psykologen vid ett behandlingshem.

Jobbet inom socialtjänsten handlade i första hand om att ge råd och att vara ett allmänt stöd för förståndshandikappade i området. Men i stället ägnade sig psykologen åt regelbundna djupgående samtal och kartläggning av deras personlighet.

Psykologen anställdes i januari 1992 och terapin har i vissa fall pågått i flera års tid. Att bedriva psykoterapi är totalt förbjudet inom socialtjänsten utan formella beslut.

Psykoterapi omgärdas av strikta regler och stränga krav på beslut och dokumentation inom socialtjänsten.

- Terapi är någonting helt

annat än ett vanligt råd- och stödsamtal. Det krävs ett beslut i nämnden för att kunna bedriva psykoterapi. Vederbörande måste ha ansökt om att få gå i terapi och fått det beviljat, säger en ansvarig.

Normalt anlitas dessutom utomstående psykologer och terapeuter vid behov av terapi.

- Vår roll är att utreda behovet av terapi, inte ge den.

Ändå har psykologen lyckats bedriva psykoterapi på eget bevåg utan tillstånd från myndigheten, något som upptäcktes först när psykologen sa upp sig.

- Det allvarligaste är att vi inte vet om de handikappade i det här fallet vet vad de har fått, säger en annan ansvarig.

## Psykologen hade struntat i dokumentationen

Det var när psykologen fick i uppdrag att slutföra sin dokumentation som terapin avslöjades.

- Då hade vi i och för sig redan fått veta av anhöriga vad som pågått, säger den ansvarige.

Psykologen hade struntat i dokumentationen i alla år.

- I den bristande sammanställningen angav psykologen själv att psykoterapi genomförts i flera fall, berättar en nytillträdd ansvarig.

Nu vill socialtjänsten att psykologens brist på dokumentation granskas.

## "PSYKOLOG GAV HANDIKAPPADE PSYKOTERAPI I SMYG"

En artikel med ovanstående rubrik publicerades i tidningen Göteborgs-Posten den 17 februari. Psykologen som artikeln handlar om är POMS-medlem sedan många år. Vi publicerar kopia av artikeln och ett genmäle som Margareta Färnstrand (också medlem i POMS) skrivit. Detta togs dock inte in av G-P med hänvisning av chefsredaktören att artikeln "inte handlar om psykoterapi för förståndshandikappade i allmänhet. Artikeln baserar sig på en anmälan till socialstyrelsen". Detta betyder tyvärr att artikeln hittills fått stå oemotsagd, att saken inte kunnat belysas och att vi därför riskerar att brukarna och deras anhöriga får en felaktig uppfattning om vad psykoterapi för funktionshindrade innebär.

Ärendet är som framgår av övriga texter anmält till Socialstyrelsen och vi väntar självklart på yttrandet därifrån. Anmälan gäller främst dokumentationshanteringen men i arbetsgivarens brev till Socialstyrelsen framgår att flera funktionshindrade ansökt om att få fortsatt psykoterapi av psykologen. Man skriver också att vid genomgång framkom att ingen formell ansökan om psykoterapi fanns och inte heller något dokumenterat beslut om psykoterapi. Dessa frågor har ju stor betydelse för dem av oss som bedriver psykoterapi inom ramen för vår tjänst. Vilka formella beslut krävs egentligen för att psykoterapi skall kunna bedrivas? Följer vi kraven på dokumentation? Det gäller både hur journaler skrivs och hur de förvaras. Dessa frågor diskuterades på POMS senaste styrelsemöte och jag tycker det vore bra med en debatt i POMS-bladet kring ämnet.

Till slut skulle jag vilja uttrycka min medkänsla för den anmälda psykologen. Anmälan till Socialstyrelsen skedde utan hennes kännedom, hon fick veta att hon var anmäld genom artikeln i G-P. Tidningen förvarnade henne inte heller om att artikeln skulle skrivas. En påminnelse om hur utsatta vi kan bli i vissa situationer och kanske om hur känslig frågan om psykoterapi för personer med utvecklingsstörning är?

Inga-Lill Kristiansson

**Ang. artikeln "Psykolog gav handikappade terapi i smyg" i GP 17febr.-96**

Det finns flera sakfel i den artikeln som knappast bör stå oemotsagda. Dels förefaller kunskapen om psykoterapi och grunder för detta saknas hos artikel-författaren och/eller hennes sagesman och dels finns där också sakfel när det gäller vilka regler som gäller för bedrivande av psykoterapi. Även när det gäller lagstiftning och bestämmelser inom handikappområdet tycks en del klarläggande vara på plats. Dessa oegentligheter tillsammans leder till att artikeln kommer att bli inte bara ett svepande övergrepp på en enskild person utan därtill också ett angrepp på psykologer verksamma inom socialtjänsten i allmänhet.

Psykoterapi är en process, som fungerar i form av ett ömsesidigt samspel mellan två parter, terapeuten och klienten och som också är "något helt annat än vanligt råd - och stödsamtal ". En basförutsättning för att detta skall fungera är att de två parterna har en ömsesidig överenskommelse om villkoren för verksamheten. Dessa villkor kommer också att kontinuerligt omprövas efterhand som processen fortskrider. Det förefaller därför högst osannolikt att klienten som deltar i detta samspel inte vet vad det handlar om, eller "vad de fått", som det står i artikeln.

Terapeuten har inför beslut om psykoterapi skyldighet att noggrant utreda dels förutsättningarna hos en person att tillgodogöra sig olika former av psykoterapi och som ett led i detta göra gedigna personlighetsutredningar och dels söka utröna om psykoterapi är en lämplig behandlingsform för det aktuella problemet. Dvs det är lika viktigt för psykoterapeuten att göra en noggrann personlighetsbedömning, som det är för t.ex. läkaren att först korrekt ställa diagnos innan ett kirurgiskt ingrepp genomförs. Det som alltså i artikeln läggs psykologen till last, förefaller snarare vara ett tecken på att psykologen i dessa fall tagit sitt arbete på största allvar. Det är ju i detta sammanhang också ytterst viktigt att påpeka att all utredning om lämpligheten av att ge psykoterapi kräver gedigen kunskap om dels behandlingsformen som sådan och dels gedigen kunskap om vilka faktorer man måste ta i beaktande vid ovannämnda personlighetsutredning. Saknas dessa kunskaper hos personal som är satt att "utreda behovet av terapi" kommer klienterna att utsättas för stor fara. Endast psykologer eller annan

kommer klienterna att utsättas för stor fara. Endast psykologer eller annan personal med legitimation som psykoterapeut har denna kunskapsbas i nödvändig omfattning.

I 1986 års lag om "särskilda omsorger" gavs kommunerna möjlighet att överta omsorgsverksamheten från tidigare huvudman (landstinget). Detta skedde i flera kommuner i Göteborgsområdet i januari 1992. I samband med detta förutsatte man också att kommunerna skulle ta över det ansvar för behandling och verksamhet som tidigare inletts och inte utan särskilda skäl avbryta exempelvis pågående behandling. Om de i artikeln omskrivna psykoterapierna påbörjats redan före detta kommunala övertagande har alltså psykologen faktiskt skyldighet att fullfölja dessa tills dess ursprungligt behandlingsmål uppnåtts eller klienten önskar avsluta sin behandling.

1994 kom ytterligare en ny lagstiftning inom handikappområdet där det bl a införs bestämmelser om att klientens uttryckta önskemål om speciell form av "Råd och stöd" skall tas upp och behandlas i den kommunala nämnden för beslut. Även i detta sammanhang stadgar man i förarbetena till lagstiftningen att redan påbörjad behandling skall fullföljas utan att förnyat beslut om detta skall tas. Eftersom det i artikeln talas om fleråriga terapier måste ju behandlingarna ha varit påbörjade före denna ändring i lagstiftningen och följaktligen följer psykologen tydligen också i detta avseende helt lagens intentioner. Det är alltså möjligen efter 1994 man kan betrakta det som "totalt förbjudet" att inom socialtjänsten bedriva psykoterapi utan formellt beslut.

Utöver dessa felaktigheter förefaller det här också röra sig om en kulturkompetenskollision. Det är viktigt att personal som är inblandad i omsorger om och verksamhet för personer med förståndshandikapp har gedigna kunskaper i hur detta speciella handikapp fungerar. En vanlig konsekvens av ett förståndshandikapp är svårigheter att på ett teoretiskt sätt förstå vad som kan komma att ske vid olika framtida möjligheter där man saknar egen erfarenhet. För en person med förståndshandikapp är det alltså närmast en omöjlighet att ta ställning till om han/hon önskar psykoterapi utan tidigare erfarenhet av detta. Däremot har personer med förståndshandikapp samma förutsättningar som andra att tycka bra eller illa om det de faktiskt har erfarit.



Lagstiftningens krav på att man skall begära en viss form av råd och stöd för att i framtiden få den, ställer utomordentligt stora krav på lyhördheten hos den personal som skall utreda behovet av om viss stödform skall ges. Det tyder på dålig förståelse av handikappets konsekvenser om man alltför strikt håller på de formella ramarna när en enskild person med förståndshandikapp ber om hjälp. Man bör vara ytterligt generös med möjligheter för personen att först få tillfälle att på olika sätt pröva på alternativa möjligheter för att kunna bilda sig en uppfattning om vilken konkret hjälp man sedan skall välja. Det kan alltså t o m vara lämpligare att en psykolog på förfrågan från en viss person med förståndshandikapp ger honom/henne möjlighet att på ett försiktigt sätt pröva på vad detta kan innebära innan den formella begäran överhuvudtaget kommer till stånd. Samtidigt måste psykologen givetvis i denna verksamhet vara ytterligt försiktig så att denna "pröva på"-erfarenhet inte blir ytterligare en besvikelse för den presumtive klienten.

Det finns också skillnader i hur psykoterapi som behandlingsform utformas när den riktas till personer med förståndshandikapp och till andra personer utan sådant handikapp. Man har först på senare år börjat få på vetenskapliga grunder belagd kunskap om denna speciella anpassning. Man har här bland annat sett att övergången mellan stödsamtal och terapisaamtal oftast under hela processen av nödvändighet måste vara mycket flytande för att ge den enskilde klienten möjlighet att tillgodogöra sig behandlingen. Ett av skälen till detta är att en person med förståndshandikapp i mycket större utsträckning än andra har behov av att på nytt ständigt pröva sin tillit till terapeuten. Det finns för övrigt beskrivet i en nyutkommen skrift från Allmänna Barnhuset (1995), "Psykoterapi för människor med ett intellektuellt funktionshinder" med text av psykolog Yvonne Folkesson.

Göteborg 960221  
 Med vänlig hälsning  
 Margareta Färnstrand  
 för  
 Sveriges Psykologförbund  
 tel 031-274796  
 Psykiatriska kliniken  
 Mölndals sjukhus  
 43180 Mölndal



## LIVSSITUATIONEN FÖR UTVECKLINGSSTÖRDA I EGEN BOSTAD

Detta är redaktionens sammanfattning av en sammanfattning gjord av FUB, som stöttat projektet.

Christina Manhem-Frändesjö och Britt-Marie Tofffelt-Axelsson arbetar sedan många år som omsorgspsykologer och kommer dagligen i kontakt med utvecklingsstörda i eget boende. Många utvecklingsstörda säger att de känner sig fria och oberoende när de har en egen bostad medan andra talar om att de är ensamma och vill ha hjälp med att ta sig ur sin isolering. De har tankar och drömmar om att få ha vänner omkring sig och få det stöd och den hjälp man önskar.

Utvecklingsstörda i eget boende är en handikappgrupp som har svårare än andra att hävda sina rättigheter!

Christina och Britt-Marie ansåg det därför angeläget med en kartläggning av lindrigt utvecklingsstördas livssituation ur ett helhetsperspektiv, som underlag för hur man i framtiden ska kunna ge bättre stöd och hjälp.

De har i projektarbetet handletts av Dr. PH Evy Kollberg och docent Ingrid Liljeroth.

**Syftet** med projektet var att genomföra en kartläggning av livssituationen för utvecklingsstörda i egen bostad med avsikt att:

- \* öka kunskapen om levnadsvillkoren för de som har särskild omsorg.
- \* Öka kunskapen om vilka insatser som underlättar för personer med lindriga begåvningshandikapp att leva i samhället.

### **Metod**

Kartläggning har skett genom djupintervjuer med 106 slumpvis utvalda personer i Göteborg samt i Göteborg-och Bohuslän. Man har försökt att belysa deras boendeförhållanden, uppväxt, sociala nätverk, ekonomi, daglig verksamhet, hälsotillstånd, fritid och nu aktuell livssituation.

### **RESULTAT**

#### **Boendesituationen**

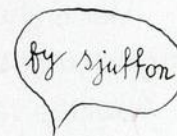
De flesta trivdes i sin lägenhet och i sitt bostadsområde. Mest nöjd var man på landsbygden och sämst trivdes de som bodde i höghusförort.

Det var vanligt att man bodde i tvårumslägenhet och flera ägde sin egen bostad. Vid den sammanfattande bedömningen fann Christina och Britt-Marie att de flesta hade en bra boendesituation:

Man upplevde det viktigt att man fick rätt hjälp i sin bostad och hjälp så ofta man behövde.

De utvecklingsstörda uttryckte sju olika hjälpbehov:

- \* Städning
- \* Tvätt
- \* Matlagning
- \* Matinköp
- \* Klädinköp
- \* Hygien
- \* Bank-Postärenden



Det var vanligast att man hade hjälp av hemtjänstpersonal eller "omsorgspersonal", föräldrar, syskon eller kontaktperson.

De flesta tyckte att de fick den hjälp de behövde men en femtedel ansåg att hjälpen inte var tillräcklig.

### **Barndom och uppväxt**

Förhållanden och bemötanden under barndomen och uppväxtåren påverkar livet och upplevelserna som vuxen. Utvecklingsstörda som inte fått en grundtrygghet med möjligheter till goda relationer löper risk att utveckla ett negativt handikappmedvetande och ett dåligt självförtroende. De blir därigenom mer socialt sårbara.

En tredjedel av intervjugruppen hade vuxit upp på institution. Nära hälften av dem som vuxit upp på vårdhem sade att de hade haft en ganska eller mycket svår uppväxt.

Det framkom gång på gång hur viktigt det var att man hade någon som kom och hälsade på och att man fick komma hem på loven. Man kunde stå ut om man inte var övergiven. Man uttryckte att tiden på vårdhemmet var som ett fängelse. Av naturliga skäl var föräldra- och syskonkontakten mindre och tre fjärdedelar hade inte någon kontakt med släkt eller anhöriga.

Av de som vuxit upp i föräldrahemmet ansåg nästan 80% att de hade haft en bra barndom.

Föräldrarna hade varit viktiga under uppväxten och var fortfarande viktiga. De som kände att de kunde gå till sina föräldrar för att få tröst och stöd som

barn tyckte också som vuxna att deras anhöriga var viktiga personer. De som inte hade haft föräldrar att ty sig till som barn hade som vuxna oftare psykiska problem.

### **Skolgång**

Mer än hälften av intervjupersonerna hade gått i särskola antingen på externat eller internat.

Hälften vantrivdes med särskolan.

Skolan representerade institutionen och tvånget medan man upplevde lärarna som ett positivt vuxenstöd och kamraterna som bundsförvanter.

Många ansåg att de ändå hade fått tillräckliga skolkunskaper.

39 personer hade någon gång under sin skolgång gått i "normalskola". Betydligt fler än hälften av "normalskoleeleverna" vantrivdes i skolan och gav uttryck för att de hade mobbats. Många "normalskolelever" saknade skolkamrater och hade inte heller andra kamrater. De vantrivdes med skolan och många upplevde sig inte ha något stöd av lärarna. Många med psykiska problem sa att de hade haft det svårt i skolan. De som trivdes bra i skolan med lärare och kamrater trivs i dag även bra med arbetsledare och arbetskamrater.

### **Arbete och arbetstrivsel**

De allra flesta hade någon form av daglig sysselsättning. De arbetade på traditionellt dagcenter eller Samhall, i utflyttade grupper, eller på "öppna marknaden".

Den vanligaste typen av arbete var traditionellt dagcenterarbete, där drygt hälften ville byta arbete och de angav ofta att de andra som arbetade där var "sämre" dvs mer utvecklingsstörda.

Arbete i utflyttad dagcentergrupp innebar att man oftast ingick i en liten grupp som skötte vaktmästarsysslor på kommunförvaltning, bibliotek eller hjälpte till att sköta ett kafé. Trivseln här var genomgående hög, nästan alla uppgav här att de trivdes med såväl arbete som arbetsledare och kamrater.

Endast en fjärdedel ville byta daglig verksamhet till arbete på "öppna marknaden".

12 % arbetade på öppna marknaden, några med lönebidragstjänst, där vaktmästarsysslor och städarbeten dominerade. Nästan alla trivdes med arbetet och sina arbetsledare men en del trivdes inte med

arbetskamraterna. Knappt en fjärdedel ville dock arbeta inom ett annat arbetsområde.

Bland de som arbetade på Samhall ville mer än hälften byta arbete. De krav på lönsamhet som finns på Samhall gjorde att många som vi pratade med upplevde arbetet som stressigt och arbetsklimatet som hårt.

Det fanns ett flertal som inte haade någon daglig verksamhet beroende op att de var över 65 år, svårt funktionshindrade eller hade svårighet att finna en sysselsättning som de ville ha. Det var vanligare att kvinnorna var hemma än männen, och de som hade gått i "normalklass" var överrepresenterade. De flesta som var hemma önskade inte heller någon daglig sysselsättning.

### **Ekonomi**

Oavsett om man hade pension, sjukbidrag eller lön tyckte de allra flesta att pengarna räckte till det de behövde. En vanlig uppfattning är att många som har egen bostad lever i ekonomisk misär. Undersökningen pekar dock på att detta hör till undantagen.

32 % hade klar uppfattning om sin ekonomi. I denna grupp var det många som inte hade någon hjälp med att sköta ekonomin utan klarade sig själva. Andra hade hjälp av anhöriga eller God man, övriga fick hjälp av kontaktperson, socialsekreterare eller omsorgspersonal.

21 % hade viss uppfattning om sin ekonomi. De flesta visste hur mycket de betalade för hemtjänsten eller vad den tidning de prenumererade på kostade. Även de fick oftast hjälp av anhöriga eller God man.

Dålig uppfattning om ekonomin hade nästan hälften av intervjugruppen.

Många kände varken till inkomstens storlek eller hur hög deras hyra var.

Ingen i denna grupp skötte helt själv sin ekonomi.

### **Psykisk hälsa**

Många lindrigt utvecklingsstörda upplever ett utanförskap, som de hänför till sitt handikapp. De har svårt att acceptera sin utvecklingsstörning och en del anser att umgänget med andra utvecklingsstörda får dem att känna sig mer begåvningshandikappade. Vi vet att det är ganska vanligt med psykiska problem hos personer med utvecklingsstörning. Det var dock anmärkningsvärt att en så stor del som hälften av de vi intervjuade hade psykiska problem. Ungefär en tredjedel av dessa hade heller ingen som de

kunde prata med om sina problem. Det visade sig att det var vanligare med psykiska problem bland de ensamboende.

En tredjedel av dem som bedömdes ha haft en bra barndom hade som vuxna psykiska problem jämfört med två tredjedelar av de som hade haft en svår barndom. Bland dem som uppgav att de hade haft det svårt i uppväxten i föräldrahemmet förekom psykiska problem hos 87%.

78% som hade haft det svårt på vårdhem hade psykiska besvär.

Många hade psykiska problem som hade samband med svårigheter att acceptera sig själva fullt ut. Flera brottades med frågor som gällde handikappet, om de verkligen var utvecklingsstörda och i så fall varför.

De flesta i undersökningen var ensamboende och för dem var personal viktiga. Flera av de ensamboende hade psykiska problem och 40% hade inte någon att tala med om sina svårigheter.

Endast 8% av männen och 16 % av kvinnorna var sammanboende. De ansåg att de fick den hjälp de behövde och de var mer tillfreds med sin livssituation.

De sammanboende sa att de hade stöd och hjälp av varandra, kände sig tryggare, umgicks med varandras släkt och vänner och hade trevligt på semestern mm.

De som var gifta eller sambo sade oftare än ensamboende att föräldrarna var viktigare för dem under uppväxten och att det var till dem de gick för att få tröst och hjälp även i vuxen ålder.

## **Fritid**

En god livskvalitet förutsätter en väl fungerande fritid och vi vet att många utvecklingsstörda har svårt att själva ta initiativ. Det finns därför en risk att de som har eget boende lever isolerade utan att ha något att ta sig för.

Det populäraste fritidsnöjet bland kvinnor var dans och de flesta gick på arrangerad dans för utvecklingsstörda.

Ett par personer var medlemmar i en frikyrka och fler män än kvinnor gick regelbundet på gudstjänster i statskyrkan. Sammanlagt deltog 22 % i kyrklig verksamhet.

Flera kvinnor brukade handarbete, läsa böcker eller veckotidningar och de allra flesta prenumererade på den lokala dagstidningen.

Nästan hälften brukade regelbundet besöka någon träffpunkt på sin fritid.

Flera av dem som hade haft en dålig barndom hade nu en dåligt fungerande fritid.

När man ville vara med på någon organiserad fritidsverksamhet upplevde man ett behov av hjälp att välja och att någon följde med till aktiviteten de första gångerna. Man var även beroende av färdtjänsten om man inte själv kunde ta sig till sin verksamhet.

### **Socialt nätverk**

För de allra flesta människorna är det viktigt att ha ett bra socialt nätverk för att man ska ha ett bra liv. Detta gäller självklart också för utvecklingsstörda och kanske speciellt mycket för de som bor i egen bostad och ska klara sig ute i samhället. Det är betydelsefullt att det finns människor som man känner och litar på och spontant kan vända sig till.

Hälften av de som hade ett dåligt socialt nätverk hade vistats på institution. Många hade kommit dit redan som barn och hade tillbringat hela uppväxten där med de konsekvenser det innebär av avbrutna kontakter med föräldrar och syskon. Den kontakt man hade med föräldrarna som barn har visat sig ha stor betydelse även för det sociala nätverk de fått som vuxna.

Kontakt med anhöriga och syskon utgör en mycket viktig del av det sociala nätverket.

De flesta hade vänner som de brukade träffa vid olika tillfällen men 25 personer hade inga vänner som de brukade träffa vilket gör att de är mer isolerade och mindre aktiva på sin fritid.

Endast 38 personer hade kontaktperson, huvuddelen av dem var kvinnor. Det fanns ett samband mellan att ha kontaktperson och att ha ett bra boende. Till träffpunkterna kunde de som hade egen bostad gå när de kände att de behövde det. På dessa fanns personal som i de flesta fall var anställda av hemtjänsten eller omsorgen. Dit gick man för att träffa vänner, fika ock på några ställen fanns också möjlighet att äta mat. Man kunde få hjälp att förstå ett brev eller en räkning eller få mer praktisk hjälp som att få en knapp isydd. Man kunde även få hjälp att få kontakt med personer från t.ex. hemtjänsten.

Sammanlagt gick 42% till en träffpunkt.

Efter varje slutförd intervju gjordes en helhetsbedömning av personens livssituation där en helhetsbild av boendesituation, fritid, socialt nätverk samt trivsel med arbete och bostad presenterades.

## Bortom programmen

I begynnelsen var det placeringar, och vi var så lyckliga när det hände, för då var placeringar inte obligatoriska för vuxna som råkade ha svåra handikapp.

Så vi sa *"Det här är bra"*.

Och placeringarna mångfaldigades och uppfyllde jorden.

Och då sa vi: *"Låt oss göra program om hur man hjälper vårdragare"*.

Vi definierade vårdragare och etiketterade och grupperade dem efter deras etiketter och gjorde program som byggde på dessa etiketter.

Och programmen skapade insatser för varje grupp och myndigheterna utvecklade standardiserade kostnader för varje sorts hjälp.

Programmen frodades och mångfaldigades, och vi sa

*"Det här är mycket bra"*.

Och när programmen mångfaldigades höjdes ett rop: *"Låt oss utvärdera dessa program för att se hur bra de verkligen är"*.

Programutvärderingar, övergripande normer, kvalitetssäkringar, målplaner och andra mättningsprogram skapades.

Och de mångfaldigades och fyllde volymer.

Vid den tiden reste sig en person, som var vårdragare men som också var en profet, och sa:

*"Jag vill inte vara en vårdragare, jag vill vara en människa,*

*Jag vill inte vara en etikett, jag vill ha ett namn.*

*Jag vill inte ha insatser, jag vill ha stöd och hjälp.*

*Jag vill inte vara på institution, jag vill ha ett hem.*

*Jag vill inte ha ett träningsprogram, jag vill göra meningsfulla produktiva saker.*

*Jag vill inte bli 'tränad' hela mitt liv; jag vill lära mig att göra saker jag tycker om, och åka till platser jag gillar.*

*Jag vill ha roligt, glädja mig åt livet och ha vänner.*

*Jag vill ha samma möjligheter som alla ni andra: Jag vill vara lycklig"*.

Det blev en lång tystnad

Och alla förstod att de måste se bortom sina program.

Men de blev bekymrade och de sa: *"Hur kan vi göra detta?"*

*Skulle då inte varje person behöva sitt eget unika program och stödsystem och ett eget mått på dess kvalitet?"*

Och profeten svarade: *"Så som du sagt, så skall det göras.*

*Precis så som du gör för din egen del."*

[Fritt efter en amerikansk förlaga]

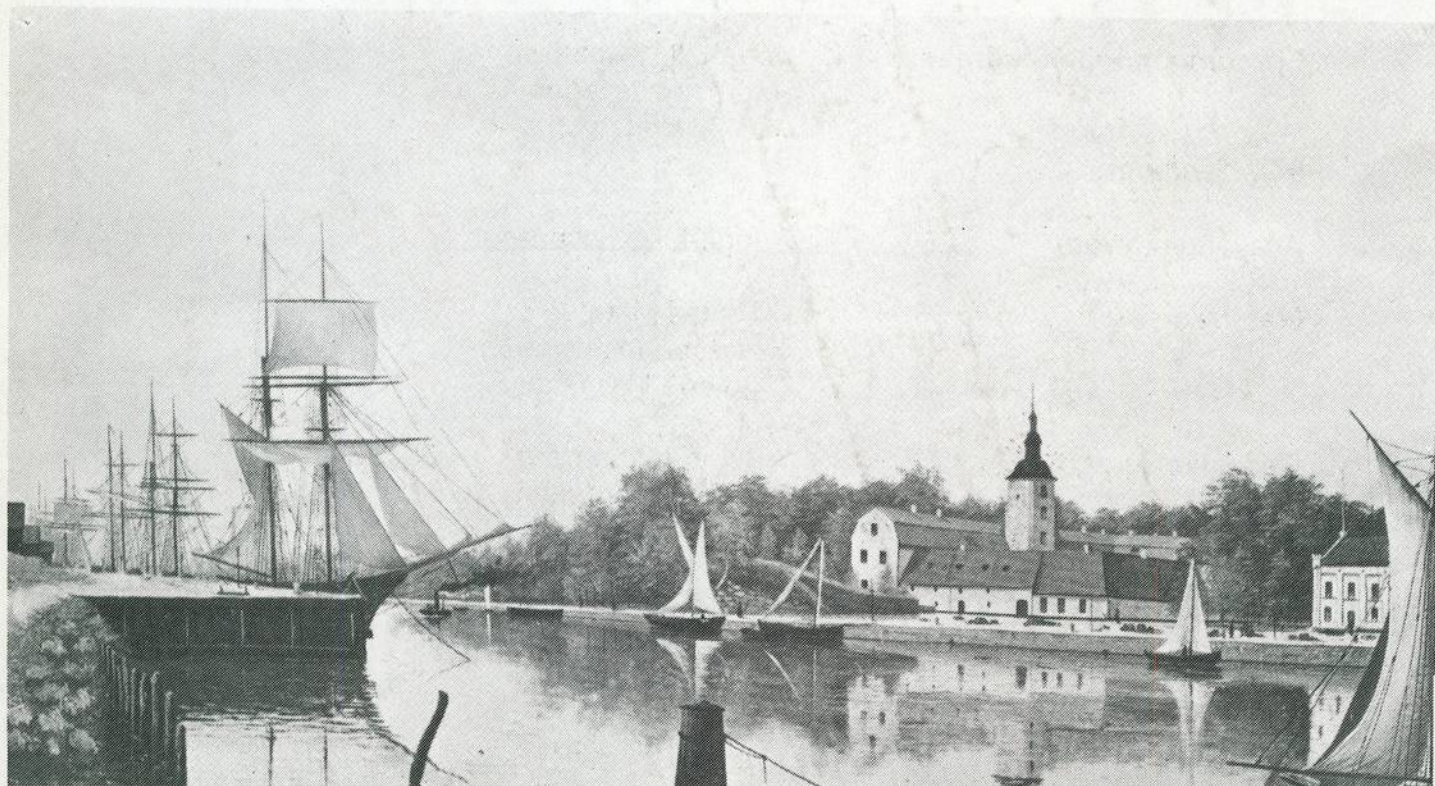


# POMS bladet

---

Organ för föreningen

Psykologer inom omsorgsverksamheten



Nr 3 1996 ISSN-nr 1102-0474

<b>POMS´styrelse:</b>		<b>Tel. arb.</b>
Ordförande:	Inga-Lill Kristiansson	08-690 60 21
Vice ordförande:	Peter Söderstrand	0500-44 45 57
Sekreterare:	Lena Fager	08-442 41 20
Vice sekreterare:	Anders Svensson	0418-782 13
Kassör:	Birgitta Levemyr	0303-992 07
Vice kassör:	Elisabeth Bjärnevall-Nygren	08-690 60 29
Konferensansvarig:	Gudrun Cedergren	0910-77 71 00
POMS-bladet:	Gunilla Gårdmark	035-13 86 11

**Medlemsavgift:** 175 kr/år (110 kr/år för dubbelanslutna till andra yrkesför.)

**Föreningen POMS´ postgiro:** 35 89 78 - 5  
**POMS international:** 17 38 80 - 6

**Föreningen POMS adress:** Inga-Lill Kristiansson  
Mörbylundsvägen 42  
186 33 Vallentuna

**POMS-bladet:**

Ansvarig utgivare: Inga-Lill Kristiansson

Manusadress: Tomas Marinus  
Syskonhamnsgatan 10  
302 45 Halmstad

Redaktionsgrupp: Birgitta Björnberg 035- 13 86 07  
Gunilla Gårdmark 035- 13 86 11  
Marie Lindgren 035- 13 86 08  
Tomas Marinus 035- 13 89 08

Fax: 035- 13 86 35

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Styrelsens sida	4
Rapport från Förbundsstyrelsen	5
Sommarkonferensen	6 - 19
En kulturell höjdpunkt	7
Sheila Bichard	10
Olika forskningsprojekt	12
Björn Wrangsjö	14
Information från POMS testgrupp	15
Klinikernas studiedagar	20
Skolpsykologernas riksstudiedagar	24
Psykoter. arbete med personer m utv.störn.	27
Socialstyrelsen har fattat beslut	28
TSIB's 10-årsjubileum - inbjudan.	29
Gracielas projekt i Peru	30
Konsten att använda en pluslag till minus	32
Rapport från första Europakongr. om mental hälsa hos utvecklingsstörda.	36
Framtidens bostäder - konferens	39
Nytt inom autismområdet	40



## STYRELSENS SIDA

Den gamla styrelsen höll sitt sista möte i Stockholm dagen före sommarkonferensen, söndagen den 9 juni. Bland inkomna remisser kan nämnas en utredning om rätten till information från genetiska undersökningar, samt en om funktionshindrade barn i skolan. Psykologförbundet planerar att arrangera en "handikappdag", liknande den "barndag" man redan har genomfört. POMS International bidrar med medel till Sverigebesök för en psykolog från Peru, Graciela Hurtado, som där startat en gruppbostad i svensk mening, efter inspiration från tidigare Sverigebesök.

Vid årsmötet den 10 juni avgick och avtackades Rune Arvåsen och Jan Terneby (Jan i sin frånvaro). Tack än en gång för det arbete ni har lagt ned! Jan Terneby fortsätter sitt arbete i specialistrådets pedagogiska utskott. Som nya ledamöter i styrelsen valdes och hälsades välkomna Elisabeth Bjernevall-Nygren, Stockholm, samt Anders Svensson, Lund.

Vid ett hastigt styrelsemöte direkt efter årsmötet konstituerade sig den nya styrelsen och ser nu ut som följer:

Ordf	Ingalill Kristiansson	V ordf	Peter Söderstrand
Kassör	Birgitta Levemyr	V kassör	Elisabeth Bjernevall-Nygren
Sekr	Lena Fager	V sekr	Anders Svensson
Konf ansv	Gudrun Cedergren	POMS-bladet	Gunilla Gårdmark

Första styrelsemötet för hösten hölls i Psykologförbundets lokaler i Stockholm den 2 september. Efter en välbesökt konferens och bidrag från Psykologförbundet, har vi nu en god ekonomi det kommande året. Nästa år firar POMS 25-årsjubileum och det ska vi förstås fira! Framför allt med en jubileumskonferens, som kommer att bli förlagd till Gotland. Mera information senare angående tema och datum. Redan i höst kommer arbetskonferensen kring forsknings- och utvecklingsarbete "i repris". Inbjudan riktas nu tydligare till alla psykologer som har ett intresse av "vardagsforskning", men som inte riktigt, eller bara nästan, har kommit igång. Liksom senast samarrangerar POMS och Habiliteringspsykologerna. IHPU kommer troligen i början av nästa år med en ny basutbildning riktad till nyanställda kollegor. De som gick den förra kursen 1991 var mycket nöjda.

För styrelsen  
Peter Söderstrand

MANUSSTOPP DEN 24 OKTOBER

## Rapport från förbundsstyrelsen.

När det här skrivs, i mitten av augusti, har höstens arbete i förbundsstyrelsen inte kommit igång, första höstmötet är i september. Sommaren har emellertid inte inneburit att den fackliga verksamheten helt stannat av!

Den så akuta och inflammerade frågan om **psykologiska test och rätten till dem** har varit, och är, högaktuell. Bakgrunden är följande: Psykologförbundet sålde Psykologiförlaget för några år sedan till Hunter Mabon. Försäljningen var nödvändig eftersom ekonomin var katastrofal och förbundet hade inte råd att rädda förlaget. I styrelsen sitter en representant för förbundsstyrelsen (Birgit Hansson) och en från Stiftelsen för tillämpad psykologi (Christina Strömer-Wilson).

Allt var frid och fröjd, till i vintras, ett dotterbolag till Psykologiförlaget började sälja testkurser med tillhörande behörighet att använda (arbetspsykologiska) test till ickepsykologer. Man har vägrat att upphöra med detta och menar att EU-reglerna om konkurrens inte medger att test förbehålls psykologerna ensamma. I detta dotterbolag har Psykologförbundet ingen insyn. Givetvis är anledningen till detta rent kommersiell, det finns mycket pengar att tjäna på arbetspsykologisk testning.

Rättsläget är hittills inte helt utrett. Konkurrensverket menar att EUs regler inte ändrar något, utan att det viktiga är vad som sades, och skrevs, vid försäljningen av förlaget. American Psychological Association (APA) äger flera av testen, som översatts och säljs på licens. APA har emellertid stränga behörighetsregler och skulle omedelbart dra in licenserna om det framkom att testen säljs till icke behöriga.

Det hela handlar alltså om rätten till våra test, såväl att de inte hamnar i orätta händer som att vi får fortsätta att använda dem! En synnerligen allvarlig fråga. Förbundet har hittills valt att driva frågan förhandlingsvägen, men kan kanske bli tvungen att driva den juridiskt om detta inte fungerar.

En fråga som äntligen krönts med framgång är **ledningsfrågan inom hälso-och sjukvårdens område**. Riksdagen har i början av juni avskaffat HSL §14, som föreskrev ett samlat ledningsansvar under en cheföverläkare, och i stället infört § 27, som säger att "(§27a)Ledningen av hälso-och sjukvårdsverksamhet skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet av vården och främjar kostnadseffektivitet. (§27b) Inom varje hälso-och sjukvårdsverksamhet skall finnas någon som svarar för verksamheten. Denne person benämns vårdchef. Vårdchefen skall följa den riktlinjer och anvisningar som den som driver verksamheten meddelar. Vårdchefen får inte bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter om han eller hon saknar kompetens för detta. Inom hälso-och sjukvårdsverksamhet som är förenad med frihetsberövande skall vårdchefens uppgifter utövas av en läkare med specialistkompetens (chefsöverläkare)". Äntligen har alltså läkarmonopolet på ledning inom psykiatri och somatik brutits. Tyvärr har det varit av stor skada för psykologerna att monopolet funnits så länge och fortfarande gäller bestämmelsen om patientansvarig läkare, som ska finnas "om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten.

**Psykologins Dag** kom ju igen redan efter ett drygt halvt år och på en för Sverige mycket olämplig tid, i mitten av maj. Det visade sig också att det inte blev så mycket aktivitet, de flesta kretsar mäktade inte arrangera något. Vi har påtalat att maj är en dålig tid och nästa år kommer Psykologins Dag att vara placerad i oktober igen.

Med vänlig hälsning

Bengt Persson



## SOMMARKONFERENSEN 1996 - EN KULTURELL HÖJDPUNKT

Det började med en båtfärd i Fyrisån och Mälaren i strålande försommarväder. Vi pratade, fikade, solade, och fick en och annan sotflaga över oss. Det var allmänt trivsamt. Efter ett par timmar siktades ett fantastiskt slott vid Mälarens strand. Det slottet var målet för vår färd. Där skulle vi under tre dagar få avnjuta POMS' sommarkonferens 1996. Slottet hette Wiks slott och hade anor från medeltiden. Så småningom skulle vi få lära oss en hel del om detta slott och dess historia, mer eller mindre fantastiskt, och mer eller mindre sant. Dessutom var det egentligen inget slott utan ett tornhus, fick vi lära oss. Och det var troligen sant.

För att ta det hela i kronologisk ordning, så välkomnades vi med en lunch bestående av marulk och jätteräkor på spett. Lunchen serverades i undre delen av slottet, under djupa valv, och där skulle vi komma att inta ytterligare ett antal måltider av mycket hög klass. Vi var nu redo att ta oss några trappor upp för att vara med om konferensens inledning, och en intressant föreläsning av Björn Wrangsjö. (Beträffande konferensens innehåll har en särskild dokumentation utlovats) Konferenslokalen, som hette Riddarsalen, var unik, kantad av vapensköldar och blanka rustningar.

Efter lite uppackning och välbehövlig dusch på våra respektive rum, vankades middagen. Förrätten getost med honung och röda bönor var kanske för en och annan alltför intressant och ovanlig, medan kötträtten och fläderblomssorbeten nog var en njutning för alla. Och därefter följde kvällens andliga spis, i form av en skröna berättad av Sven-Inge Windahl. Vi lyssnade andäktigt till utläggningarna om Vanda, den okända systemen till en betydligt vackrare och mera känd dam, född och uppvuxen på slottet i en avlägsen medeltid. Vanda, fick vi lära oss, var en ful kvinna som männen inte intresserade sig för. Men Vanda intresserade sig mycket för männen. Hon förföljde dem både under sin levnad, och därefter, med de mest raffinerade metoder, som jag avstår att redogöra för i detalj. Och, sa Sven-Inge, det var nog inte alls omöjligt att hon fortfarande höll på. Det skulle väl i så fall visa sig dagen därpå, i form av stor trötthet hos de manliga konferensdeltagarna.

Påföljande morgon studerades följaktligen männen vid frukosten, men de befanns faktiskt rätt så pigga, så vi började väl lite smått ifrågasätta om Sven-Inge var så välinformerad om kvinnan Vanda. Vädret var strålande, och alla pauser tillbringades på slottstrappan eller däromkring. Under lunchen kunde man ta en promenad i de vackra omgivningarna och beskåda slottet ur olika vinklar.

Tisdagskvällen var en riktig höjdpunkt! Efter en välkomstdrink bänkade vi oss i Riddarsalen och fick träffa en kvinna som verkade ha vikt sitt liv åt Wiks slott och dess historia. Hon förde oss genom seklerna, och vi var verkligen där, i de

olika tidsåldrarna med dess olika slottsinnearbetsgivare. Sven-Inge hade valt att inte närvara denna kväll, och det var kanske klokt av honom. För nu avslöjades obarmhärtigt att det inte fanns, och aldrig funnits någon Vanda. Vi fördes nu med hjälp av vägvisare runt i slottets olika delar, även de understa med sina fängelsehålor, och vi trevade oss fram i mörka vindlande trappor. Medeltida musik följde oss vart vi gick. I fönsternischer och trappavsatser och på alla möjliga ställen stod musikanter och sångare i tidstrognade klädedräkter. Dessa skulle vi få höra mer av efter middagen, då en regelrätt konsert bjöds i Riddarsalen. Musikanterna var Ioculatores Upsaliensis, en grupp som spelar medeltida musik på medeltida instrument, och även sjunger därtill. Denna kväll var för mig en upplevelse som nästan fick mig att tappa andan. Och jag hade svårt att fatta att jag var på en POMS-konferens. Det var en kulturupplevelse av stora mått. Trots allt detta hade vi krafter kvar till den traditionella dansen, som varade till en bra stund efter midnatt.

Sedan var sista dagen inne, och vi fick fortsätta lyssna till Sheila Bichard, som vi stiftat bekantskap med redan på tisdagseftermiddagen. För att vänja oss vid det kommande vardagslivet fick vi denna dag äta en alldeles normal, men ändå mycket välsmakande lunch i folkhögskolans elevmatsal.

Årets POMS-konferens kommer säkert att bli historisk. Båtresan, den historiemättade miljön, den exklusiva maten, de perfekta arrangemangen, alltsammans gjorde att man kände sig maximalt rik och påfylld när man åkte därifrån. Och även om jag nu uppehållit mig mest vid de yttre ramarna kring konferensen, eftersom de var så enastående, så fanns ju även ett välkomponerat program som fyllde dagarna. Årets konferensarrangörer måste ha lagt ner ett jättearbete på denna konferens, ändå verkade de lugna och avspända och helt fria från stress.

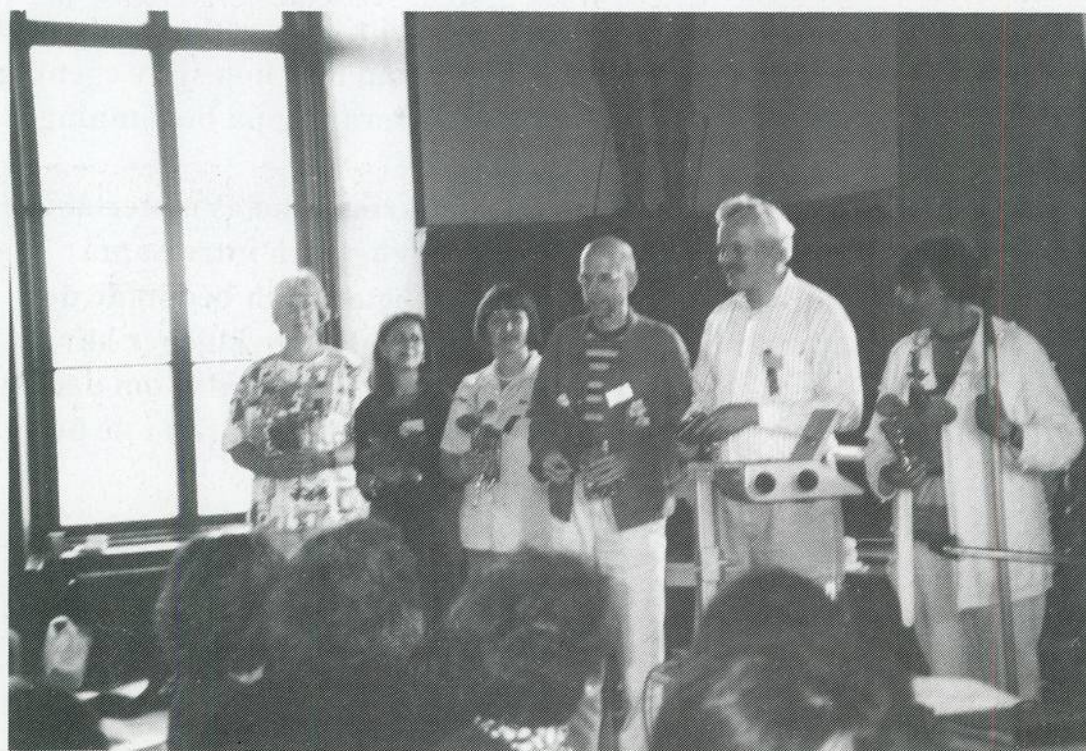
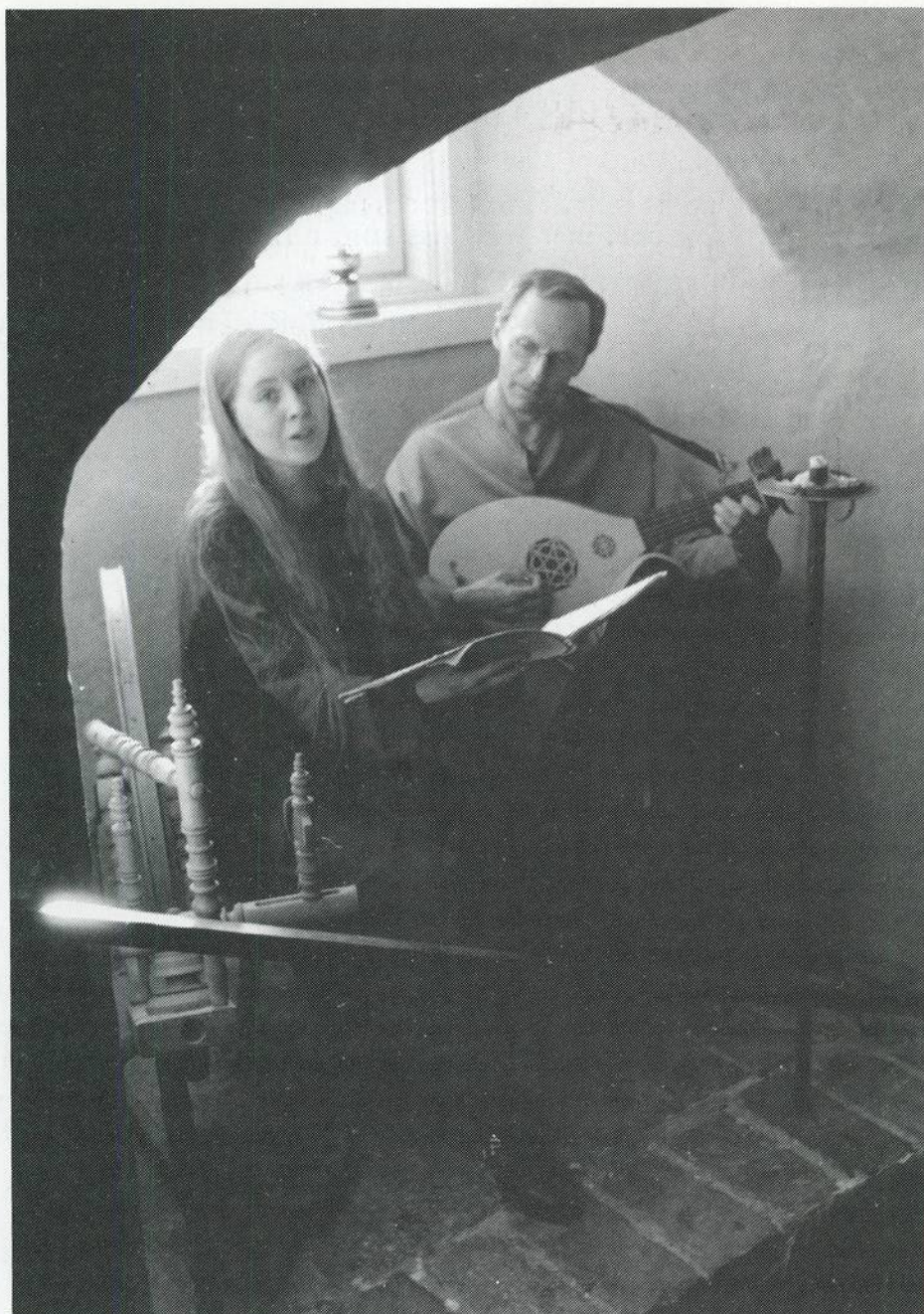
Å alla deltagande POMSares vägnar vill jag framföra ett jättestort TACK till arrangörerna! Ni gjorde årets konferens till en fantastisk upplevelse för oss som var där!

Gunnel Toft

Växjö







## SHEILA BICHARD

Sheila Bichard.... så kom hon då den lilla damen från Tavistock clinic. Förväntningarna var stora, främst från oss som någon gång kommit i kontakt med hennes kollega Valerie Sinason. Man satt och väntade på att svepas med i entusiasmens och nyfikenhetens vågor, den entusiasm man så väl behöver få sig till livs med tanke på det stundtals mycket tunga arbete vi har.

Den första eftermiddagen ägnade Sheila åt att, med hjälp av overhead, gå igenom allt från historiken kring dubbla diagnoser, till att berätta om de utvecklingsstördas specifika livsbetingelser. Poängen i det hela var att bedömning och diagnostisering försvåras av den oftast mångfacetterade problembilden. Det komplicerade arbetet i bedömnings-, och diagnostiseringsstadiet består i att skilja ut vad som är genetiskt-, fysiologiskt-, psykologiskt-, eller socialt betingat.

Som en konkretisering av ovanstående beskrev Sheila erfarenheter från testsituationer där det var rimligt att anta att testanden presterade lägre resultat än vad som motsvarade dess faktiska kognitiva förmåga. Hos dessa personer kunde man stundom spåra dåliga erfarenheter från skolmiljön, vilket medförde att testanden i testsituationen "levde upp" till de låga förväntningarna på prestation som introjicerats i den egna personen. Vidare talade Sheila om "dumheten" som ett försvar mot insikt om det egna handikappet och dess livsbetingelser.

Efter föreläsningen fick vi alla en stund för, att i smågrupper, diskutera våra upplevelser och fundera över frågor inför fortsättningen nästa dag. Dessa diskussioner gav vid handen att det fanns en besvikelse över att Scheilas material var för basalt och att hon gav för lite verkligt material till de rubriker hon avhandlade. Det väckte frågor om ifall hon själv egentligen arbetade med terapi, eller om hon hade specialiserat sig på bedömning, diagnosticering och utvärdering.

Värt att notera var, att de frågetecken vi hade kring Sheilas material och sätt att presentera detsamma, gav upphov till livliga och intressanta diskussioner i lilla gruppen om hur vi själva arbetade och bedömde den egna klientgruppen. Det är roligt att se hur mycket vi psykologer har att diskutera när vi sätter oss ner helt förutsättningslöst och talar om det som är viktigt i vårt arbete. Förhoppningsvis gjorde medlemmarna i de övriga smågrupperna samma erfarenhet.

Andra dagen med Sheila blev alltigenom mer positiv. Timmarna innehöll redovisning av en hel del kliniskt material, främst teckningar gjorda av patienter i individual-, och gruppterapi på Tavistock. Det framgick nu att Sheila i huvudsak arbetade med bedömning/diagnostisering, samt utvärdering av terapi. Det som verkade fånga publikens intresse var främst de serier av teckningar (House, Tree, Person Test) gjorda över flera år, som visade att patientens mentala ålder ökade efter terapi, även om de kognitiva förmågorna var relativt konstanta.

Tyvärr kunde Sheila inte närmare beskriva hur den terapeutiska processen i de enskilda fallen hade gestaltat sig, då hon själv inte var den behandlande terapeuten.

Den förväntade "inspirations-kicken" fick man aldrig, och kanske är det orättvist att jämföra, och ändå är det få som kan låta bli, så ej heller jag. Faktum kvarstår, att emedan Sheila Bichard lär ut det hon kan på ett strukturerat och pedagogiskt sätt, så personifierar Valerie Sinason sin kunskap och sitt engagemang på ett sätt som kommer inifrån.

Den största behållningen, var de tankar man fick om den relativt bistra terapeutiska verklighet Sheila beskrev, där kostnader för en terapi nogsamt måste vägas mot ett förmodat resultat.

- Kanske är det så att det hårda ekonomiska klimatet, i kombination med okunskapen om möjligheterna till utveckling för de utvecklingsstörda, utgör fundamentet till den mycket långdragna och noggranna bedömningsfas som föregår en terapi på Tavistock.

Det känns i dag främmande, i våra ögon, att tvingas prioritera så hårt bland hjälpsökande utvecklingsstörda. Det ligger dock inte långt bort, vid närmare eftertanke, att tro att detta kan bli en realitet även i Sverige. Det positiva man kan se i det är att vi och psykiatrin då mer eller mindre tvingas att samarbeta när det gäller den bedömning och diagnos som måste ligga till grund för en dylik prioritering. Men å andra sidan är det inget som säger att detta samarbete inte kan komma till stånd även på mer frivillig basis.

Test i kombination med samtal är, och kommer sannolikt att vara, det främsta redskapet för bedömning/diagnostisering, så Sheilas idé om en framtida workshop tål kanske att tänkas på. Nu är nog tid att lära sig mer om dessa instrument, innan någon annan yrkeskår gör det.....

Marianne Westholm  
Leg Psykolog  
Vuxenhabiliteringen MARIESTAD



Från de egna leden fick vi korta redogörelser för ett antal olika projekt, som pågår runt om i landet.

**KUP-projektet i Upsala** under ledning av Lars Kebbon startade för 1½ år sedan och arbetar med en grupp som hör hemma inom både psykiatri och omsorg.

Svante Granat, som är psykiater i projektet, pekade på några av de svårigheter som finns vid diagnostisering av utvecklingsstörda:

- Patienten själv har en artig yta och klarar inte att berätta om sina symtom.
- Personalen väljer kanske inte ut rätt information för en diagnostisering.
- Läkaren har oftast en felaktig förväntan och ser symtomen som en del av utvecklingsstörningen.

Frikostigheten med neuroleptika ansågs ha samband med god tillgång på läkare. Uppföljning av medicineringen är oftast dålig, och den utv.störde kan inte klaga på biverkningar. Personalens oro är också ofta anledning till att medicineringen får stå kvar.

**Carina Gustafsson**, psykolog i projektet, talade om "Dual diagnosis testen" Reiss Screen - en beteendeskattning och PIMRA (Psychopathology inventory for mentally retarded adults) - Checklista för personal vid intervju.

**Psykoterapiprojektet** vid Barnhab. i Upsala är ett 2-årigt LSS-projekt som består av

\* Inventering - en enkät till psykologerna.

Av 105 utredningar av emotionella problem ledde 81% till terapi.

\*Utvärdering - barn-och föräldraintervju av barn behandlade hos psykolog mer än ett år.

\* Fallbeskrivning

\* Publikationer och Utbildning

Rapport kommer!

**Boel Ekdahl och Sylvia Milcherts** undersökning har presenterats i nr 4/95 av POMS-bladet.

Låt mig bara citera Boel Ekdahls uttalande om sommarkonferensen: "Både vackert för själen och stimulerande för tanken".

**Margareta Färnstrand** redogjorde för ett två-årigt projekt i Mölndal kring en psykiatrisk öppenvårdsenhet för personer med förståndshandikapp och psykiska störningar.

Projektet omfattar bl.a. stödjande verksamhet till personal och anhöriga, utbildning, handledning samt information till olika avdelningar på sjukhuset kring hur man bemöter personer med förståndshandikapp. I projektet ingår

½ psykiater, 1 psykolog, 1 sjuksköterska samt tillgång till kurator.

Problemet är nu hur man skall få det till att bli en permanent verksamhet efter projekttidens slut.

**I Lund** pågår sedan augusti 1994 ett samverkansprojekt kring psykoterapi med vuxna utvecklingsstörda personer.

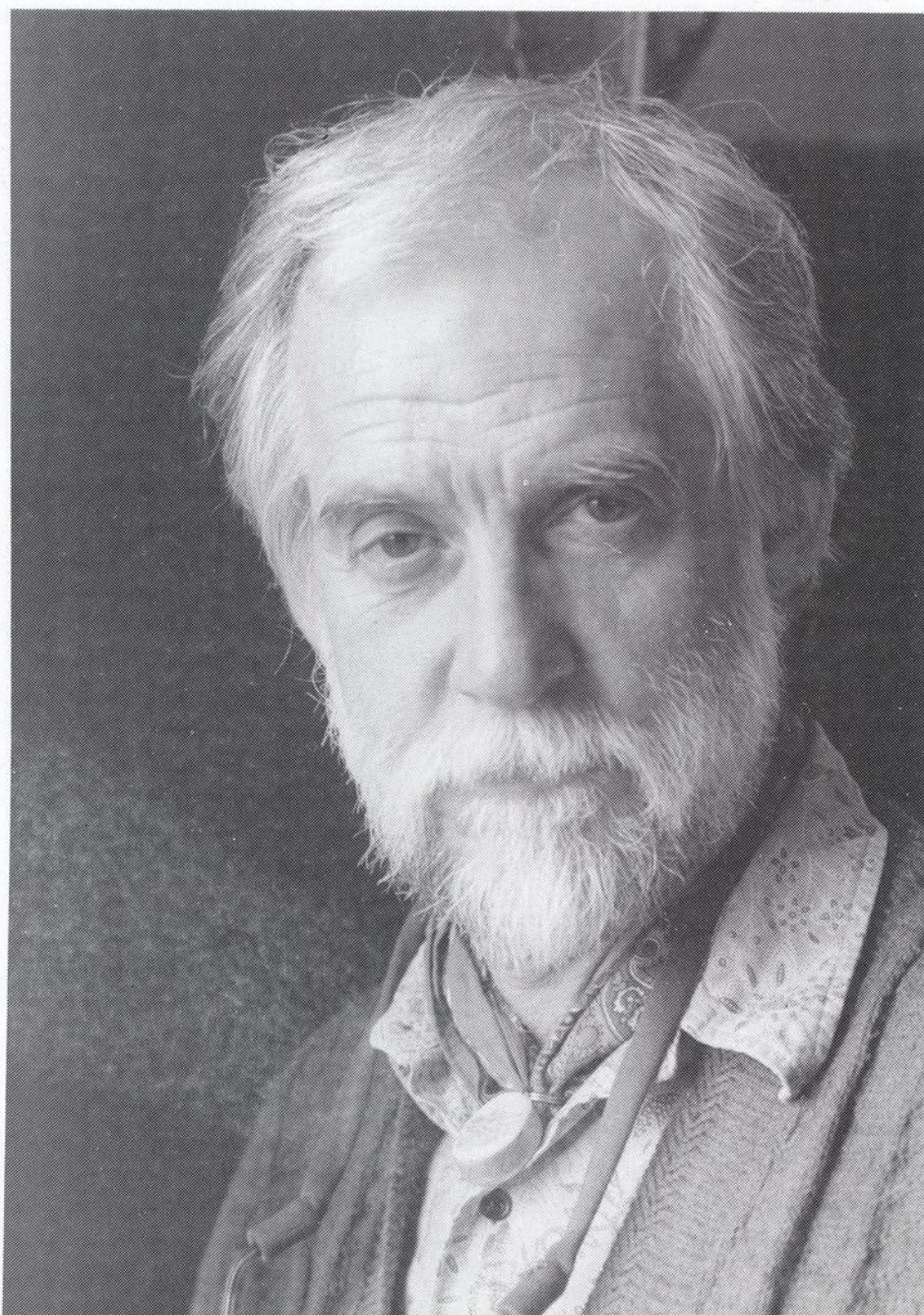
Projektet har flera syften, bl.a. ett förbättrat samarbete mellan Psykiatriska kliniken och Omsorgs- och Habiliteringsverksamheten samt ökad kunskap om psykoterapi för personer med utvecklingsstörning.

Sju vuxna utvecklingsstörda personer har påbörjat psykoanalytisk psykoterapi, en gång i veckan. Alla klienterna har testats med WAIS-R, DMT, PORT och några har DSM IV intervjuats för diagnos. Efter 1½ år kommer de att testas igen och huvudhypotesen är att sekundära handikapp kommer att minska efter psykoterapin.

Projektet är sammankopplat med ett liknande projekt vid St George's Hospital i London. Fortlöpande dokumentation baserat på fallstudier kommer att ske och sän slutdokumentation beräknas vara klar 1998/1999.

Björn Wrangsjö - psykiater från Stockholms läns landsting sammanfattade inledningsvis de, som han kallade olika "hyddor" dvs. ideologier och system, som under årens lopp på olika sätt beskrivit personlighetens utveckling- Driftpsykologi, Jagutveckling, Objektrelationer och Självpsykologi.

Den redogörelse han sedan gav för de utvecklingslinjer Stern, genom att observera samspelet mellan det späda barnet och omgivningen, kommit fram till, kommer att refereras utförligare i den konferensrapport arrangörerna lovat komma med.



## INFORMATION FRÅN POMS' TESTGRUPP

Vid sommarkonferensen i Uppsala i juni presenterade testgruppen sitt förslag till basbatteri för omsorgspsykologer. "Basbatteri" ska i det här sammanhanget förstås som de instrument varje omsorgspsykolog behöver ha tillgång till för att kunna utföra testningar i vanligt förekommande situationer. I detta första skede talar vi bara om test för begåvningsbedömning. Basbatteriet är baserat på de test som finns att tillgå idag, t ex är ju WISC-III ännu inte normerat och finns därför inte med. Slutligen är tanken även att med förslaget uppmuntra till reaktioner från omsorgspsykologer, som sedan kan medföra kompletteringar eller förändringar i förslaget. Hör alltså gärna av er till någon av oss i testgruppen.

### **Basbatteri för vuxna:**

#### **Normalbatteri:**

WISC II (endast barnnormer finns, men ger mycket information)  
 SRB 1-2-3 (snabbadministrerat, normer finns, del 2 och 3 perceptionsstörningskänsligt)  
 Raven Coloured (inga tidsgränser, normer finns, men perceptionsstörningskänsligt)  
 Bender (eller Benton) (för snabb kontroll av perceptionsstörningar)

#### **Vid perceptionsstörningar:**

WISC II (utom Blockmönster, Labyrinter och Kodning)  
 SPIQ (passivt ordförråd samt begreppsnivå i viss mån; peksvar)  
 Ev även Columbia (CMMS) (begreppsbildningsförmåga, peksvar)  
 (Använd ej SRB, Raven.)

#### **Vid motoriska störningar:**

WISC II (verbal del)  
 Ev även verbala items ur Terman-Merrill  
 MVPT (motorfri kontroll av perceptionsstörningar)  
 Raven Coloured (om ej perceptionsstörningar)  
 CMMS (om perceptionsstörningar)

#### **Vid motoriska störningar + talhinder:**

SPIQ  
 MVPT  
 Raven Coloured (om ej perceptionsstörningar)  
 CMMS (om perceptionsstörningar finns)

#### **Vid hörselskada; språkstörning; främmande språk:**

Raven Coloured  
 Leiter (självinstruerande)  
 Bender (eller Benton)  
 (ev även Snijder-Oomen Non-Verbal Intelligence Test)

**Vid synskada:**

WISC II (verbal del)

Terman-Merrill verbala items

**Kommentarer:**

För gruppen vuxna innehåller förslaget framförallt test som lämpar sig för nivåbestämning inom området lindrig utvecklingsstörning. Det är huvudsakligen inom det området som en enkel nivåbestämning efterfrågas eller är befogad. En del av de listade testen kan även användas vid måttlig utvecklingsstörning. Lämpliga metoder för att testa eller bedöma begåvning på lägre nivåer är ett kapitel för sig, som vi inom testgruppen har anledning att återkomma till. Likaså är testning för att identifiera en persons starka och svaga sidor, t ex som underlag för utformning av viss verksamhet, en mer komplicerad fråga, som oftast kräver någon form av "skräddarsytt" batteri av deltest.

WAIS-R har grovt missvisande svenska normer i området IQ <75 och är därför inte användbart för nivåbestämning. WAIS-R:s amerikanska normer ger ett bättre "närmevärde" om man ändå vill använda WAIS-R. WISC II/III ger högre "lyckandefrekvens" än WAIS-R för begåvningshämmande och är därför att föredra. I avvaktan på normering av WISC III, använd hellre WISC II. Observera då den normförskjutning för WISC II som anges i manualen till WISC III; hela skalan har förskjutits ett stanine-steg (för att få stanine 5 krävs den råpoäng som tidigare gav stanine 6 osv). POMS verkar för en normering av WISC III även för utvecklingsstörda vuxna.

Ravens normer för svagbegåvade är gamla och borde aktualiseras. Dessa normer finns i den upplaga av manualen som utgavs 1977, däremot ej i den senaste upplagan från 1990. Raven finns i en äldre version med konkreta pusselbitar ("board form"), vilket skulle kunna vara till nytta på lägre begåvningsnivåer.

CMMS säljs inte längre av Psykologiförlaget. Möjligen kan vi påverka Psykologiförlaget att ta in den i katalogen igen, alternativt finna andra importörer.

Normer för Bender finns dels i "The Bender Gestalt Test for Young Children. Vol II" av Elizabeth Koppitz (normer för barn, ger utvecklingsålder), dels i "Bender Gestalt Screening for Brain Dysfunction" av Patricia Lacks (gränsvärdesnormer för vuxenhjärnskadade).

**Basbatteri för barn och ungdomar:****GRIFFITHS**

Denna utvecklingsskala fungerar bäst på barn *utan rörelsehinder och talproblem*, men där man misstänker psykisk utvecklingsförsening. Man kan med detta instrument upptäcka många specifika svårigheter hos ett barn, som perceptionssvårigheter, brister i



samordning mellan olika sinnen, språkliga problem. Däremot får man egentligen inget mått på allmän begåvning.

### **WPPSI-R**

Testet som helhet bygger på att barnen ej har specifika svårigheter med tal, perception eller finmotorik. I annat fall blir det dessa svårigheter som upptäcks, i stället för att man får ett mått på den s k begåvningen. Testet är användbart på förskolebarn och barn på grundsärskolans lägre stadier.

Verbala delen kan användas om barnet *enbart har ett rörelsehinder*, och i övrigt är talande, eller har ett välfungerande alternativt kommunikationssätt. Performancedelen kan användas om det *enbart föreligger språkliga problem eller hörselskada*. Vid *perceptionsstörning* fungerar Bildkomplettering och Djurhuset bäst. Normerna för Bildkomplettering är något för "snälla".

### **WISC-III**

Testet har *samma egenskaper som WPPSI-R*, men används för barn och ungdomar på högre nivåer, d v s grundskola, grundsärskolans högre stadier och gymnasiesärskolan. Vid *perceptionsstörning* fungerar deltesten Bildkomplettering och Bildarrangemang bäst, av deltesten i performedelen.

### **RAVENS FÄRGADE MATRISER**

*Kräver ej talat språk*. Känsligt för syn- och perceptionsstörningar. Kräver någon form av pekning.

### **LEITER**

*Kräver ej talat språk*. Kräver god syn och viss finmotorisk förmåga.

### **COLUMBIA MENTAL MATURITY SCALE**

*Kräver ej talat språk*. Kräver viss pekförmåga. Kräver även god uthållighet. Kan ej användas vid gravare synstörning.

### **SPIQ**

*Kräver ej talat språk*. Kräver viss förmåga att peka. Kan ej användas vid gravare synstörning. Om grav hörselstörning föreligger krävs i stället läsförmåga eller liknande.

### **REYNELL-ZINKIN SCALES** (engelskt test som bl a används av Ekeskolan)

Avsett för *blinda och gravt synskadade barn på tidig utvecklingsnivå*. Kräver viss finmotorisk förmåga. Är en utvecklingsskala, mer än ett egentligt begåvningstest.

### **PEP**

Utvecklingsskala. Mest användbar *som grund för vidare träning och stimulans*. Ej användbart vid grava rörelsehinder, syn- eller hörselskador.

### **Kommentarer:**

Det saknas begåvningstest för barn och ungdomar med svåra *rörelsehinder och kommunikationshinder*. En del av de test som finns, t ex Leiter, Columbia, Raven och

Spiq, borde gå att *anpassa för dator*, och skulle då kunna fungera bättre för dessa grupper. Begåvningsstest för barn med både *gravt rörelsehinder, kommunikationshinder och synskada* tycks överhuvud taget inte finnas. Här finns stort behov av *nykonstruktion* eller rejäl anpassning av befintliga test. Det finns också behov av *normer* som diskriminerar bättre på de lägre nivåerna av WPPSI-R och WISC.

För gruppen lindrigt utvecklingsstörda tonåringar, gäller samma förslag som för vuxna.

### Övriga arbetsuppgifter för testgruppen:

Uppdraget till arbetsgruppen för test och testanvändning är bredare än frågan om ett basbatteri för omsorgsändamål. Under diskussioner inom testgruppen har vi hittills listat följande angelägna frågor att arbeta med:

- Basbatteri för utvecklingsstörda barn och vuxna - inklusive alternativtest vid olika tilläggshandikapp.
- Normering av test för gruppen utvecklingsstörda, i första hand WISC-III, ev även WPPSI-R, samt Raven Coloured.
- Neuropsykologiska test.
- Projektiva test.
- Testning av gravt utvecklingsstörda.
- Testning vid autismutredning.
- Testanvändningsfrågor:
  - etik
  - testar vi för mycket eller för lite?
  - utformning av testutlåtande
  - ansvaret för testresultatens användning/användbarhet
  - personkretsbedömningar - andra kriterier än psykometriska?
  - samverkan med andra yrkesgrupper som testar

Under den korta diskussion vi hann med på POMS-konferensen, samt i form av andra skriftliga och muntliga responser, har följande synpunkter kommit fram:

- Det finns anledning att vara kritisk mot andra yrkesgruppers ( t ex arbetsterapeuter) sätt att använda testitem som ryckts loss ur psykologiska test.
- Är perceptionsstörning en aspekt av ett begåvningshandikapp eller ett särskilt funktionshinder?
- Observera att PEP-testet inte har någon vetenskaplig validitet i vedertagen bemärkelse.
- Vid PEP-testning bör psykolog medverka för att säkerställa rätt nivå på tolkningen av resultatet.
- Önskvärt med datoriserade versioner av performance-test, t ex Raven och Leiter.
- Griffith är fullt användbart som begåvningsstest för barn på lägre nivåer och har ibland klara fördelar framför t ex WPPSI.
- Betabatteriet är ett användbart instrument för bedömning av måttligt eller gravt utvecklingsstörda vuxna, ev i kombination med Leiter. Kan behöva uppdateras något.

- Nu har vi börjat använda WAIS-R för vuxna utvecklingsstörda, varför inte jobba för förbättrade normer för det snarare än för WISC-III?
- Stor försiktighet är nödvändig om man använder normer för barn vid bedömning av utvecklingsstörda vuxna - vad är det egentligen man mäter då?

### WISC-III-normering

I augusti hade testgruppen ett första möte med Karin Sonnander, Kjerstin Hemmingsson och Lars Kebbon vid Centrum för handikappforskning i Uppsala. Karin Sonnander och Kjerstin Hemmingsson arbetar med den svenska normeringen av WISC-III (för normalbegåvade barn), vilken pågår och skall slutföras under 1997. Lars Kebbon verkar nu i den nybildade Stiftelsen för tillämpad psykologi, som bl a har till uppgift att främja testutveckling.

I den preliminära planeringen ingår att söka medel för ett särskilt projekt där WISC-III normeras för en grupp vuxna utvecklingsstörda i åldrarna 16-60 år. Projektledare skulle bli Karin Sonnander och Kjerstin Hemmingsson och arbetet skulle kunna inledas i början av 1998. Projektet förutsätter att ett större antal omsorgspsykologer åtar sig att genomföra några normeringstestningar var. Intresserade kan vända sig till oss i testgruppen redan nu. Vi tror att omsorgspsykologer känner behovet av moderniserade testmaterial för våra klientgruppen så starkt att man är beredd att göra en mindre arbetsinsats nu, som sen kommer att betala sig under många år framöver.

För att förbereda normeringsarbetet är vi intresserade av att få ta del av utförda WISC-III-testningar med vuxna utvecklingsstörda i olika åldrar och på olika begåvningsnivåer, givetvis i oidentifierad form. Kontakta oss i testgruppen om du gör eller har gjort någon sådan testning.

Avsikten är att, på liknande sätt som med WISC-III, få normerat WPPSI-R för en grupp utvecklingsstörda barn i förskoleålder och tidig skolålder. Vi återkommer med mer information om detta efter kontakter med den grupp i Lund som arbetar med den svenska normeringen av WPPSI-R. Förhoppningen är att projektet med WPPSI-R ska kunna löpa parallellt med WISC-III-projektet, d v s med start om drygt ett år.

I förlängningen är det fullt möjligt att därefter genomföra en normering av t ex Raven Coloured för utvecklingsstörda ungdomar och vuxna. Vad gäller WAIS-R avvaktar vi tills vidare. Inom Stiftelsen för tillämpad psykologi diskuteras bl a att göra en ny och större normering av WAIS-R för hela populationen, vilket kunde medföra bättre normer även för våra grupper.

Sammanfattningsvis ser det för närvarande ljust ut vad gäller möjligheterna att få genomfört en uppdatering av normerna för åtminstone några test med breda användningsområden inom omsorg och habilitering.

För testgruppen/Peter Söderstrand

### Föredrag från Klinikernas Studiedagar 2-3 Oktober, 1995

I pomsbladet, för några nummer sedan, lovade jag att skriva mer från SKPF-s studiedagar hösten 1995: "Kan man lita på psykologer?" Av olika orsaker har detta fördröjts och en del blivit inaktuellt. Dock känner jag att jag måste redogöra för Margareta Berggrens inlägg: "Psykologer i Media."

Margareta Berggren gav ett mycket personligt bidrag med mycket humor och skratt, många personliga tankar och många pekpinnar, som kändes ända in i märgen, men ändå inte tryckte ner oss i skorna utan mer gav oss känslan av att få lite "eld i baken."

Margareta inledde med att konstatera att det är självklart att vi psykologer skall använda oss av media för att kunna påverka och föra ut vår kunskap. Däremot skall det inte vara självklart med motsatt förhållande, att media skall använda sig av oss.

Margaretas inlägg bestod av 3 delar:

- 1) Hennes egna personliga synpunkter och egna vägval.
- 2) Riskerna med att arbeta i det offentliga.
- 3) Varför är vi psykologer så tysta?

Första delen var starkt personligt präglad, och Margareta redogjorde här för bakgrunden för sina egna vägval. Hennes första kontakt med massmedia var när hon 1982 startade sitt radioprogram: "Dialog". Hon har dessutom varit aktiv i flera TV-program, bl.a. i redaktionen till "Bullen" i 8 år. Hon har samlat på sig både positiva och negativa erfarenheter. Att gå in i det "offentliga rummet" var från Margaretas sida ett mycket aktivt och medvetet val; att hon ville vara med och påverka.

Tidigt i sin yrkesbana arbetade Margareta med tonåringar. Dessa konfronterade henne ofta och tvingade henne att konfrontera sig med sig själv. De ställde livsfrågor som: "Vem är du?", "Vad står du för?", "Varför skall man leva?" Tonåringarna krävde att få svar, ärliga svar. Margareta märkte att hon inte hade några svar, inget förhållningssätt hon kunde hänga upp sina tankegångar på. Varken utbildning, handledning eller uppfostran hjälpte henne. Hon kände att hon saknade tankar och blev inte hjälpt varken av filosofiska eller religiösa infallsvinklar.

Margareta är som så många i vår yrkeskår född på 40-talet, växte upp på 50-talet och utbildade sig på 60-talet. Många nidsbilder på psykologer fanns under denna tid. Sökandet efter existensen saknades i hennes liv. Det fanns inget förhållningssätt som hon kunde hänga upp sitt arbete och sina tankar på. Psykologerna hade kanske övertagit prästernas roll men bara i ett snävt perspektiv. De ägnade sig åt individens utveckling men glömde samhällsfrågorna. Psykologerna satt visserligen inne med kunskapen om att vi lever i flera nivåer men gjorde ingenting åt det.

Margareta ville ta del i de andra nivåerna. Hon ville föra ut de humanistiska frågorna och såg till att kunna göra detta. Dialogprogrammen var ett aktivt val från Margaretas sida att se till att hon befinner sig på en nivå där hon kan påverka och föra ut de kunskaper hon vet att hon har.

Historiskt sett ser Margareta en annan utveckling. Hon talar om ett triangeldrama : Ekonomisk tillväxt -- produktivitetsutveckling -- och individens utveckling.

I detta triangeldrama ser Margareta att människan hela tiden förlorat. Ekonomer och teknologer har hela tiden fått allt starkare röster, medan psykologer och andra som arbetar med människor fått allt svagare och svagare röster. Periodvis är de knappt hörbara.

Margareta arbetar efter tre nyckelmeningar:

\*Humanistiska kunskaper är viktiga

\*Det är viktigt att öka det kollektiva medvetandet om dessa frågor och

\* Det är nödvändigt att vi som yrkespersoner delar med oss av våra kunskaper, erfarenheter och känslor.

Hon tycker det är viktigt att psykologer arbetar både på individnivå, gruppnivå och samhällsnivå och känner att hon fått mycket hjälp av teorin bakom den systemteoretiska familjeterapin.

Hon var ju tränad i att arbeta med en individ i ett rum och därför föddes tanken till Dialogprogrammen med ett samtal mellan två personer i radio. Tonåringarna berättade sin historia, Margareta lyssnade och delade med sig av sina erfarenheter, och radiolyssnarna kunde känna igen sig och känna att de inte var ensamma med sina tankar och problem.

Margareta nämner sedan den normlöshet som verkar ha ökat i samhället kanske beroende på medias vinklingar och den våldsdebatt som förekommer i media . Journalister, kändisar och alla möjliga "tyckare" uttalar sig , medan psykologerna håller sig tysta. Det är så lätt att göra olika samhällsföreteelser till en individdebatt. Man skyller t.ex. på frånvarande pappor, stora barngrupper eller någon annan enskild orsak. Psykologer vet att förklaringarna inte är så enkla och entydiga som det låter. Vi tar dock inte ansvar för denna medvetenhet. Eftersom vi låter oss bli så lite hörda godtar vi dessa enkla orsakssammanhang som sanningar.

## 2) Vad är då riskerna med att vi som psykologer går ut i den offentliga debatten?

Margareta såg som psykolog många risker med Dialogprogrammet. Hon insåg att hon kunde utsätta både tonåringen och sig själv för faror. Dessa faror ser sällan journalister. Journalistens syfte är också ett annat än psykologens. Även de etiska reglerna skiljer sig oftast.

Det är viktigt att man som psykolog aldrig ger upp sitt syfte eller ger avkall på de etiska reglerna man som yrkesman har. Massmedia har en möjlighet att förföra och har stor makt. Massmedia söker ofta enkla samband och enkla svar. De letar efter snabba åtgärdsprogram. De vill beröra, men inte så mycket, vilket vi ju ser i en uppsjö av debattprogram.

Det är dock viktigt att vi som psykologer tar ansvar för de kunskaper och den medvetenhet vi har både professionellt och medmänskligt. Vi skall enligt Margaretas synsätt inte bara sitta snålt på våra kunskaper. Vi måste värna för att de förs ut. Vi skall bl. a. använda oss av media för att kunna påverka och föra ut våra kunskaper, men akta oss för att låta journalisterna använda sig av oss.

### 3) Varför är vi psykologer så tysta i debatten?

Margareta ställde en rad raka och nog så tankeväckande frågor.

\* Blir vi inte tillfrågade? Hur bidrar vi i så fall själva till detta? Är vi alldeles osynliga? Tror vi så lite på våra kunskaper att vi gör oss alldeles osynliga?

\* Skrämmar massmedia oss? Är vi för fina för massmedia? Tycker vi att journalister är klåpare? Måste verkligen jag (och vågar jag) ta ställning och sticka ut näsan? Vill jag verka - men inte synas?

\* Är vi rädda för varandra? Margareta kommenterade att hon fick många lovord för sina Dialogprogram från många olika håll, men inte ett enda från någon psykolog! Är vi rädda att göra bort oss? Tomrummet runt omkring kan då kännas förödande, som att vi verkligen gjort bort oss. Är vi rädda för kritik? Är vi för berörda? Är vi rädda att bli klientifierade? Man bör titta på vad denna eventuella rädsla handlar om och undersöka om den är befogad eller inte.

\* Ägnar vi så mycket kraft åt inåtriktad verksamhet att vi inte har kraft och energi att titta utåt? Föreligger parallellprocesser? Gör vi kanske t.o.m. allt för att värna om terapimystiken?

Det är enligt Margareta viktigt hur vi definierar mötet i det terapeutiska rummet. Eventuellt låser vi inte bara in oss i det terapeutiska rummet utan även i mötet med människor genom terapeutiska regler etc. Var och en måste utifrån sin egen personlighet göra något på någon nivå. Det är minst lika viktigt att stötta någon kollega som vågat sticka ut hakan som att göra det själv.

Vi måste bekräfta varandra, stödja varandra, värna om varandra. Även psykologer behöver uppbackning. Vi har som psykologer en stor kunskap och en mycket viktig uppgift att sprida denna kunskap. Tillsammans kan vi göra detta.

Varför är psykologer i så liten utsträckning med vid samhällsplanering och samhällsdebatt? Varför har ekonomer och teknologer fått så stor roll på bekostnad av vår yrkeskår som ändå kan så mycket om människor enskilt, i grupp och i miljö? Kan det bero på att vi är som prinsessor på ärten och bara sitter och väntar på remisser istället för att sticka ut hakan och kanske ta initiativ till debatt. Massmedia och särskilt radio och TV har ju en enorm genomslagskraft, och det gäller att vi utnyttjar oss av dessa för att kunna påverka. Hur ställer vi oss om någon vill göra en intervju med oss? Säger vi kanske nej för att vi tycker att 2 minuter är för kort tid för att få fram det viktiga? Måste allt vara så genomtänkt och perfekt att vi kanske inte säger någonting istället? Har vi för stort kontrolleringsbehov, vågar inte säga eller skriva något om det inte är alldeles perfekt?

Margareta avslutade sitt anförande med att säga att vi som grupp måste marknadsföra oss, så att vi blir självklara diskussionspartners i all samhällsdebatt och planering. Vi måste börja bekräfta varandra, så att vi tillsammans kan bli starka. En sammanfattning kom i orden: Stöd - näring - uppbackning - påverkansmöjlighet.

Trots att Margareta hade så många pekpinningar i sitt anförande kändes det hela tiden hoppfullt. Hon spred en känsla av att ingenting är för sent, ingenting är omöjligt, ingenting är för obetydligt för att berättas. Jag kände mig som åhörare inte nedtryckt i skorna utan fick en kick att nu skall jag minsann ut och påverka och sprida viktig kunskap.

Kanske det är därför jag efter 22 års medlemskap i POMS för första gången vågat, eller kanske snarare kommit mig för att skriva i Poms-bladet, och t.o.m. i 2 nummer samma år. Kanske är det därför jag vågade tacka ja till en plats i Poms styrelse.....

Trots att anförandet gav många igenkännande tankar i mig hoppas jag, eller är egentligen ganska övertygad om att vi inom Poms har "högre till tak" än många andra psykologgrupper. (Stack jag ut hakan för mycket nu?) Frågan är om vi inte skulle kunna höja taket ytterligare. För att citera Margareta Berggren som i sin tur citerade Clarence Crafoord: "Varje människa är en berättelse och den skall berättas".

Varje föredrag vi hört, varje tanke vi får i vårt arbete kanske är något som andra Pomsare skulle ha nytta av eller till och med kunna vidareutveckla. Tankarna behöver inte vara färdiga eller perfekta. I stället kan vi stödja varandra, så att vi tillsammans kan ta ansvar för vårt kunnande om de handikappade och tillsammans kunna sprida detta kunnande och kunna påverka deras situation. Varför inte föra en levande dialog i Pomsbladet.

*Elisabeth BN.*

Elisabeth Bjernevall-Nygren  
Stockholm

*tel. 08/690 60 29*



## MÖT ANDRA - MÖT DIG SJÄLV

Så löd rubriken på skolpsykologernas riksstudiedagar 22 - 24 Maj 1996 som ägde rum i ett ljuvligt vackert Tällberg.

Föreläsare var Ulla Holm vars föreläsningstitel var "Psykologiska strategier i professionellt arbete. Sverker Belins gick under temat "Parallellprocesser i skolans värld".

ULLA HOLM, fil dr, leg psykoterapeut och handledare arbetar som forskare omkring temat professionella hjälpare och deras relationer. Hon är även författare till böckerna Empati (1987) och Det räcker inte med att vara snäll (1995). Hon handleder även läkare som handleder läkarstuderande. Hon är även med och gör urvalet till läkarutbildning. (De som kom in på 2,8 och 2,9 i betyg har klarat sig utmärkt enl henne).

Ulla Holm beskriver två viktiga principer i professionellt arbete.

1. En serie etiska principer vilket är lika med professionellt förhållningssätt.
2. Att vara till hjälp och att förstå. Detta är i sin tur en del av empati.

Vad karaktäriserar professionella hjälpare som har ett bra förhållningssätt? Hur kommer det sig att vissa utvecklar ett prof.förhållningssätt och att andra aldrig gör det?

Vilka olika mönster utvecklas inom olika yrkesgrupper inom olika kulturer.

Ulla har gjort en studie på 40 läkare med frågeställningen: Hur gör läkare för att ta sig igenom en arbetsdag? I sin studie som hon refererade till följde hon varje läkare i två dagar.

-Varför hände det som hände? och Varför gjorde du som du gjorde?

Det professionella arbetssättet innebär att vägledas av det som på kort och lång sikt gagnar elevens/patientens legitima behov inte av de egna behoven.

Det finns två krav som är viktiga i det professionella förhållningssättet.

1. Att acceptera att relationen inte är jämlik och ömsesidig.
2. Att vara medveten om de egna känslorna och behoven.

Det som ofta är ett icke professionellt förhållningssätt präglas av

1. Kraftigt kontrollbehov
2. Prestige behov
3. Brist på empati
4. Brist på förmågan att prata
5. Tar över ansvar

Vad var kärnan hos de professionella?

1. Förmågan att reflektera över sig själv.
2. Självkännedom (vad man tar till för försvar)
3. Empati (men det räcker inte enbart för ett prof.förh.sätt.)

Det uppstod en kortare diskussion mellan de åhörare som företräder det konsultativa arbetssättet inom skolan och Ulla Holm då en av hörnstenarna i det konsultativa arbetssättet är att relationen är jämlik mellan konsult och konsultand. Ulla Holm vidhöll att den relationen aldrig kan vara jämlik i ett professionellt arbete. Hon kontrade med motfrågorna -Vem är till för vem? Och om relationen var jämlik borde utbytet vara lika. Båda ta lika mycket utrymme etc.

Några andra punkter som hon berörde när det gäller strävan mot ett prof.förh.sättvar bla

Stanna upp. Det är aldrig så bråttom att man inte hinner tänka. Det är också preventivt mot utbrändhet.

Göra saker genast t ex diktera. Emergency-stämning. Ett gammalt arv inom vården som vi psykologer har för lite av. Som grupp skjuter vi ofta upp.



Vara beslutsam Ikläda sig en mental beredskap att fatta beslut. Ingen annan tar det här ansvaret. Du måste leda det här framåt. Koncentration, närvaro och avskärmning.

Söka stimulans

Målmedvetenhet

Blir man lättare utbränd om man är empatisk? Undersökningar visar på motsatsen. Fem andra punkter att ha i åtanke

1. Reagerar/agerar ut motöverföringar
2. Agerar ut motöverföringar indirekt. Kamoflerar.
3. När man svarar på det intellektuella budskapet.
4. När man indirekt berör det känslomässiga budskapet.
5. När man berör det känslomässiga budskapet direkt.

Slutligen förmedlade hon att det alltid är bäst att man signalerar att man uppfattat det känslomässiga budskapet.

SVERKER BELIN

Leg psykolog/psykoterapeut och handledare. Författare till böckerna "Schizofreni-behandling (1987) och Vansinnets makt (1994).

Sverker Belin bjöd på en resa i parallellprocessernas värld där han på ett generöst sätt bjöd på sina egna personliga upplevelser och tillkorta-kommanden.

Han beskrev åren som ung mentalskötare inom psykiatrin, de förhållningssätt som gällde då och där, och hur han nu arbetar som handledare inom vården. Allt illustrerat med många fallbeskrivningar. Den röda tråden var "Vad förs över i mötet med en annan människa och då speciellt från en person i psykisk obalans?"

Han beskrev hur han ingick i en personalgrupp där man arbetade med tung psykiatrisk problematik och hamnade i parallellprocesser som blev mycket tydliga i efterhand. T ex att personalgruppen ofta var rädd att deras avdelning skulle läggas ner (förintelse ångest). Dålig tillit till landstinget. Det kunde även ta sig grandiosa uttryck. T ex bäst i Sverige-världen på schizofreni behandling etc.

"I en sjuk grupp är det de mest paranoidea som blir tongivande".

Vad är det för processer som startar i oss behandlare? Vad händer efter tio års slit? Utvecklas narcissistiska försvar? Man måste tåla normalt ifrågasättande.

Det är nödvändigt med ett känslomässigt överbelastningsskydd för att orka in i världen och för att klara frustrationer.

Barn som inte har något yttre överbelastningsskydd måste hantera för starka känslor själv. T ex 4-åringen som tror att det finns en tiger under sängen. Om föräldern inte fungerar adekvat utan istället ringer polisen etc blir den känslomässiga överbelastningen för stor.

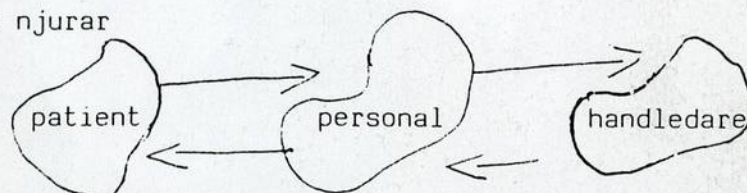
"Emotioner som inte hittar någon boning ageras ut tills man blir medveten om dem".

Budskapet genom hela föreläsningen var: Vad känner jag inför honom/henne? Vad dominerar jag av för känslor?

När en föreläsare integrerat teori och praktik med sin person så känns saker så enkelt och självklart. Så blev det t ex när han beskrev

PSYKO-DIALYS

Tänk dig tre njurar



Processen beskriver "hur man avgiftar känslor".

Andra klokheter var "När det goda beroendet börjar kommer avstötningen igång".  
"En patient behöver mitt omedvetna för att få sitt buret ett tag".

Han gick även in en del på olika begrepp och förvirring som ibland uppstår.  
T ex förr pratade man ofta om motöverföring men numera om projektiv identitet.  
Projektiv identitet (Klein) "Konkreta saker som man gör sig av med".  
Jag tar in, legerar och patienten kan identifiera sig med mig.  
Den som vill bli av med något börjar söndra detta. Och den som får projektioner på sig kan ibland få svårt att se klart. Det kan skapas ett stresstillstånd.

Det är viktigt att öva in reflexionsmoment. Hur känns det i kroppen? Om vi känner något så har det med patienten att göra. Blir man hunsad av sina överordnade så hunsar man ofta sina klienter.

Omedveten identifikation (myntat av några amerikanska analytiker).  
Den omedvetna identifikationen visar sig när terapeuten börjar bekämpa egna onda objekter.  
Vi börjar att visa samma försvarsbeteende som patienten gentemot arbetskamrater och organisation etc.

Patientens familjemönster bärs omedvetet och gestaltas av de vårdande och behandlande personerna.

Det är ofta viktigt med fler-generations-anamnes för att om möjligt få svar på vad har man misslyckats med att härbärgera för teman? Människor som måste begrava sina trauman får märkliga symptom.

Sverker Belin avslutade skolpsykologdagarna. Själv reste jag hem till Falun för att fira Pingst. Jag hade lovat mina söner att hyra en videofilm och letade efter en motvikt till action. Föga anade jag att det var en filmatisering av Sverker Belins föredrag jag höll i min hand när jag valde Don Juan de Marco. (Kan rekommenderas Vid skrivmaskinen Ingrid Best



## PSYKOTERAPEUTISKT ARBETE MED PERSONER MED UTVECKLINGSSTÖRNING

- FÖRSTA IHPU-KURSEN AVSLUTAD

Vi har blivit allt bättre på att differentiera mellan olika störningar och felutvecklingar. Det är ju inte så förskräckligt länge sedan nästan alla oförklarliga konstigheter och beteenden tillskrevs förståndshandikappet i sig, och därmed sågs som alltför oåtkomliga för behandlingsinsatser, och i all synnerhet av psykoterapi. Erfarenheterna från England (Tavistock Clinic) och här, har uppmuntrat till psykoterapeutiskt pionjärbete, men någon kompletterande utbildning inriktad på terapi med förståndshandikappade personer har inte funnits. Inom den "vanliga" utbildningsvärlden dras man väl fortfarande en del med önskemålen på potentiella terapipatienter att motsvara YAVIS-idealen (YAVIS= Young-Attractive-Verbal-Intelligent-Successful). För att ändå samla erfarenheterna hittills, i en formell utbildning, genomfördes under hösten-95 och våren -96 en första kurs i IHPU:s regi. Efter 10 heldagars föreläsningar och gruppövningar samt en hel del hemmauppgifter och litteratur, avslutades kursen med sedvanlig betygsutdelning den 10 maj. Egen pågående handledd terapi med klient var en förutsättning för deltagande i utbildningen.

Kursen är godkänd att ingå i Psykologförbundets specialistutbildning.

Innehåll i kursen:

Psykodynamisk utvecklingspsykologi med tonvikt på utvecklingsstörning, Utredningar med psykoterapeutisk frågeställning: känslomässig utveckling, konfliktområden, störningens art, behov av terapi, speciella aspekter att ta hänsyn till vid utredningar av barn resp. vuxna,

Val av terapiform,

Ramverket: organisatoriska hinder och förutsättningar, miljö, föräldrar, samarbetspartners, sekretess etc.

Psykoterapeutisk metodik, överföring och motöverföring, den terapeutiska processen,

Avslutning av terapin och utvärdering.

Det har naturligtvis också varit fantastiskt roligt och mycket givande att träffa kollegor ute i landet, som var och en på sin kant arbetat terapeutiskt på denna relativt jungfruliga mark. Dessutom har naturligtvis den sociala samvaron, bl.a. i form av diverse besök på stans trevligare ställen, varit givande.

Tack Inga, Birgitta och Birgitta för en fin kurs! Tack också naturligtvis alla "klasskamrater" för många inspirerande tankar och inlägg!

Behöver det tilläggas att vi tänker träffas igen?

Lena Tjeder, Bo Kahnberg, Psykologenheten i Värmland.



## SOCIALSTYRELSEN HAR FATTAT BESLUT

i ärendet som i G-P fick rubriken "Psykolog gav handikappade psykoterapi i smyg".

I förra numret av POMS-bladet informerade vi om att en av våra medlemmar anmälts till Socialstyrelsen av sin arbetsgivare och vi återgav också tidningen Göteborgs-Postens artikel om ärendet. Nu har Socialstyrelsen yttrat sig och jag vill gärna återge Socialstyrelsens bedömning och beslut.

Arbetsgivaren (socialtjänsten i en kommun) har anhållit om att Socialstyrelsen skall granska psykologens dokumentationshantering beträffande fyra personer som gått i psykoterapi hos psykologen under den tid hon varit anställd hos arbetsgivaren. I anmälan ifrågasätts också om dessa personer varit medvetna om att de fått psykoterapi.

Socialstyrelsen har inhämtat yttrande och journalerna från psykologen.

Socialstyrelsen skriver att man i sitt beslut "endast gör en bedömning av om psykoterpin bedrivits på ett godtagbart sätt och om journaler förts enligt gällande bestämmelser. Styrelsen anser att det är en arbetsgivar-/arbetsledarfråga om Ni bedrivit terapierna med eller utan arbetsledningens kännedom och inte en fråga för styrelsen att ta ställning till".

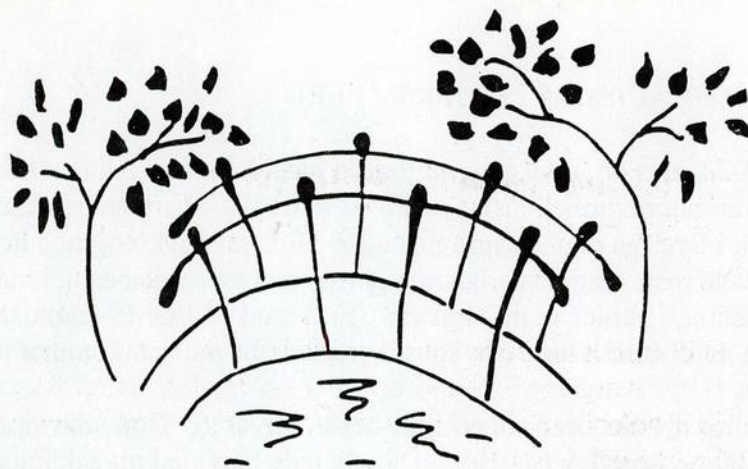
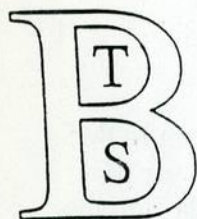
Socialstyrelsen skriver vidare att journalerna i stort sett uppfyller de krav som ställs på journalföring i patientjournalagen och i Socialstyrelsens föreskrifter för psykologer om journalföring. Enligt föreskrifterna skall dock en journal innehålla patientens namn och personnummer samt datum för konsultationer och behandlingar. Man skriver också att man inte finner anledning att kritisera innehållet i terapin och att man inte kan finna annat än att patienterna och/eller deras närstående varit medvetna om att psykoterapi givits.

När det gäller förvaringen av journalerna har psykologen inte lagt sin dokumentation i socialtjänstens journaler av sekretessskäl. Beträffande detta skriver Socialstyrelsen att journalerna formellt tillhör socialtjänsten och bör förvaras genom socialtjänstens försorg. Man betonar dock att de skall förvaras och hanteras så att inte obehöriga får tillgång till dem.

Sammanfattningsvis skriver Socialstyrelsen att socialtjänstens anmälan inte föranleder någon ytterligare åtgärd från styrelsens sida.

Först och främst är det förstås skönt att den anmälda psykologen nu är upprättad och förhoppningsvis kan lämna frågan. Vi andra har fått en del klargöranden om vad som gäller och det är bra. Men för mig står många frågor kvar. Hur kunde det bli såhär? Vad är det som får en arbetsgivare att anmäla en person man haft anställd på dessa grunder? Varför försöker inte arbetsgivaren få uppgifter av psykologen direkt rörande det man ifrågasätter innan man gör en anmälan? Hur kan G-P publicera en artikel vinklad utifrån anmälan och sedan inte vara intresserade av att ta in genmäle?

Inga-Lill Kristiansson



## *Neurologisk mognad och psykisk utveckling hos barn*

*Tvärvetenskapliga Sällskapet i Barnneuropsykologi*  
**TSIB's 10-ÅRS JUBILEUM**

*17-18.4.1997*  
*i Stockholm*

### **Preliminärt program**

**Torsdag 17. april**    Invigning

**Martin Ingvar**, M.D., Ph.D., Associate Professor, Karolinska sjukhuset, Stockholm: **'The brain - a self organizing network'**

**Paula Tallal**, Ph.D., Professor, Rutgers State University, Newark, USA: **'Integrating research and remediation in language disorders'**

**Georgia DeGangi**, Ph.D. Occupational therapist, Psychologist, Reginald S. Lourie Center, Rockville, USA: **'Disorder of Self Regulation'**

**Susan E. Gathercole**, PhD, Professor of Psychology, University of Bristol, UK: **'The Development of Short-term Memory'**

Bildutställning och posters

**Fredag 18. april**

Parallella föreläsningar som följer upp första dagens temata - klinisk tillämpning

Seminarium för olika yrkesgrupper **'Vad har dessa dagar gett oss som yrkesgrupp. Hur kan vi tillämpa kunskaperna?'**

Parallella föreläsningar med följande temata:

**'Att se barnet med neuropsykologiska ögon'**  
**'Möjligheter och svårigheter vid samarbete i team'**  
**'Longitudinella studier - tal/språkstörning'**

## STÖD GRACIELAS PROJEKT I PERU !

År 1982, året efter det internationella handikappåret, ville vi från POMS och KOMS göra en internationell insats och bjöd därför in en stipendiat från Peru som var på besök i Sverige under några månader. Hon var psykolog och hette Graciela Hurtado. Graciela reste runt i Sverige och gjorde många studiebesök i inackorderingshem, på dagcenter, i skolor m.m. Hon var också med på POMS sommarkonferens i Lerum. Flera av er som läser detta kanske träffade henne och kommer ihåg henne.

I somras gjorde Graciela ett kort besök i Sverige. Hon ville visa vad hon gjort av den inspiration hon fick här 1982. Då arbetade hon med utvecklingsstörda ungdomar på det stora mentalsjukhuset Larco Herrera i Lima. De flesta av ungdomarna hade tillbringat sin barndom där, övergivna av sina familjer. Vi kan jämföra förhållandena där med hur det var i Sverige många decennier bakåt i tiden och hur det nu ser ut i t.ex. Rumänien. Ungdomarna hade ingen sysselsättning på sjukhuset, bodde i kala rum med långa korridorer i ett fuktigt hus. De såg ingenting av vanligt liv.

Sedan Graciela besökte Sverige år 1982 och inspirerades av hur vi arbetade här, har hon drömt om att ge några utvecklingsstörda möjlighet att flytta till ett mera normalt hem utanför mentalsjukhuset. För två år sedan blev det möjligt att köpa ett hus, tack vare en donation från England. Dit har nu sex ungdomar flyttat.

Graciela visade vid sitt besök i Sverige en videofilm och berättade om ungdomarna. Vi som såg och hörde henne berätta blev alla tagna av det hon visade och hade att säga. Hon berättade om de sex ungdomarna Juan, 34 år; Victor, 35 år; Fernando, 18 år; Carlos, 22 år; Paulina, 23 år; och Laura, 25 år. Filmen visar både deras tidigare liv på sjukhuset och idag i deras nya hem i ett villaområde. Den visar också hur de för första gången i sitt liv får gå i skola, tack vare ett stipendium från en privat specialskola. Ett nytt liv !

Det är inga stora omkostnader man har för verksamheten och det som pågår i huset är på en sparsam nivå. Från sjukhuset får man lön till 8 av 11 personal i det nya huset. Man får enkel mat, el och vatten betalt. Men man får t.ex. inte lön för tre av den viktigaste personalen, inte resor till skolan, inte till medicin, möbler, reparationer. Projektpengar som man fått tar snart slut. Det finns bara pengar för ytterligare fyra månader - till årets slut. Det behövs 800 dollar i månaden, det motsvarar ca 5.000 kronor. **DET FATTAS ALLTSÅ CA 5.000 KRONOR I MÅNADEN FRÅN 1997.** Om vi hjälps åt så skulle det vara möjligt att driva denna unika gruppbostad vidare och ungdomarna skulle slippa flytta tillbaka till mentalsjukhuset. Detta skulle kunna bli en gemensam utmaning för oss i Sverige som arbetar med utvecklingsstörda och gav henne inspiration. Det kan inspirera andra i Peru. En förening HANOPREM, har där bildats runt bostaden, för att stödja dess verksamhet.

En insamling har redan pågått i 5 år så vi vet att överföringen av pengar fungerar säkert och Graciela är en ideell mottagare som arbetar seriöst med verksamheten. Det är Margareta Gustafsson i Helsingborg, som arbetat i två år som volontär med ungdomarna tillsammans med Graciela, som har öppnat ett postgiro-konto för detta ändamål: pg 628 42 56 - 2, Margareta Gustafsson-Perubarnen. Även om vi inte får ihop hela summan, är all insamling till stor hjälp.

För att inspirera andra, föreslår vi att ni köper in Gracielas film, OUR NEW LIFE, som på ett levande sätt skildrar det gamla och det nya livet för de sex ungdomarna. Filmen är 30 minuter lång och kan beställas från Gunilla Elinder, Presidentvägen 6, 121 34 Enskededalen, tel: 08/ 659 59 52, fax 08 - 686 07 73. Pris 100 kronor (självkostnadspris) samt 25 kronor i expeditjonskostnad. Filmen heter alltså OUR NEW LIFE - A story about human dignity. En kortfattad text av Graciela medföljer. STÖD GRACIELAS PROJEKT MED REGELBUNDNA BIDRAG TILL POSTGIROKONTO 628 42 56 - 2 Margareta Gustafsson-Perubarnen

Gunilla Elinder

Catharina Ekermo



## Konsten att använda en pluslag till minus!

Lag om Särskilt Stöd (LSS 1994) träder i kraft och har som konstruktion möjligheten att vara en s k pluslag. Idén bakom en sådan borde väl följaktligen också vara att för den aktuella klienten något utöver det vanliga skall tillkomma. Varje person i Sverige skall ha rättigheter till sjuk- och friskvård enligt Hälso-och sjukvårdslagen, social service enligt Socialtjänstlagen, tillgång till ekonomiskt garanterad ålderdom resp ersättning vid sjukdom etc. Vissa grupper har också bedömts ha ett stöd- och hjälpbehov som är så stort att de kan behöva något utöver det dessa grundgarantier erbjuder. Dessa grupper definieras i lagtexten (LSS) och man beskriver också vilka rättigheter dessa personer, som då anses höra till en viss personkrets, skall kunna erhålla.

En av grundprinciperna i lagen är också att dessa insatser för den enskilde personen skall anses som frivilliga. Dvs man skall inte påtvingas en viss hjälpsats utan i stället kunna ha möjlighet att aktivt välja till det man vill ha och behöver.

I lagen och dess förarbeten finns också inarbetat rutiner som bör eller kan följas när en begäran lämnas och handlägges. I boken om Handikapplagen (Grunewald, Leczinsky, 1994) står det bl a "Personkretstillhörigheten skall prövas varje gång någon begär en insats enligt LSS och sättas i samband med de särskilda insatser som söks. Om tveksamhet råder kring stödbehovets omfattning och sambandet med skadan och/eller sjukdomen skall detta utredas närmare. Många gånger kan det utan mera ingående utredning konstateras att en person tillhör personkretsen och vilket stöd han behöver." (Min understrykning.) "Om en insats skall kunna nekas den funktionshindrade på grund av att behovet tillgodoses på annat sätt skall behovet också *faktiskt* tillgodoses på annat sätt. Det räcker inte att - som i 6 § SoL - behovet *kan*



tillgodoses på annat sätt." I förvaltningslagstiftningen anges också att man snabbast möjligt bör handlägga aktuella ärenden.

Lagregler och anvisningar kan givetvis användas på ett smidigt sätt eller om man är lagd åt det hållet på ett sätt som lägger så många hinder i vägen som möjligt för en enskild begäran. Speciellt i tider med vikande ekonomiska resurser kan enskilda tjänstemän dock lika gärna uppfatta det beslut som skall fattas som en möjlighet att se om man verkligen måste lägga ut de medel detta önskemål kommer att kosta, genom att på ett extremt formalistiskt sätt se till att reglerna följs, innan man överhuvudtaget överväger att tillgodose ett eventuellt behov av stöd.

Exempel på olika användande av lagen:

E, 35 år, har tidigare varit förtecknad för omsorger enligt 1968 års omsorgslag. Han skrev vid 20 årsåldern ut sig ur förteckningen men har under alla år efter detta upprätthållit en viss gles kontakt med en av omsorgsteamets tjänstemän för diskussion av akuta problem i relationen till framförallt modern. Omfattningen av detta har här varit ung 1 samtal/mån. I övrigt har E klarat sig bra och noggrant skött sitt jobb och andra plikter. Den tjänsteman E haft kontakt med slutar sin tjänst men för E's del kvarstår behovet av möjligheten till viss gles stödkontakt.

Man kan nu lösa detta på ett smidigt sätt genom att låta E begära Råd och stöd samt betrakta hans tidigare, visserligen nu formellt avslutade, förteckningshandlingar som tillräckligt underlag för att han skall kunna betraktas som tillhörig personkrets 1. Samtidigt kan man då förmedla kontakt med någon inom LSS-teamet som har möjlighet tidsmässigt att ge stödkontakt av begärd omfattning och parallellt härmed lämna över ärendet till nämnden för att formellt beslut. Personen får härmed snabbt den hjälpt han behöver samtidigt som ärendet behandlats på ett korrekt men smidigt sätt.

Vill man däremot fördröja det hela ser man till att följa lagens bokstav till sin yttersta spets! E vill ha hjälp att diskutera en aktuell konflikt med modern. För att få göra detta kräver man att han först tar kontakt med LSS-handläggaren som skall utreda om a/ E hör till personkretsen b/ E har behov av den begärda omsorgen c/ om a och b besvarats jakande, denna insats i så fall åligger kommunen att ge. E har givetvis kvar sitt problem under denna tid.

LSS-handläggaren börjar nu söka efter någon som eventuellt kan göra en utredning om E kan räknas till någon av de i lagen angivna personkretsarna. Så småningom etableras kontakt med en person inom psykiatrin som kan göra en psykologutredning som kan bli underlag för ev. beslut om personkretstillhörighet. E har fortfarande kvar sitt problem.

Tjänstemannen inom psykiatrin kan träffa E först om några veckor. E väntar på denna kontakt.

För en fullständig utredning som kan bilda underlag för personkretstillhörighet krävs genomgång av ett testbatteri som sammantaget ger en tidsåtgång på 2 - 3 hela arbetsdagar. Man förstår ju lätt att E då kommer att få utrusta sig med tålamod eftersom få tjänstemän har den mängden tid över omedelbart. Arbetet får därför spridas ut över tiden. E's behov av den begärda insatsen finns fortfarande kvar.

Utlåtandet från psykiatritjänstemannen kan nu snart vara klart men ett problem har dykt upp. E ville egentligen lägga sin historia bakom sig och ser det att på nytt beskrivas som lindrigt förståndshandikappad, som någonting som är ytterst svårt att stå ut med. För E har det varit mycket viktigt att få ta avstånd från det som hänt under skolåldern i anslutning till särskolan och tiden där, vilket för honom i stor utsträckning förknippats med just det att vara förtecknad som utvecklingsstörd. Det kan väl samtidigt vara lite förvånande att LSS-handläggaren inte fick fram den informationen redan när hon remitterade E till

psykiatrin. Det kan väl inte vara så illa att handläggaren avsiktligt underlät att föra det vidare alternativt underlät att förklara för E vad utredningen egentligen gick ut på? E är realistisk nog att förstå att tillgodoseendet av det stöd han söker blir intimt förknippat med just det som han absolut inte vill. Nu har E alltså kvar sitt behov av stöd och samtidigt utsätts han för den pressen att i så fall acceptera att han beskrivs som lindrigt förståndshandikappad! Nu har han alltså blivit försatt i en situation där val fordras, som för honom egentligen inte är möjliga.

Ett från början ganska enkelt behov av en intermitterent samtalspartner har nu alltså börjat förvandlas till någonting som kan leda till svårartad krisreaktion hos E. Situationer där man enbart har val som är klart negativa att välja mellan är ofta mycket stressframkallande. Av det kan vi nu dra slutsatsen att vi med bara lite ytterligare provokation här kan göra E i behov av psykoterapeutisk behandling i stället för de begärda stödsamtalen av gles frekvens och kanske kan nu LSS-handläggaren tycka att hon löst problemet. Nu kan man säga att han i stället har ett psykiatriskt behandlingsbehov och inte något som i första hand åligger kommunens LSS-enhet. En ny utredningsomgång kan nu starta där man undersöker om E kan få denna behandling där problemet hör hemma etc.

***Men sådan kan väl avsikten inte vara .... eller?***

E är en tålmodig man så han väntar!

***Möln dal 1996-04-22***

Margareta Färnstrand  
 Leg psykolog och psykoterapeut  
 Psykiatrisk konsultverksamhet  
 Hagåkersgatan 7  
 431 41 Möln dal



**Barbro Carlsson** från Lund har vänligen hörsammat ropet från POMS-redaktionen om bidrag till POMS-bladet. Hon har sänt oss utförliga minnesanteckningar från "**First congress of the European association for mental health in mental retardation**" i Holland i sept.-95.

Ämnet är mycket intressant - liknande årets tema på POMS sommarkonfeens, men föreläsarna var många och vi har därför valt att dela upp anteckningarna iflera delar. Detta är alltså första delen i vår "följetong".

### **"Mental health in mental retardation: a way to normalization". A Dosen.**

MHMR grundades för tre år sedan.

Måste man ha en speciell organisation för personer med utvecklingsstörning?

Vad menas med mental hälsa? Troligtvis får det olika förklaringar utifrån olika professioner. Ofta förklarar man, tänker utifrån termer av olika svårigheter som man möter i det dagliga arbetet när det gäller personer med utvecklingsstörning.

Man tänker inte utifrån positiva termer när det gäller psykisk hälsa i denna population.

Det bör inte finnas någon skillnad mellan normalbefolkningen och personer med utvecklingsstörning när det gäller definitionen av vad som är mental hälsa. Det kan definieras som "ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välmående och inte enbart utifrån frånvaron av sjukdom eller svaghet". Betoningen bör vara på välmåendet. Välmåendet kan ses som en förutsättning för tillfredsställande livskvalité. Detta synsätt kräver ett multidisciplinärt närmande vad gäller psykiska hälsoproblem. Uppgiften är inte enbart att motarbeta psykisk sjukdom utan även att vidmakthålla och skydda psykisk hälsa.

Vi bör arbeta för att tillförsäkra personer med utvecklingsstörning god livskvalité.

Mål för psykiatrisk vård:

- 1/ Stimulering av en hälsosam utveckling och skyddande av den psykiska hälsan hos utvecklingsstörda personer. Primär omsorg. En bred kunskap utifrån biologiska, psykologiska och sociala aspekter när det gäller den utvecklingsstördes psykiska liv är viktigt.
- 2/ Förhindrande av beteendestörningar och psykisk sjukdom.
- 3/ Bekämpa beteendestörningar och psykisk sjukdom.

Team (med bl a psykiater, psykolog, kurator, sjuksköterska, pedagog) bör finnas tillgängliga för personer med utvecklingsstörning som har psykiska störningar.

Problem när det gäller psykiatrisk vård för personer med utvecklingsstörning:

- A. Problem när det gäller det korrekta professionella närmandet. I många Europeiska länder kolliderar olika professionella discipliner i deras kamp om makt när det gäller omvårdnaden av medborgarna med utvecklingsstörning. Den ledande, styrande disciplinen brukar vanligtvis bestämma vilken form och kvalité omsorgen får. Utvecklingen av omvårdnaden blir ofta hindrad p g a motsättningar mellan dessa olika discipliner. Då de psykiska, psykiatriska problemen bland personer med utvecklingsstörning oftast är väldigt komplexa måste en bra vård vara uppbyggt multidisciplinärt i sin organisation och multidimensionell i sin approach. Detta innebär att biologiska, psykologiska och

omgivningsfaktorer måste tas i beaktande vid planering, diagnosticering och behandling. Bristande teamarbete kan leda till felaktiga diagnoser, oriktig behandling och lidande för den utvecklingsstörde personen. För närvarande klarar inte den allmänna psykiatrin av att ge tillräcklig och adekvat hjälp till personer med utvecklingsstörning. Speciell utbildning, kunskap och träning för de personer som ska arbeta med personer med utvecklingsstörning som har psykiska störningar är en nödvändighet.

Tyvärr visar universiteten runtom i Europa lite intresse när det gäller personer med utvecklingsstörning, England undantaget, vilket kan vara en förklaring till bristen på olika professioner såsom psykiater, psykologer, pedagoger som intresserar sig för personer med utvecklingsstörning.

Det har funnits en otillräcklig vetenskaplig forskning när det gäller personer med utvecklingsstörning som har psykiska problem och dess praktiska tillämpning har varit bristande.

#### B. Problem när det gäller kulturella attityder.

Utvecklingsstörning är tyvärr oftast sedd som ett negativt, smärtsamt och även skrämmande fenomen. Det finns olika former av tabun, förutfattade meningar och projektioner närvarande i den allmänna populationen vilket medför oriktiga attityder och interaktioner. I vissa sydliga Europeiska länder föredrar föräldrar till utvecklingsstörda att kalla dem sjuka hellre än utvecklingsstörda. För en del personer med utvecklingsstörning som varit föremål för psykiatrisk vård kan det vara mycket svårt att få dem tillbaka till sin ursprungsmiljö, p g a det stigma det kan innebära för den enskilde att ha varit inlagd för psykiatrisk vård. Detta leder till social exclusion vilket medför att rehabiliteringen av den enskilde blir mycket svår. De kulturella attityderna spelar en betydelsefull roll vid bestämmandet av landets psykiatriska hälsopolitik när det gäller personerna med utvecklingsstörning. Kanske är inte normaliseringsprincipen tillräckligt stark för att kunna ändra på dessa kulturella attityder, mönster. De ekonomiska faktorerna spelar otvivelaktigt en betydelsefull roll när det gäller utvecklingen av adekvat omvårdnad, men de kulturella attityderna spelar nog en ännu större roll enligt Dosen.

#### C. Hur man ska införliva psykisk hälsa med normalisering och livskvalitet.

När det gäller normaliseringen har det förutom institutionsavveckling, social integration, förbättring av levnadsvillkoren, utbildning och sysselsättning medfört en betydelsefull utveckling när det gäller etiska och rättsliga frågeställningar, problem. Genom ökad social integration har problem som är relaterade till beteendestörningar och psykiska störningar, blivit mycket verkliga. Psykiska hälsoproblem har dock endast marginellt berörts vid normaliseringsprocessen, i vissa länder är frågan om psykisk hälsa hos personer med utvecklingsstörning totalt negligerad. Vissa ser specialiserad psykiatrisk vård, som skulle vara adekvat för personer med utvecklingsstörning, som en återgång till segregation från den "normala" situationen. Den "normala" situationen skulle vara enligt dem, att hjälpa personer med utvecklingsstörning till allmän psykiatrisk vård. Dosen menar att risken för ett sådant synsätt är att personer med särskilda behov löper risk att ej få någon adekvat hjälp ö h t.

Har normaliseringen verkligen lett till en förändring när det gäller ökad livskvalité för personer med utvecklingsstörning?

Hur kan livskvalité definieras? När det gäller psykisk hälsa?

Livskvalitébegreppet inkluderar alla beståndsdelar av psykisk hälsa (fysisk hälsa, sociala relationer, personligt välbefinnande, funktionella aktiviteter m m ) och psykisk hälsa kan ses som en viktig beståndsdel av livskvalitén.

#### D. Organisationen av psykiatrisk vård.

I Europa finns stora skillnader i omsorgen när det gäller den psykiska hälsan hos personer

med utvecklingsstörning. I vissa länder är antagandet att personer med utvecklingsstörning har speciella behov totalt frånvarande. Majoriteten av personerna vårdas på allmänna psykiatriska kliniker även om de flesta ej har behov av psykiatrisk vård. I andra länder har normaliseringsprincipen accepterats och där finns en tendens mot social integration och institutionsavveckling, men det finns inga tankar, frågeställningar när det gäller psykisk hälsa och ingen specialiserad service med tanke på att uppnå dessa mål. Få länder i Europa har specialiserad service för de psykiatriska behoven, psykiska hälso-behoven hos personer med utvecklingsstörning.

England har utvecklat detta mest där det finns allmänt baserad service, specialiserad service inom den existerande psykiatriska vården samt speciella sjukhus för personer med utvecklingsstörning. I Holland håller man på att utveckla center för personer med utvecklingsstörning vilket kommer att innehålla delar av alla de tidigare nämnda arbetsuppgifterna och modellerna. Centret kommer även att arbeta med utbildnings- och forskningsfrågor och kommer att skapa en bro mellan omsorgsverksamhet och den psykiatriska vården.

#### Organisationsproblem:

- Det finns stora skillnader mellan olika länder
- Brist på en generellt accepterad modell inom psykiatriska kliniker
- Frånvaron av en tydlig social policy för att skapa psykisk hälsa

#### Prioritering för framtida utveckling av psykiatrisk vård för personer med utvecklingsstörning:

- 1/ Fastställande av nationell social policy när det gäller psykiatrisk vård. Den nuvarande psykiatriska vården för den allmänna befolkningen kan inte ta ansvar för de viktiga frågorna när det gäller psykiska problem hos personer med utvecklingsstörning. Detta är anledningen till varför en förändring av den professionella och kulturella attityden och bestämmandet av en klar nationell socialpolitik när det gäller att bemöta de psykiska hälsobehoven hos personer med utvecklingsstörning är nödvändigt.
- 2/ Engagera universiteten när det gäller psykiatrisk vård. Universiteten bör bli mer involverade när det gäller psykiska problem hos personer med utvecklingsstörning och vetenskaplig forskning kring detta ämne bör stimuleras.
- 3/ Fastställande av psykiatriska vårdens placering med tanke på normaliseringsprincipen och livskvalitén. Adekvat psykiatrisk vård är väsentligt för framskridandet av normaliseringsprocessen och för att öka livskvalitén hos personer med utvecklingsstörning.
- 4/ Skapandet av specialiserad psykiatrisk vård för personer med utvecklingsstörning är oundvikligt.
- 5/ Relevant utbildning när det gäller psykiska problem för alla de yrkesgrupper som är involverade i omsorgsarbetet av de utvecklingsstörda är nödvändigt.
- 6/ Antagandet om psykisk hälsa förtjänar att ha en egen plats inom ramen för normalisering och livskvalité.

Personer med utvecklingsstörning ska ha samma chanser i deras psykosociala liv som icke-utvecklingsstörda.

Till politiker, chefer, planerare, utvecklare,  
forskare, personal, anhöriga m fl.

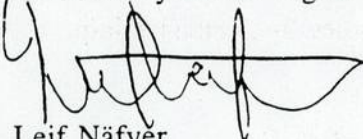
### Konferens om framtidens bostäder för personer med utvecklingsstörning m fl.

Inom kommuner, intresseorganisationer och tillsynsmyndigheter diskuteras utformning, kvalitet och innehåll beträffande bostäder för personer med utvecklingsstörning. Olika modeller har förts fram. För att presentera den kunskap som finns inbjuder Socialstyrelsen till en konferens i Garnisonen i Stockholm den 17 (13.00-17.00) och 18 (9.00-13.00) oktober 1996. Professor Márten Söder, Universitetet i Bergen, kommer att vara moderator. Vid konferensen kommer inlägg av ett flertal forskare och praktiker att presenteras och diskuteras. Konferensen har nordisk inriktning. Några av de teman som kommer att tas upp:

- Den egna lägenheten som bas för stöd
- När kollektivet blir fel
- Vad är kvalitet i gruppboende?
- Den egna bostaden ur anhörigsynvinkel
- Egna lägenheter och gemensamma lokaler
- Hur skall man bygga?
- Vad behöver personalen för stöd?
- Gemenskap i gruppboende
- Hur skall bostaden bli ett hem?
- Utvidgat arbetsområde för personal
- Bostaden ur rums och tidsaspekter
- Anpassning, hjälpmedel och självständighet
- Från sovsal till egen bostad.
- Hur vi vill bo?

Konferensen kostar 800 Skr. Inkvartering och måltider ingår ej. Skicka eller faxa anmälan på bifogade talong innan den 15 september 1996. Plats reserveras när anmälan inkommer. Program utsändes i samband med bekräftelse.

På Socialstyrelsens vägnar



Leif Näfver  
Direktör  
Chef för allmänna enheten inom Socialtjänstgruppen

-----  
Till Socialstyrelsen, Socialtjänstgruppen, S-106 30 Stockholm  
Fax 08-783 30 20 (+46 8 783 30 20)

#### Anmälan till konferens om framtidens bostäder

Namn:  
Adress:  
Postnummer och ort:

## Nytt inom autismområdet.

Autismcentrum Kronoberg och Riksföreningen Autism drar i höst igång **två projekt** i Växjö, med finansiellt stöd av Allmänna Arvsfonden och Socialstyrelsen.

Det ena, **Utbildningscentrum Autism**, går ut på att bygga upp permanenta lokaler för TEACCH-utbildningarna, knyta utbildningarna till Högskolan och Vårdhögskolan i Växjö, dvs på ett par års sikt göra dem till ordinarie utbildningar i det svenska högskolesystemet, samt utveckla fortsättnings- och fördjupningskurser i TEACCH-pedagogiken. Redan i höst startar den första 20-poängaren, på halvfart, i Vårdhögskolans regi, som en uppdragsutbildning. Andra aktuella kurser är t ex en kring det diagnostiska instrumentet ADOS/PLADOS i september och en uppföljningskurs för dem som lärt sig PEP-R- testet.

Det andra, **Kunskapscentrum Autism**, ska bygga databaserade kunskapsbaser och ett bibliotek med aktuell forskning inom området autism och Asperger's syndrom, bygga upp register över de verksamheter i Sverige som riktar sig speciellt till personer med dessa handikapp och stimulera ny forskning inom området, bl a genom att anordna forskarkonferenser och annat forskningsutbyte.

Vi önskar nu **komma i kontakt med alla psykologer** som arbetar riktat mot Autism och Asperger's syndrom, vare sig det är kliniskt eller habiliterande, eller bådadera, för att bygga upp ett så alltäckande **nätverk** som möjligt.

Vi vill också få tips om **verksamheter** för personer med autism och Asperger's syndrom, över hela landet, verksamheter såväl för barn som ungdomar och vuxna. Ingen sådan heltäckande inventering har gjorts sedan Gunnel Ingesson gjorde en över vuxenverksamheter för några år sedan. Den är dock inte längre aktuell, det har hänt mycket på några år.

Ni som arbetar riktat mot personer med Autism och/eller Asperger's syndrom, eller känner till någon verksamhet (förskole-, skol-, fritids-, korttids-, elevhems-, gruppbofostads-, eller daglig verksamhet), skriv eller faxa en rad till

Autismcentrum Kronoberg  
leg psykolog Bengt Persson  
Box 5044  
350 05 Växjö  
Fax (och tel) 0470-855 24

Med tack för Er hjälp och medverkan

Bengt Persson



# POMS bladet

---

Organ för föreningen

Psykologer inom omsorgsverksamheten



**POMS styrelse:****Tel.arb.**

Ordförande:	Inga-Lill Kristiansson	08-690 60 21
Vice ordförande:	Peter Söderstrand	0500-44 45 57
Sekreterare:	Lena Fager	08-442 41 20
Vice sekreterare:	Anders Svensson	0418-782 13
Kassör:	Birgitta Levenmyr	0303-991 16
Vice kassör:	Elisabeth Bjärnevall-Nygren	08-690 60 29
Konferensansvarig:	Gudrun Cedergren	0910-77 71 00
POMS-bladet	Gunilla Gårdmark	035-13 45 35

**Medlemsavgift:** 175 kr/år (110 kr/år för dubbelanslutna till andra yrkesföreningar).

**Föreningen POMS postgiro:** 35 89 78 - 5

**POMS international:** 17 38 80 - 6

**Föreningen POMS adress:** Inga-Lill Kristiansson  
Mörbylundsvägen 42  
186 33 Vallentuna

**POMS-bladet:**

Ansvarig utgivare Inga-Lill Kristiansson  
Manusadress: Tomas Marinus  
Järnvägsgatan 8B, 8tr  
30249 Halmstad

Redaktionsgrupp: Birgitta Björnberg 035-13 86 07  
Gunilla Gårdmark 035- 13 45 35  
Marie Lindgren 035- 13 86 08  
Tomas Marinus 035- 13 89 08  
Fax: 035- 13 86 35

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ISAAC-konferens	4
Styrelsens sida	5
Omsorgen i världen	6
Helsingforskonferensen	8
Sveriges neuropsykologers studiedagar	10
POMS sommarkonferens	15
Utbildningsdagar om psykoterapi	16
Förskolepsykologernas konferensdagar	20
Inlägg från konferens i Helsingör	23
Kongress i Holland, forts.	27



MANUSSTOPP TILL NÄSTA NUMMER ÄR DEN 24 JANUARI !!



ISAAC är en internationell ideell förening för alla som är intresserade av AKK, alternativ och kompletterande kommunikation. Den svenska avdelningen heter ISAAC-Sverige och samlar logoped, psykologer, arbetsterapeuter, forskare, talhandikappade och anhöriga. Vill du ha mera information eller bli medlem? Kontakta Bodil Andersson, 040-32 19 68.

## ISAAC-Sverige inbjuder till konferens 24-25 januari i Örebro!

### Program

Att kommunicera med vuxna gravt utvecklingsstörda.

**Jan Terneby**, leg. psykolog med lång erfarenhet av utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna. Arbetar fn med forskningsprojekt på Göteborgs universitet samt med utbildningar och FOU-frågor på Bräcke Östergård.

Möjligheter med AKK

**Anette Adolfsson & Margareta Olstam**, kommunikationskonsulenter, Kommunikationsenheten inom Centrum för Hjälpmedel i Örebro.

Inventering av barn och ungdomar som använder eller har behov av AKK

**Eva Holmqvist**, arbetsterapeut, KomP, Bräcke Östergård.

Projekt BRUD

Att inkludera brukare i utveckling, information och stöd kring kommunikationshjälpmedel.

**Mats Lundälv**, datapedagog, DART, Bräcke Östergård och  
**Marika Bengtsson**, brukare.

"Lyckliga äktenskap"

Tankar kring kombination av låg- och högteknologiska kommunikationshjälpmedel.

**Margret Buchholz**, arbetsterapeut, DART, Bräcke Östergård

**Sista anmälningsdag: 20 december 1996. För information och anmälningsblanketter, kontakta Bodil Andersson, tel. 040-32 19 68, fax 040-32 19 90**

---

Postal address: c/o Bodil Andersson  
AmuHadar  
Box 8166  
20041 Malmö, Sweden

## STYRELSENS SIDA

Styrelsen sammantädde i Stockholm den 25 oktober. Vi konstaterade att det för närvarande är stor aktivitet inom POMS på flera områden, vilket känns roligt!

På mötet hade vi en livlig och intressant diskussion som rörde engagemanget hos omsorgspsykologer som är så stort och så positivt. Vi funderade över varför det är så inom vår grupp. Några tankar som vi hade var att vi med nödvändighet måste ha en subjektsyn på våra klienter, vi konfronteras med livsfrågorna och vi måste försöka se helheten. Vi var eniga om att det unika i det "vanliga" omsorgspsykologarbetet är viktigt att värna om, särskilt i tider när många arbetar ensamma och inte har så mycket stöd i yrkesrollen.

En stor del av sammanträdet ägnades åt diskussion kring och planering av sommarkonferensen. Vi hade besök av Lars Borgh från arrangörsguppen på Gotland. En första presentation av tema och innehåll återfinns på annan plats i POMS- bladet.

Med POMS-bladet följer också inbjudan till en arbetskonferens i januari 1997 om Forsknings- och Utvecklingsarbete. Konferensen är ett samarrangemang mellan POMS och Habiliteringspsykologernas förening.

I oktober bildades ett nätverk för psykologer som arbetar med psykoterapi med personer med utvecklingsstörning. Initiativtagarna har gjort en framställan att nätverket skall knytas till POMS. Styrelsen välkomnade initiativet och beslöt att nätverket kan drivas genom POMS.

Styrelsen beslöt också, utifrån det uppdrag vi fick på årsmötet, att arbeta vidare med frågan om närmande och eventuellt samgående med Habiliteringspsykologernas förening. Lena Fager och Gudrun Cedergren från styrelsen utsågs att arbeta fram ett förslag som kan vara diskussionsunderlag.

Testgruppen är som framgick av föregående nummer i full gång med sitt arbete. Vi ser att arbetet kommer att kräva stora insatser inte minst ekonomiskt och har för avsikt att ansöka om extra medel hos Psykologförbundet för att klara kostnaderna.

Via Psykologförbundet kan medlemmarna, som många redan känner till, kommunicera med varann via data. På det elektroniska klotterplanket pågår en diskussion kring frågan om vad det innebär att få psykoterapi som råd och stöd. Styrelsen kommer att följa diskussionen på klotterplanket och komma med ett inlägg i denna fråga.

**GOD JUL OCH GOTT NYTT ÅR !**  
**önskar styrelsen genom**

**Inga-Lill Kristiansson**

## HUR STÅR DET TILL MED OMSORGEN I VÄRLDEN?

I anslutning till Helsingfors-konferensen (refererad på annan plats i denna tidning) vill jag ta upp problemet att man på många håll i Europa och världen fortfarande bygger och försvarar institutioner. Jag vill betona att jag inte har någon djupare kunskap om omsorgsläget i världen men det jag hört om vuxenomsorgen på några internationella konferenser det senaste året skrämmer mig.

Sålunda trodde jag att Holland var ett land som kommit långt inom omsorgen men vid konferensen i Amsterdam förra året (Mental Helth in Mental Handicap) fick jag annan information. Själv var jag inte på något studiebesök men Barbro Carlssons projektgrupp från Lund kom en dag tidigare och hann med ett besök på en nybyggd "progressiv" institution, vilket de något chockade berättade om.

I juni i år deltog jag i en liten konferens i Belgien med ca 25 deltagare vilken uteslutande handlade om psykoterapi med förstånds-handikappade personer. Inte ens i detta forum med teoretiskt skolade terapeuter och analytiker var integrering i samhället något självklart. En analytiker var själv föreståndare på en institution (!) I Belgien verkar det vara föräldraföreningen som driver på integreringen, många gånger mot fackfolket! Vi svenskar fick höra samma argument mot integreringen som vi själva upplevde i Sverige på 70-talet, en önskan att skydda de förstånds-handikappade mot det "elaka" samhället.

Jag kan inte låta bli att påminna om att psykologgruppens stora betydelse som pådrivare med socialpsykologiskt underbyggda argument var en av de faktorer som bäddade för utvecklingen i Sverige. Samt reflektionen att denna förutsättning också saknas i de flesta länder. Och apropå att vara föreståndare minns jag att i Stockholm åtminstone var diskussionen i psykologgruppen sådan att mån föredrog att inte som psykolog sitta på institutionen för att inte bli en gisslan.

Det här blir, tycker jag, också ett moraliskt dilemma för oss i vårt umgänge med representanter från andra länder på konferenser. Ska vi tyst och artigt konstatera och acceptera att vissa länder

har rätt att välja en annan linje utifrån sina socialpolitiska m.m. förutsättningar? Borde vi inte mera tydligt stå för vår övertygelse om integreringens avgörande betydelse för människo- värdet hos de förståndshandikappade - både i vetenskapliga möten och i informella sådana. Det känns som en fråga om solidaritet med de människor vi jobbar med. Borde vi inte mera än vad som kanske görs berätta om våra erfarenheter från nedläggning av institutioner. Jag kan också tycka att det är en demokratifråga om svaga grupper ställs utanför samhället.

Om de baltiska staterna hör man, av dem som engagerat sig och besökt omsorgen där, argumentet att de är så långt efter att de måste börja med att bygga institutioner kanske. Jag vet inte hur hållbart det argumentet är - och riktigt hur tanke- gången ser ut - men det kan knappast användas i Västeuropa ändå...

Av en amerikansk psykoterapeut som deltog i konferensen i Belgien hörde jag att man där - jag vet inte om det gäller hela USA - stängt institutionerna lagstiftningsvägen men utan att samtidigt bygga några gruppboheter. Konsekvensen var att hans klient har flyttat hem till sina föräldrar och får vänta 10 år på att få plats på gruppbohet!!

På Helsingforskonferensen var "Livskvalitet" och olika sätt att mäta den ett tema. Men så länge man inte internationellt lyckas enas om institutionernas skadliga effekt på livs- kvaliteten så blir kanske inte heller detta begrepp någon hävstång för att höja omsorgskvaliteten. Eller den blir det kanske bara i de länder som håller på att avskaffa institu- tionerna..

2 internationella konferenser nästa år, i Rom och i Oslo verkar på något sätt att handla om integrering. i varje fall den senare som specifikt handlar om nedläggning av institu- tioner. Så kanske är förändringar på väg. Vad gäller de åter- kommande stora konferenserna får man annars en känsla att de mest- tenderar att bli ett forum för den välbärgade forskarmedelklassens ömsesidiga beundran. Vilket säkert inte var meningen.

## VALDA REFLEKTIONER UTIFRÅN HELSINGFORSKONFERENSEN

Jag, Kjell Nordenstam, gammal omsorgspsykolog i Stockholm och sedan augusti 1995 anställd vid psykoterapimottagningen vid "Omsorgsnämndens Länscenter", deltog i somras i IASSID-konferensen i Helsingfors där jag berättade om vuxenmottagningens erfarenheter så långt.

Först något om vår organisation: Vi är fyra f.d. vuxen-omsorgs-distrikts-psykologer som nu fått chansen att specialisera oss inom detta spännande område, psykoterapi med vuxna förståndshandikappade. "Vi" är Elisabeth Bjärnevall-Nygren, Karin Ekvinska, Stefan Lycknert och jag själv. Vid det nystartade "Länscentret" som betjänar hela Stockholms län med specialistresurser, finns även en mottagning för barn med funktionshinder, ett "Kris-och samtalsteam" för föräldrar - som funnits i 20 år (!) liksom en mindre nystartad spädbarnsmottagning, föräldrautbildningen - som också har många år på nacken, samt en trappa ned två "snozelen", händelseriken för barn respektive vuxna. Dessutom några projekt.

Över allt detta vilar en psykoterapeutiskt kreativ anda till vilken bidrar inte minst länscentrets chef och tillika intiativtagare, Ann Bakk, också omsorgspsykologveteran och terapeut och ideolog i en person.

Nu till Helsingfors och den internationella IASSID-konferensen som äger rum vart 4:e år! Denna gång var den 10:e och inföll den 8-15 juli i somras. En något olämplig tidpunkt kan det tyckas men säkert bra om man ville kombinera konferensen med semester.

IASSID betyder "International Association for Scientific Study of Intellectual Disability" och är alltså ett slags forskningskonferens. Den största delen av deltagarna var i själva verket de "forskare" som inom ramen för sina jobb - eller kanske projekt - gjort studier i och om någonting. Eftersom föreläsarna var i majoritet bland de cirka 1.300 (!) deltagarna var det svårt att få någon uppfattning om det auditorium som man vände sig till.

Inte mindre än 16 parallella sessioner ägde rum, varav de flesta i Finlandiahuset. Rubrikerna ger en uppfattning om den enorma bredden: Genetiska frågor, Early intervention, Early childhood, Mental health (här rymdes psykoterapin), Åldrande, Special education, Cognition, Criminal justice och Challenging behaviour(!), Family issues, Sexuality, Staff training, Community planning, Policy development, Socialization m.m. Språket var engelska,



Ändå framstår detta- för mig som var med för första gången - inte som någon "konsumentvänlig" konferens. Den enorma katalogen över utbudet av föreläsningar fick man först när man kom dit, vilket gjorde det svårt att planera lyssnandet. Dessutom var nästan alla anföranden begränsade till 15 minuter, vilket medförde att det inte blev mycket av någonting. Till sist var jag själv mentalt så förberedd på mitt eget anförande att jag kanske inte hade så mycket utrymme för att ta in något mer. Dock var det några ganska intressanta anföranden om psykoterapi. Barbro Carlssons projekt i Lund tillsammans med bl.a. Valerie Sinason låg på lördagen så det missade jag men kände å andra sidan till det sedan tidigare. Det enda som i övrigt stannat i mitt huvud var en rolig och positiv holländsk pedagogisk film om sexualitet med vuxna förståndshandikappade som medagerande.

Psykoterapi var inget vanligt förekommande ämne på denna konferens - det visste vi innan och det var i själva verket ett av skälen till att vi tyckte att det var viktigt att visa upp våra erfarenheter. Delvis speglar det naturligtvis också också den ringa förekomsten av psykoterapi för förståndshandikappade ute i världen. Jag fick ett intryck av att psykiater-gruppen var en stor grupp på denna konferens - i varje fall inom Mental Health-sektionen. En mycket ovetenskaplig och subjektiv bild av det jag såg och hörde är att det ofta var någon psykiater som givit 13 personer ett piller mot depression t.ex. och att dessa genast mådde mycket bättre - samtidigt beklagade föreläsaren avsaknaden av en kontrollgrupp.

En ny fördom som jag tillägnade mig i Helsingfors är att det sitter en psykiater-maffia och sköter omsorgsvården ute i världen. Eller är det så att det är psykiaterna som oftast anförtros forsknings- och utvecklingsarbete? Tacksam för svar från någon konferensräv eller på annat sätt internationellt erfaren inom POMS!

Från Länscentret var vi tre som delade på en timme, inklusive tid för frågor. En kurator, veteran i Kristeamet, pratade både om detsamma samt något om Länscentret som helhet, Kristina Renlund - också gammal PONS-psykolog- berättade om Barnmottagningen (kontakta Kristina för mer information!) och jag till sist då talade om Vuxenmottagningen. Mitt anförande hade tre delar: fakta om mottagningen, hur vi upplever problematiken samt till sist en del med kliniska exempel som belysning av vissa begrepp. Mer om detta i nästa POMS-blad. Här räcker det med att säga att vi med 40-50 pågående psykoterapier vecka för vecka skaffar oss mera kunskaper och faktiskt nära nog vandrar i Valerie Sinasons fotspår utan att för den skull vara några superterapeuter.

Kjell Nordenstam



Skellefteå 1996 09 09

## STUDIEDAGAR HOS SVERIGES NEUROPSYKOLOGERS FÖRENING

Den 28-30 augusti 1996 höll neuropsykologerna studiedagar, samt kursdagar i Luleå. Jag hade som POMS-representant möjlighet att närvara vid de två första av Deras studiedagar. Programmet var innehållsrikt och omväxlande och Luleå visade sig från sin mest soliga sida.

Under den första dagen presenterades den forskning som finns vid tekniska högskolan i Luleå, avdelningar för teknisk psykologi. Professor Kjell Olsson beskrev lite kring det forskningsområde som tangerar neuropsykologin, nämligen interaktionen människa / maskin. Karl W Sandberg, forskar bl a kring funktionshinderades användning av teknik, framför allt IT-teknik. Ett exempel på detta är talstyrning av bildskärmar.

Dr Gunnar Vindahl talade kring ämnet "modern affektteori enl Silvan Tomkins". Han inledde med att kritisera psykoanalysen för att de förstår affekten som uppdämd drift. Han menar att bl a modern spädbarnsforskning har förändrat bilden. Det har skett en förskjutning från driften som motivation för beteendet mot affekten som motivation.

Tomkins teori där man ser psyke och soma som en hierarki är en användbar teori i klinisk verksamhet. Han utgår ifrån att effektsystem med responser i kroppen (t ex mimik, blodflöde, andning). Affekterna är analoga förstärkare av allt som händer snabbt, eller ligger på en nivå över normal stimulansnivå. Det jag upplever har direkta neurologiska motsvarigheter. Affekterna gör att vi bryr oss.

Affektsystemen är oberoende av kognetiva perceptuella och minnessystemen men de arbetar i sammanhang med dessa. Han beksrev sedan nio grundaf-fekter som fungerar förstärkande på det som utlöser dem.

Under eftermiddagen talade dr Yehuda Ben-Yishay under rubriken Effectivness of the "Therapeutic miljeu" approach to neuropsychological rehabilitation. Dr Ben-Yishay är knuten till New York medical center som professor i medicinsk rehabilitering samt bl a direktör för Centrat Head traumaprogram. Head trauma program startade 1978 och var det första rehabilite-ringsprogrammet för hjärnskadade i USA. Teoretiskt är modellen förank-rad i arbeten av Goldstein, Maslow, Luria och Eriksson. Nyckelord i be-handlingen är "cueing" och "coaching". Porogrammet består av tre faser:

Den intensiva behandlande fasen, den arbetsinriktade fasen och en uppfölj-ningsfas. Målgruppen för behandlingen är personer med traumatiska ska-dor och eller vaskulära skador. För att aktualiseras för programmet skall man klara egen förflyttning och tvåvägskommunikation. Dr Ben-Yishay började med att påpeka att hur vi ser på resultatet av en behandling beror på vilken nivå vi mäter. Det gör en väldig skillnad om vi tittar på skadan, handikappet eller livstillfredsställelse. Han citerade också Goldstein som har sagt "om man inte kan rehabilitera patienten så kan hälsa uppnås genom organisation av omgivningen".

Ett första steg i behandlingen är att göra patienten medveten. Patienten måste förstå skadan. Hur påverkar skadan mitt liv? Vad är realistiskt att förvänta sig? Vidare måste patienten vara samarbetsvillig. Det vill säga, han måste vara villig att modifiera sitt beteende och låta sig coachas. För att nå fram till ett accepterande av sin situation behöver patienten ha en förmåga att sörja sina förluster.

För att lära sig kompensatoriska strategier måste det också finnas en kapa-citet för att lära sig på nytt. Yehuda Ben-Yishay presenterade en studie av behandlingsprogram på drygt 400 timmar, dvs 20 veckor. Patienterna delades in i tre olika grupper där innehållet i behandlingen var den samma men tyngdpunkten, dvs antalet träningstimmar var olika. I den första grup-pen var en likvärdig fördelning mellan kognetiv träning och smågruppsträ-ning. Grupp nr två hade tyngdpunkten på smågruppsträningen och grupp nr tre hade sin tyngdpunkt på kognetiv träning.

För övrigt innehöll alla tre programmen uppmärksamhetsträning, samhällsträning och individuella samtal i samma omfattning. Studien visade att program nr ett där man hade en jämn fördelning av träningen gav det bästa resultatet med förbättringar även av förmågor som inte tränades.

Dr Yehuda Ben-Yishay beskrev slutligen hur man tränar förmågor som är nödvändiga för att behålla ett jobb. Dett är nämligen ett av målen med behandlingsprogrammet. Träningen pågår under tolv veckor och sker i tolv olika steg.

Dr Ben-Yishay fortsatte under dag två och tre att med videofilmer och föreläsningar hålla kursdagar i rehabiliteringsprocessen för de neuropsykologer som anmält sig till kursdagarna.

På torsdagen fortsatte studiedagsprogrammet med fria föredrag. Här presenterade Stefan Hagstadius förlopp och prognos vid svår traumatisk hjärnskada. Han ingår i en grupp som har gjort en studie på 16 patienter för att lära sig hur förloppet ser ut och försöka se samband mellan variabler och akutskedet och prognosen. En av de slutsatser han dragit var, att det intercraniella trycket i akutskedet starkt korrelerar till kognitiva funktioner i ett senare skede.

Nästa föredrag behandlade neuronät-teori för autism. Detta presenterades av Lennart Gustavsson. Han har studerat artificiella neuronät, dvs neuroner som hopkopplats till funktionella enheter. Utmärkande för detta är att de är självorganiserande, dvs de utvecklar själva en struktur som motsvarar egenskaper som de finner i inkommande stimuli. En "feature map" som gör det möjligt att indentifiera sådant som varit vanligt i tidigare stimuli. En utvecklad feature map medför en artificiell autism dvs man bygger inte upp erfarenheter så man kan hantera kommande situationer, utan varje situation upplevs som ny.

Lisbeth Nilsson berättade och visade på videofilm hur hon arbetat med multihandikappade och träning med el-rullstol utan slingstyrning.

Nästa programpunkt var Klas von Hoffsten som pratade om utvecklingen av huvud och ögonkoordination hos spädbarn. Han betonade vikten av oculomotoriska kontrollen för synens utveckling. Detaljseende har vi bara i ett område stort som en tumnagel på en armlängds avstånd. När vi flyttar ögonen möjliggör vi ett bra seende därför att ögon och huvudrörelser bildar ett system.

Har man problem med kontroll av ögonrörelser då har man också synproblem. De flesta multihandikappade har därför stora synproblem och klassificeras oftast som blinda, trots att de kan ha en god synskärpa. De kan dock inte dra nytta av denna eftersom de inte kan styra sina ögonrörelser.

Spädbarn har en mycket mindre fokuserad blick. De har fler reseptorer spridda över hela näthinnan, men dessa fungerar mindre effektivt. Vid 3-4 månaders ålder utvecklas ett binokulärt djupseende och barnet kan förut säga hur saker skall röra sig och följa dessa med blicken smidigt (predektiva ögonrörelser).

Inga-Lill Nyström behandlade ämnet neuropsykologisk undersökning av barn med frågeställningen MBD-DAMP. Hon är projektledare för att utveckla diagnostik kring DAMP. Hon började med att ifrågasätta DAMP-diagnosen, eftersom så väldigt många olika symtom ryms inom denna diagnos och barnen kanske inbördes inte har mycket gemensamt. Hon skulle föredra en funktionsdiagnos vilket också kan ge förslag på åtgärder. Bakgrundsorsaken till DAMP varierar också mycket, allt från en biologisk-neurologisk bakgrund till påfrestningar under graviditet, förlossning nyföddhetsperiod och balans mellan hämmande / aktiverande system i hjärnan, samt blodgenomströmningstörningar i frontalloben.

De motoriska komponenterna som kan vara stora under småbarnsåren faller ofta i betydelse när barnet kommer upp emot mellanstadiet. Det som då tillkommer är ofta svåra sekundära emotionella problem, exempelvis beteendestörningar och familjerelationsproblem. Vidare beskrevs vilka metoder som man använder vid DAMP-diagnostik inom det pågående projektet vid barnkliniken i Umeå.

Tomas Karlsson presenterade medvetande och minne vid icke fokala hjärnskador. Han har studerat minnesförändringar i samband med kirurgiska ingrepp vid hjärtsjukdomar. Detta har testats med ett minnesbatteri före operation och efter tre månader. Om man väger in kvalitativa aspekter på hur de minns, så har man kunnat konstatera att det finns tydliga minnesproblem efter operationen.

Det sista föredrag jag hann närvara vid var Agneta Nordbergs läkemedels-effekter vid demenssjukdomar. Hon beskrev sjukdomsutvecklingen vid Alzheimers sjukdom, bl a de plack som bildas i hjärnan. Eftersom dessa finns på olika ställen för olika patienter så ter sig den kliniska bilden väldigt olika mellan olika individer. Det är också väldigt individuellt hur man påverkas av de förändringar man har. Det har visat sig att högtbildade personer kan ha ganska rejäla förändringar och ändå prestera bra på test.

Det har upptäckts fyra olika gener som man i dag vet har betydelse för utvecklingen av Alzheimer.

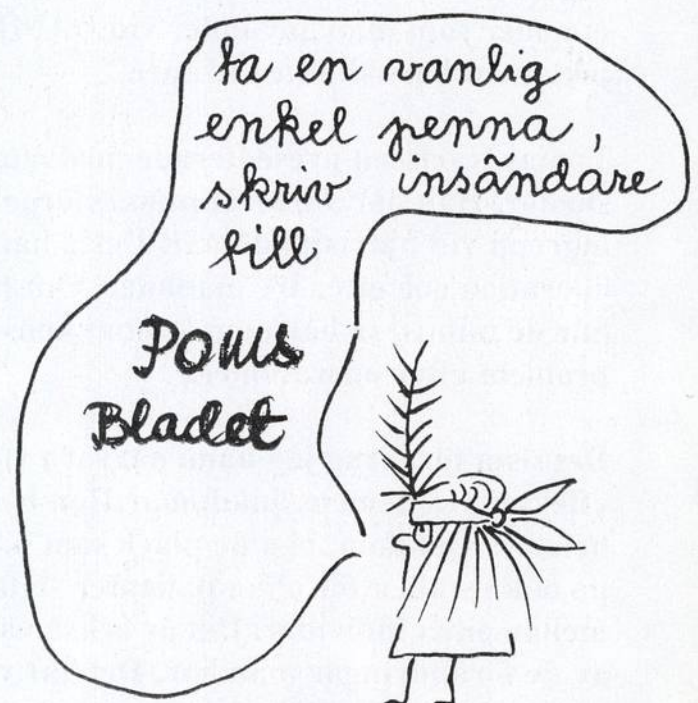
Ett preparat som heter Taglin verkar så att det stärker acetylkolinets funktion. Acetylkolin är en signalsubstans som är mycket viktig för minnesfunktionen. I Sverige heter läkemedlet Cognex. De erfarenheter man i dag har av preparatet är att det behövs långa behandlingar innan man får full effekt. Patienterna blir gladare, socialare, kan koncentrera sig bättre.

Detta var några glimtar ur ett späckat program som också under pauserna innehöll matnyttigheter. Bl.a. utställningar om hjärnskaderehabilitering och selektiv, kognitiv nedsättning hos äldre bilförare samt psykologförlagets demonstration av testnyheter.

Sif Leijon  
Barn och ungdomshabiliteringen  
Skellefteå

JUL är nåt man väntar på  
för till jul man hoppas få  
allting som man inte har:  
guldfisk, lyftkran, dromedar.

*Britt G Hallqvist*



POMS-konferensen 1997 tar plats på den vackraste av öar, Gotland.

För dom som ännu inte bevistat Östersjöns pärla är det dags, för andra ett kärt återseende! Konferensen kommer som vanligt att hålla god standard, vad gäller både inramning som innehåll.

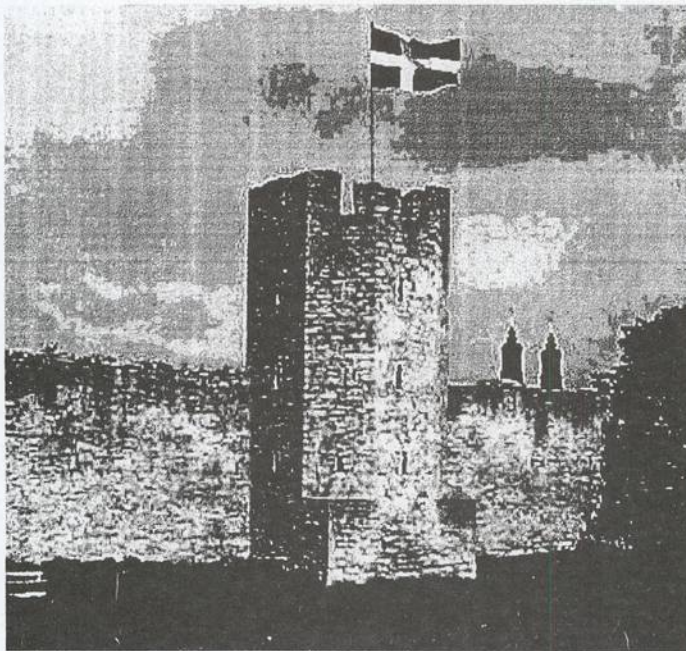
Årets konferens kommer att ha ett tema som rör sig kring sorg. Sorg som kan vara en kraft i livet, som kan innebära ett växande som människa och som kan föra människor tillsammans.

POMS-konferensen 1997 har som tema:

OM SORG

I BARNET, HOS FAMILJEN OCH DEN VUXNE.

Att vara "annorlunda", att ha ett barn, syskon som är "annorlunda" är ofta förknippat med känslor av sorg, av att ha förlorat någonting. Hur arbetar vi tillsammans med barn, anhöriga och vuxna i deras bearbetning av sorg? Vilka svårigheter kan det finnas att bearbeta sin sorg om man har en brist i kognitiva färdigheter? Hur klär man sina upplevelser när man inte har orden? Många frågor finns, men också många erfarenheter som Psykologer skaffat sig i sitt arbete kring dessa frågor.



Som vanligt ska vi hålla hög klass på föreläsarna, denna gång kommer bl.a **Valerie Sinason**. Vi hoppas få tid för diskussion och utbyte och trevlig samvaro under konferensens tre dagar. Dessutom firar vi **25-års jubileum** som POMS-förening 1997

Vi kommer att vistas på Tofta Strandpensionat, enkelt men med fantastisk omgivning i form av sanddyner, hav och oändlig horisont där solen kommer att saktmodigt sänka sig ned för att vila tills nästa dag. Pensionatet ligger 1½ mil söder om Visby, så resan dit går fort. Konferensens andra dags kväll, gör vi som det brukas i POMS sammanhang, går på lokal. I Visby! Om medeltidskrogen kan förmås att öppna enkom för oss, så blir det en kväll att minnas med gycklare, sång och måhända entonig medeltida musik.

Vi återkommer om fler detaljer i inbjudan som beräknas skickas i mars månad, tills dess....

**boka in den 28 - 30/5 1997** i era almanackor.

## Utbildningsdagar på temat psykoterapi

Förra läsårets IHPU-kurs "Psykoterapi med personer med utvecklingsstörning" har fortsatt existera i form av ett "nätverk" (ett begrepp i tiden) av psykologer med detta intresse. Upprinnelsen är de falldragningsseminarier, som är en del av examinationen, och ett fortsatt intresse av att träffas för att utbyta erfarenheter och vidareutbilda oss. Vi som gick kursen då är också mycket angelägna att få kontakt med andra psykologer som arbetar med terapi.

10-11 oktober träffades vi därför till ett par utbildningsdagar, den första för enbart de gamla kursdeltagarna, den andra dagen för alla intresserade.

Platsen för dessa händelser var Psykoterapienheten vid Omsorgsnämndens länscenter på Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm.

I fräscha och trevliga lokaler bedrivs där i - såvitt jag förstår - etablerad form, psykoterapi med utvecklingsstörda. Det här med etablerad form känns fint. Projekt i all ära, men för att kännas riktigt stabilt och etablerat krävs nog en annan finansieringsform.

Arrangörgruppen hade inbjudit **Barbro Carlsson** till att presentera sin forskning i Lund. Barbro är psykolog och projektledare för det **lundensiska psykoterapiprojektet**.

Projektets mål:

- Bättre samarbete mellan psykiatri och omsorg/habilitering
- Ökad kunskap hos all personal inom dessa verksamheter om utvecklingsstörda personer med psykiska störningar
- Ökad kunskap om nyttan för denna personkrets av psykoterapi samt av ett psykoterapeutiskt förhållningssätt
- Reduktion av sekundära handikapp hos psykoterapipatienterna.

Projektet inleddes i augusti 1994 med att man erbjöd föreläsningar till personal från respektive verksamheter. Bl a föreläste Inga Sommarström, Birgitta Zenker och Valerie Sinason om psykoterapi och utvecklingsstörning.

Psykoterapierna föregicks av testningar bl a med DMT och PORT. Några tilltänkta terapipatienter avböjde inför testningarna, tydligen väckte detta otrevliga minnen till liv.

Ett problem som Barbro stötte på i relationen till psykiatri var (förutom den vanemässiga biologiseringen av problemen) det faktum att de diagnosystem (DSM och ICD) som används där betraktar *psykisk utvecklingsstörning* som en psykiatrisk primär diagnos och att de egentliga "psykiatriska" fenomenen (de sekundära handikappen) inte kom att räknas med.

Ett annat problem var kommunaliseringen och de svårigheter den medfört då det gäller att få psykoterapi erkänd som en hantering inom den kommunala verksamheten.

Hur som helst, Barbros beskrivning av sitt arbete var mycket inspirerande och hoppningivande! Spännande det här med takistoskoptesten och de goda erfarenheter man gör.

Det som tycks förena alla erfarenheter är att metoder avsedda för alla andra även - med viss anpassning - framgångsrikt kan användas i arbetet med personer med lägre begåvning!

Att sedan ta framträngandet av *visdomständer* som kriterium på tillväxt och ökad visdom tycker jag är helt OK. Känner själv en begynnande tand längst upp till vänster!

Barbro avlöstes av en av värdarna, **Kjell Nordenstam**, som berättade om **Psykoterapienheten i Stockholm**.

Kjell talade om vikten av att försäkra sej om att den blivande terapipatientens hemmiljö inte kommer att motverka terapin. Att försöka "terapera" bort dåliga livsförhållanden är ju också tveksamt.



Kjell talade mycket om de existentiella frågor som kommer upp i terapierna, om förhållandet till de egna handikappen, om smärtan förenat med dessa och om avunden mot den "normala" omvärlden. Kjells redovisning stimulerade till diskussioner bl a kring frågan om spegel i terapirummet, om vikten av ett lekområde och om hur mycket patienterna bör konfronteras med sitt handikapp.

Den senare frågan ledde vidare till en kritisk granskning av begreppet *handikappmedvetande*, *realitetsuppfattning* och *motöverföring*.

"Regression i jagets tjänst", bl a i form av vederkvickande dagdrömmier och fantasier anses ju i allmänhet relativt sunt, förutsatt att dessa utflykter drömvärlden är kontrollerbara och medvetna falsifikat av verkligheten. Hur mycket av detta kan accepteras av utvecklingsstörda? Vad är sunt och vad är osunt?

Hur brutala kan konfrontationerna vara med verkligheten även i terapirummet och hur medvetna är vi om våra bevelsegrunder bakom interventionerna?

Själv minns jag från slutet av 70-talet de lite väl råa försöken att få utvecklingsstörda att betrakta (erkänna) sej som just utvecklingsstörda. Begreppet handikappmedvetande missförstods då av en del personal och användes i sammanhang som inte var uppbyggliga.

Användandet av potenta metoder som distribuerar makt väldigt ojämnt (och kan innehålla manipulativa inslag) måste också leda till en noggrann uppmärksamhet på den egna (och andras) motöverföringar!

Efter lunch berättade Kjell tillsammans med Barbro om en **konferens i Amsterdam** de deltagit i.

I Holland bygger man fortfarande stora institutioner! Omkring *25 000 personer lever på institutioner med fler än 50 boende!*

De holländska värdarna såg dessa stora institutioner som "mellanområde" för utveckling och tillväxt (Johan de Groef, psykoanalytiker och Lacan-anhängare). Det ni!

Som kontrast mot detta kan en afrikansk myt stå: En demon har tagit det friska barnet och istället lämnat det handikappade barnet. Om man tar väl hand om det handikappade barnet så tar demonen väl hand om det friska.

I USA, (liksom här) får offren för sexuella övergrepp, professionell hjälp först då de själva blir förövare. 5-7 år av gruppterapi krävs för framgång enligt en rapport därifrån. En ytterligare förutsättning är en *hållande och strukturerande miljö dygnet runt*. Behandlingen utgörs av en kombination av bearbetning och social modellering.

Slutligen den obligatoriska frågan: vad gör vi hämäst?

Några datum spikades och vår strävan efter att koppla nätverket (bättre namnförslag?) till POMS har redan rönt framgång. Två gånger per år ansågs som lagom frekvens på studiedagarna. Det känns angeläget att få kontakt med flera som på var sitt håll jobbar med frågan!

Nästa gång vi träffas blir den **14-15/4 1997**. Den första dagen är då öppen för alla intresserade, och vi räknar då med att hälsa **Carina Gustavsson** och **Sven Granath**, Uppsala välkomna för att berätta om erfarenheterna därifrån. Den andra dagen viks som sagt åt kursdeltagarnas examinationsuppgifter.

Den arbetsgrupp som initierat dessa två studiedagar består av:

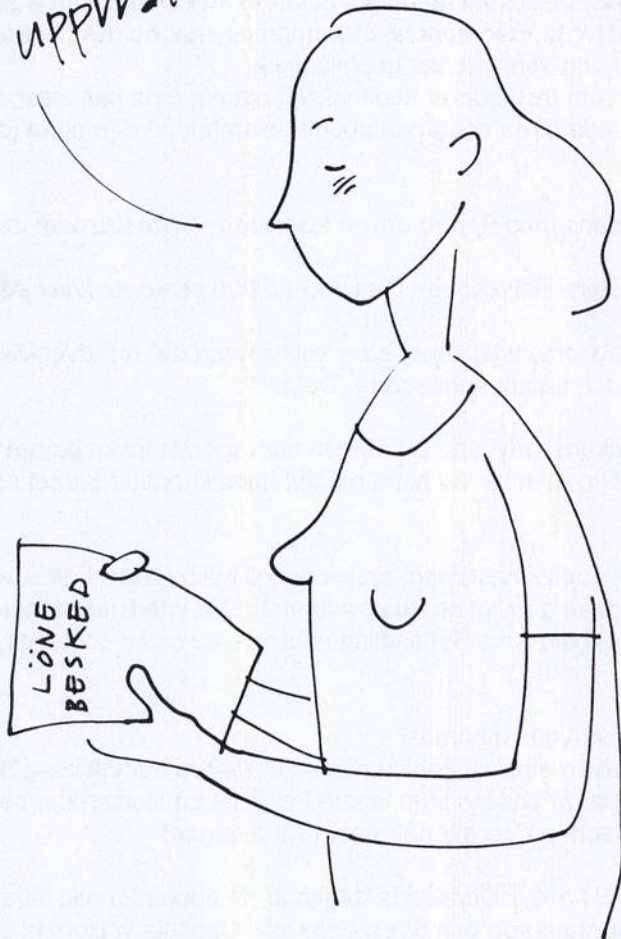
- Elisabeth Bjernevall-Nygren, 08-690 60 29
- Maud Ekman, 0520-607 00
- Lena Tjeder, 010-676 15 34, 054-52 18 30

Tack för ett fint initiativ och tack Barbro och Kjell för stimulerande berättelser!

Bo Kahnberg, Psykologenheten Karlstad  
010-676 15 32

MAN TJÄNAR MYCKET PENGAR.

Vad härligt att nästan  
ha uppnått existensminimum.



## VÄRVA MEDLEMMAR!

**Har Du kolleger på Din arbetsplats som inte är med i POMS?**

Om POMS ska fortsätta att vara den starka och aktiva förening den hittills varit, är det viktigt att även de nya psykologer som börjar arbeta i "våra" verksamheter, blir medlemmar i POMS. Kanske ändras vår inriktning något framöver, och säkert kommer namnfrågan att diskuteras, men föreningen kommer att bestå, och fortsätta att aktivt verka för att människor med funktionshinder får goda levnadsvillkor och god service.

**Tala om för dina kolleger att POMS finns! Det är mycket enkelt att bli medlem. Det är bara att skriva, ringa eller faxa till POMS'kassör:**

**Birgitta Levemyr**  
Strandkullen 71  
440 06 GRÅBO  
Tel. 0302-425 06, 442 83 bost.  
0303-991 16 arb.  
Fax 0303-196 91

**Tala om att Du vill bli medlem , så sköter vi resten!**

## EFTERLYSNING

Då två av POMS-bladets redaktionsmedlemmar bytt arbetsplats kan vi tyvärr inte längre fortsätta att ta ansvar för utgivningen av tidningen.

Givetvis kommer vi att fortsätta fram till årsmötet i samband med sommar -

konferensen, så Ni har gott om tid att fundera över utmaningen. Det är roligt och stimulerande även om det korta perioder innebär lite extra jobb.

Hör gärna av Er om Ni är nyfikna och vill veta mer. Våra telefonnummer står på omslagets andra sida.

## Intryck från Förskolepsykologernas konferensdagar 18 - 20 september 1996

I en stressad arbetsvecka deltog jag som POMS:s representant i två av Förskolepsykologernas konferensdagar. Och det var inspirerande! Arrangörerna hade lyckats att få dit psykologerna Sverker Belin och Paul Moxnes vilka båda är underbara föreläsare. Med personlighet, kunnighet och humor fick de oss att ta in och fundera vidare på vad som händer inom och mellan människor. Får ni chansen att lyssna på dem live så gör det, annars kan ni också läsa böckerna, "Vansinnets makt" av Sverker Belin och "Hjältar, häxor och horor" av Paul Moxnes båda utgivna på Natur och Kultur.

Det är inte lätt att referera men några tankegångar vill jag lyfta fram.

**Sverker Belin**, som under många år har arbetat tillsammans med Barbro Sandin inom den s.k. Sätermodellen med schizofrena patienter beskrev hur projektiv identifikation eller patient-inducerad motöverföring som han själv hellre vi kalla det påverkar oss, vårdpersonal/terapeut. "Känn efter vad ni själva känner så känner ni bättre vad patienten känner". Trots att hans exempel kom från den "tung" psykiatrin kunde förskolepsykologerna i sin konsultationsroll och jag som psykolog på habiliteringscenter associera till vår verklighet i den egna arbetsgruppen, i personalgrupper på dagis / i skola, i behandlingskonferenser med föräldrar och i direkt klientarbete - vad är det som förmedlas mer än orden? Och hans beskrivning av olika försvarsmönster när en grupp/arbetsplats som drivs av "eld-själ" och som känner sig hotade av nedläggning eller omorganisering var intressant:

- **självförsörjningsstrategin** då man stänger av beroendet av andra och vill klara sig utan utifrån kommande konsulter, vägrar att ta in nya medarbetare, motvilja mot andra idéer, svårt att ta kritik

- **paranoida förklaringar** och projicerar ut inre spänningar på omvärlden och hur hemska de är

- **slutna tolkningssystem** där man har vissa "favorit"-förklaringar t ex det är politikernas fel, det är toppchefens fel. Visserligen kan det ibland vara sant men om man alltid i stort och smått ger samma förklaring kröker man perspektivet.

- **förvrängd självbild**, man underskattar den övriga världens kompetens och ser bara sin egen förträfflighet

Sverker Belin tar också hjälp av metaforer - jämför samspel mellan professionella och personer med "tunna" jag-gränser med dialysapparat och njurar som inte fungerar och behöver avgiftas. Små barn med direkta känslor och "störda" klienter "inducerar" sina känslor - ibland med en enorm kraft - i terapeuten/personalen som "håller" och för tillbaka känslan i mindre ångestladdad form genom att man står ut och/eller att man hittar en logisk förklaring. Detta är egentligen precis likadant som spärbarnsmamman betar sig mot det lilla barnet, hon fungerar som "överbelastningsskydd".

Den som "avgiftar" känslorna måste ha en "spjälkande" förmåga t ex genom kreativa tankar, teori och erfarenhet. I en terapi kan terapeuten "ympa in" - introjecera, erfarenheter av goda relationer, uppsättning av förebilder, lösningsmodeller och då får klienten ett psykologiskt "transplantat" och kan sedan själv avgifta känslorna och därför få ett mindre beroende av terapeuten. Men som terapeut ska man vara medveten om att det ibland kan finnas starka "avstötnings-processer" av det

psykologiska "tranplantatet", då man trott att man kommit långt i terapin, lätt att känna sig misslyckad. Men hav hopp, goda introjekt sitter där med tiden.

**Paul Moxnes**, professor i organisationspsykologi vid Handelshögskolan i Norge, beskrev hur starkt vi alla är påverkade av mytologiska krafter vilka vi kan se gestaltade i de universella sagorna. Det man ser är den patriarkaliska världen även om det i vissa länder finns försök att få in ett kvinnoperspektiv. Han kan se hur olika folks karaktärer speglas i sagorna. I Norge skildras kungen som "går på tur" i mantel i sin trädgård medan den svenske kungen har krigskläder och är i spetsen av sin armé. Den svenska prinsessan är stark och kan hugga huvudet av trollet medan den norska inte själv håller i svärdet men kanske kan ge en styrkedryck till Askeladden (dummer-jönsen) så att han kan hugga huvudet av trollet.

I ryska sagor finns 7 typer av roller, i "Bröderna Grimms" sagor finns 5 typer av roller men egentligen kan det räcka med 3 roller för att skapa dramatik: skurk, offer och hjälte. Paul Moxnes beskrev hur de fem grundläggande elementen i personlighetspsykologin "The big five": **makt; kärlek/värme; arbetsamhet/pliktuppfyllelse; känslsamhet/sårbarhet;** och **intellekt** har sina motsvarigheter i mytologins värld.

Dessutom finns dimensionen **god** (bekräftad) och **ond** (avvisad). Så "makt" motsvaras i god form av fadern/kungen och i ond form av den elake fadern/djävulen. "Kärlek/värme" motsvaras i god form av modern/drottningen och i ond form av onda modern/häxan. Dessa två (far och mor) står för dominans.

"Arbetsamhet/pliktuppfyllelse" motsvaras i god form av äldste sonen/kronprinsen och i ond (dålig) form av dummerjöns/svarta fåret/syndabocken. "Känslsamhet/sårbarhet" motsvaras i god form av dottern/prinsessan/jungfrun och i ond form av frestarinnan/horan. Dessa två (son och dotter) står för underlydande i relation till far och mor. "Intellektet" motsvaras i god form av vise mannen/betjänten och i ond form av den falske profeten/illojale betjänten. I mytologins värld finns också två transformationsroller, som stiger upp i hierarkin dvs inte först är något men har resurs att bli något. I god form är det hjälten/vinnaren och i ond (dålig) form är det clownen/förloraren.

I alla grupper/organisationer finns fantasier/förväntningar om att rollerna skall finnas. Vissa roller kan läggas utanför gruppen men lever ändå sitt liv inom gruppen i föreställningsvärlden t ex kan man i familjen ha grannen som "djävulen". På arbetsplatsen kan den inkallade konsulten bli "den falske profeten", och på kommunkontoret är kommunalpolitikern "clownen". Prästen, psykologen kan bli den gode med intellekt - "vise mannen". Vilken roll man får i gruppen beror på vilka roller som är lediga och vilken roll man själv är beredd att krypa in i. Det kan också råda konkurrens om vissa roller. För ett kreativt klimat/dynamik behövs att det finns olika roller.

Rollerna är inte i sig könsbundna, "kungen" kan mycket väl vara en kvinnlig chef med makt och "drottningen" en manlig vaktmästare med gott hjärta. I de klassiska sagorna finns ingen ambivalens, rollerna är "rena" i sin karaktär och detta ligger så djupt inom oss även som vuxna. Vid hot/oro får man en ångestreduktion genom att

dela upp i gott och ont, bra chefer och dåliga chefer, vänder man t ex sina "barn" ryggen i kris - då blir man en ond person. Paul Moxnes budskap var att genom kunskap i psykologi och sociologi kan vi analysera vad som pågår och komma ur fantasierna/rollerna, de är ändå bara fantasier, man kan faktiskt låta bli att gå i fällan om man är beredd att ompröva. Det man vet är att det krävs närhet för att komma ur fantasin/rollen och att avstånd bevarar den.

Spännande var också att höra om organisatoriska roller. Det finns **Ytroll** den vi är som yrkesperson, den "mask" vi bär, persona i Jungs teori. Nästa roll är **Samspelsrollen**, man blir den man är beroende av vilka man samspelar med. Vissa får fram det bästa i mig, vissa får fram det sämsta... Att t ex byta arbetsplats, skola kan ge en annan samspelsroll. Det gäller att inte förväxla vår samspelsroll med vår personlighet å andra sidan formas vår personlighet i samspel... De mytologiska rollerna: kungen, häxan etc är resultat av samspelsroller.

Den sista rollen är den **Personliga djup-rollen**, som är oavhängig context. Vissa människor med stark personlighet är "sig själva" i alla sammanhang på gott och ont... Om man under en längre tid är i en ytroll som är långt ifrån sin personliga djuproll är det lätt att man blir utbränd. I yt-rollen är man mer beroende / mer lättpåverkad av belöningar. Man kan också vara yt-pappa, yt-mamma om man inte egentligen gått in i en genuin föräldraroll och de barn som får vara mamma/pappa åt sina alkoholiserade föräldrar kan man kalla yt-barn.

Paul Moxnes sa också att man skulle kunna lägga de fem grundläggande personlighets-elementen (the big five) mot de tre olika rollerna: är min maktroll ytrollen, samspelsrollen eller djuprollen? Är min värme/omtänksamhetsroll en ytroll, samspelsroll eller djuproll? Kanske ett lekfullt sätt att lära känna sig själv .....

Cecilia Malmström  
Täby hab.center för barn och ungdom  
Kemistvägen 8, 1tr  
183 34 TÄBY



## UDVIKLING AF FORÆLDREKOMPETENCE

DR. SUE MCGAW  
SPECIAL PARENTING SERVICE

Folk, der er udviklingshæmmede eller er på grænsen til at være det, har til hensigt at få børn på et eller andet tidspunkt, og det er sandsynligt, at en del får deres ønske opfyldt. Det er klart, at dette i mindre grad vil ske for folk, der er svært udviklingshæmmet, og for mænd/kvinder med Down's syndrom end for resten af den udviklingshæmmede befolkningsgruppe. Ikke overraskende melder rådgivningstjenesterne om øget kontakt over hele Storbritannien med familier, hvor en eller begge forældre er mildt eller grænsende til at være udviklingshæmmede. Der er mangel på undersøgelser og epidemiologiske data, hvormed man kan anslå størrelsen af forældrepopulationen i Storbritannien. I sådanne undersøgelser vil man stå over for problemerne med at foretage spørgeundersøgelser for at fastlægge størrelsen af populationen, hvilket er yderst vanskeligt og fyldt med metodologiske mangler. Landsdækkende undersøgelser i udlandet identificerer fortsat problemer med at spore sådanne familier (Whitman & Accardo, 1990), samt med at give undersøgelserne lokalsamfundsmæssige dimensioner snarere end institutionelle (Pixa-Kettner, 1996). I manglen af data, der viser forekomsten, anslås der på baggrund af de familier, som organisationerne har kendskab til, at være mindst 250.000 udviklingshæmmede forældre i Storbritannien (McGaw, 1996). Nogle af disse forældre har behov for intensiv støtte og rådgivning i deres forælderrolle, mens andre ikke har et sådant behov. For øjeblikket forsøger rådgivningstjenesterne at opfylde familiers mangfoldige behov på trods af manglen på uddannelse, retningslinier for støtte og økonomiske midler afsat til dette formål.

### **Udviklingen i "Special Parenting Service"**

Special Parenting Service (SPS) blev oprettet i 1988 i Cornwall med det formål at støtte udviklingshæmmede forældre og deres børn. På det tidspunkt var organisationen det eneste specialiserede tilbud inden for dette område og, som mange af de forældre vi arbejder med, har den måttet kæmpe for at overleve. Igennem årene har vi oplevet de problemer, der ligger i at oparbejde et nyt tilbud til en minoritetsgruppe, hvis stempel "mentalt handicappet" eller "udviklingshæmmet" var, og stadig er, den første hindring for at øge forståelsen for hvor sårbare disse familier er, samt de vanskeligheder, de møder til dagligt. Vores kunder er hovedsageligt forældre, der er mildt eller grænsende til at være udviklingshæmmede med en intelligenskvotient på 55-85 med uspecificeret ætiologi. Siden vi blev oprettet, har vi arbejdet med over 230 familier og har fået flere end 190 henvendelser om rådgivning, konsultation og uddannelse på baggrund af vores arbejde.

SPS har lokaler i centrum af en travl by. Vores medarbejderstab dækker forskellige fagdiscipliner og består bl.a. af tre psykologer, en specialsygeplejerske (clinical nurse specialist) og en ergoterapeut. Vi tager imod vore familier og besøgende i et indbydende og stilfuldt victoriansk rækkehus. Vi har et værelse, som familierne kan bruge, med legetøj til børnene. Vi har en "åben dør"-politik og opfordrer altid forældrene til at holde kontakten til os vedlige. Vores erfaring er, at forældrene i højere grad opbygger et tillidsfyldt forhold til os, hvis de har mulighed for at søge daglig rådgivning og støtte hos os, hvadenten de har et problem eller ej. Denne form for kontakt betyder, at man ikke ser os blot som professionelle problemløserne.

### Vurdering af forældrekompetence

En vurdering af forældrekompetence er problematisk. En intelligensvurdering kan i sig selv hverken afgøre kvaliteten af forældrekompetence eller forældrenes evne til at tilegne sig ny viden og færdigheder. Hver familie bliver nøje vurderet før den bliver optaget i en undervisnings-/støttefase. Det er dog ikke alle forældre, der vurderes som egnede. Dette vil i høj grad afhænge af familiens ønsker, barnets risiko og muligheden for økonomiske midler. Ganske kort omfatter en vurdering følgende tre områder:

- I. For det første fokuseres der i en vurdering på forældres villighed til at acceptere den hjælp, der kan tilbydes dem gennem ordningen. Desværre er ikke alle forældre i stand til at acceptere intervention. Forældre kan være påvirket af måden henvisningen er foregået på, den henvisende instans og i hvilken fase henvisningen er sket. SPS har identificeret fire henvisningsfaser, som kan have indflydelse på hvordan forældre accepterer støtte og oplæring (McGaw, 1996).
- II. SPS har udviklet the Parental Skills Model (PSM) ("forældreegenskabsmodellen") som hovedfremgangsmåden i vurdering af forældreegenskaber. Denne arbejdsmodel påpeger fire særlige områder, der kræver dybdegående undersøgelser, bl.a. a) **børneomsorg og barnets udvikling** (defineres generelt som **den primære indikator** for tilfredsstillende forældrekompetence) samt miljømæssige og forældre-relaterede faktorer, som f.eks. b) **færdigheder i at begå sig**, c) **familiebaggrund** og de d) **støtte- og ressource muligheder**, de har til rådighed (defineres som **sekundære indikatorer** for forældrenes tilstrækkelighed). De sekundære indikatorer har samme vægt i PSM.
- III. En vurdering indeholder en nøjagtig analyse af forældrenes **viden/færdigheder/erfaring** vedrørende evnen til omsorg og opdragelse, som den identificeres i PSM. Dette betegnes som **viden/færdigheder/erfaring** sammenhæng. Den viden, der opnås ved denne vurdering, anvendes til at hjælpe støttetjenesterne til at identificere læringsområder, der skal prioriteres. På baggrund af denne model er SPS i færd med at udvikle en fremgangsmåde til vurderingsprocessen.

### Undervisningsprogrammer

Forældre tilbydes i gennemsnit 150-200 timers individuel undervisning, støtte og vejledning årligt fra SPS. Dermed modtager familier ofte i alt op til 800 timer årligt fra de organisationer, der er involveret i et støtteprogram. Denne slags støtte ydes til forældrene fra før barnet fødes indtil dets nitten års fødselsdag. Selvom støtten ikke foregår i hjemmet og begrænser sig til åbningstiden, tilbydes familierne praktisk støtte og terapeutisk vejledning, når de har behov for det, hvilket i praksis ofte viser sig at være i weekenderne eller sent fredag aften. Organisationerne har forskellige, men supplerende roller med hensyn til undervisning, støtte og anskaffelse af ressourcer. Som det vigtigste spiller forældrene en stor rolle med hensyn til at prioritere og regulere niveauet og tempoet for den støtte, de modtager. Forældrene er centrale medlemmer af Kernegruppen, hvilket sikrer at regelmæssig feed-back, evaluering og programplanlægning indgår i den støtte, de modtager.

#### Undervisning i hjemmet

SPS er grundlæggende ansvarlig for de undervisningsprogrammer, der foregår i hjemmet. Ofte består vores rolle i at oplære andre fagfolk, som underviser familien. Andre gange underviser vi forældrene direkte. Programmerne indeholder typisk struktureret/ustruktureret leg, indøvelse af rutiner, ernæringsundervisning, almindelig barnepleje, omsorg før og efter fødslen, læse- og skriveundervisning, talbehandling, klokkeslet og styring af husholdningen. De terapeutiske aktiviteter omfatter ofte arbejde med dysfunktionelle relationer,



barndomstraumer, der skyldes misbrug og/eller svigt, alkoholmisbrug, styring af vredesudbrud (impulskontrol), dødsfald (tab af nære familiemedlemmer og venner) og forberedelse til at give møde i retten.

Der er blevet forsket i virkningen af SPS' undervisning i hjemmet (McGaw, 1994). Resultatet viste, at sentudviklede børn opnåede en væsentligt forbedret tilstand efter, at deres forældres færdigheder var blevet forbedret i et seks måneders intensivt undervisningsprogram. Dog var det ikke alle børn, der drog fordel af forældreundervisning. Dette gælder særligt de børn, hvis forældre havde en baggrund med misbrug/svigt (McGaw, 1994). Når disse forældre senere blev tilbudt terapeutisk behandling, oplevedes positive resultater for børnene. Dog var forældre med psykiske problemer og/eller personlighedsforstyrrelser mindre modtagelige overfor behandlingsmæssig intervention.

### Undervisning i grupper

Forældregrupper løber over 14 uger hvert år i forbindelse med undervisningen i hjemmet. De emner, som forældrene har valgt omfatter bl.a.:

Barnepleje  
 Amning  
 Symptomgenkendelse  
 At reagere i nødstilfælde  
 Adfærdskontrol  
 Selvværd  
 Menneskelige forhold  
 Styring af vredesudbrud (impulskontrol)  
 Kost og sundhed  
 Afslapning

Undervisning i grupper er stadig populær blandt familier, der vender tilbage år efter år. Det udbytte familierne har haft er også blevet undersøgt gennem forskning, og derigennem har der vist sig markante resultater:

Familierne får størst udbytte, når de modtager støtte i hjemmet i forbindelse med arbejde i grupper

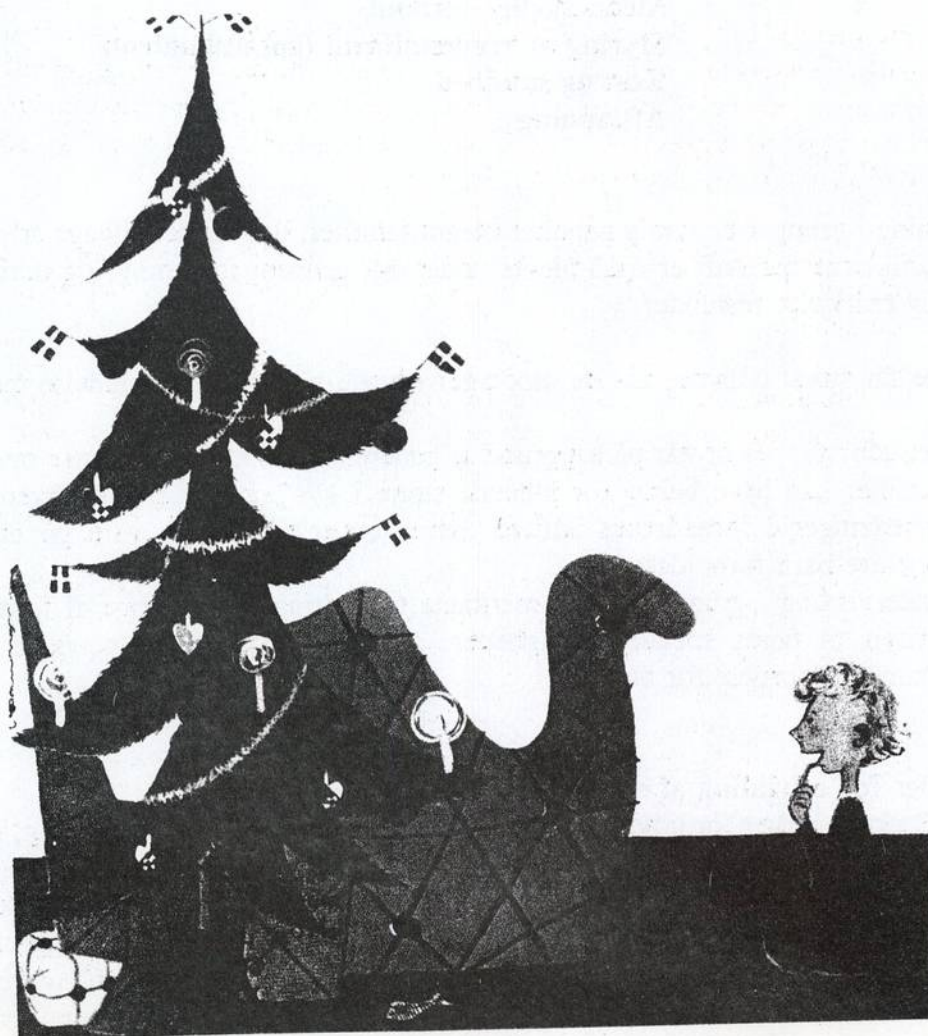
- Det udbytte, der opstår på baggrund af generel støtte, kan være længe om at vise sig. Familier kan have behov for løbende støtte i 1½-2 år før der observeres markante forbedringer i forældrenes adfærd, deres evner til at tage vare på børnene og i forældre-barn forholdet.
- Undervisning i grupper skaber markante forbedringer for mange af forældrene med hensyn til deres sociale færdigheder, sociale aktiviteter og netværk. Der opnås sekundære fordele for børnene.

### **Muligheder for udvikling af støtte i Storbritannien**

Skønt SPS aktivt virker for udvikling af støtte og tager emner angående læring, økonomiske midler og ressourcer op på regeringsniveau, findes der ingen landsdækkende plan, der dækker støtte til denne befolkningsgruppe. Det indberettes generelt, at når forældre beder om hjælp eller et behov identificeres, medfører dette enten en svag opfølgning fra faggrupperne eller

et væld af programmer, der skyldes involvering fra et antal forskellige organisationer. Der opstår forvirring fordi støtten ikke koordineres fra centralt hold på tværs af faggrupper, hvis indbyrdes roller og grænser er uklare. Det sker, at forældre, der får modsigende information på grund af "overbetjening", holder op med at deltage i deres behandlingsplan. Derved kan børnene komme til at mangle den eksterne støtte, som familien har behov for, hvis man skal sikre en tilfredsstillende barndomsudvikling. Man anser ofte udviklingshæmmede forældre for at have svært ved at følge en anvist plan eller for at være afhængige, mens der ikke altid er anerkendelse af eller forståelse for deres intellektuelle begrænsninger. Ofte indeholder støttesystemet mange mulige forhindringer. Det burde være et krav til ethvert system, at den støtte, som familierne søger, hjælper på en måde, der kan være dem til nytte. Mens der ses støttetilbud, der retter sig mod forældre i den almindelige befolkning i Storbritannien, er de særlige behov, som udviklingshæmmede forældre og deres børn har, desværre stadig ikke anerkendte på regeringsniveau.

Ovanstående är ett inlägg från den konferens på temat "Familjer med utvecklingsstörda föräldrar, som hölls i Helsingör i september 1996. Konferensen anordnades av danska socialministeriet och EU-kommissionen och bjöd på många intressanta föreläsare från bl.a. USA, Tyskland, England och Australien.



I POMS-bladet nr 3 redogjorde Barbro Carlsson för en kongress i Holland. Här kommer fortsättning på hennes bidrag.

**MINNESANTECKNINGAR FRÅN "FIRST CONGRESS OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR MENTAL HEALTH IN MENTAL RETARDATION." 13 - 16 /9 1995.**

**"Theory and practice of Pre-therapy." G. Prouty och H. Peters.**

Arbetar med personer med utvecklingsstörning och mentalsjuka patienter.

Målsättningen med "pre-therapy" är att utveckla eller återskapa klientens psykologiska kontakt med världen, sig själv och andra så att ett terapeutiskt förhållande kan utvecklas, att öka den kommunikativa förmågan hos den svårt handikappade personen som inte kan gå i psykoterapi. Pre-therapy är lämpad för de personer som ej är motiverade, ej har tillräckligt utvecklade funktioner för psykoterapi, för de som är mycket svårt störda.

Är speciellt relevant för de som är autistiska eller isolerade i sina psykotiska upplevelser, för de som är svårt emotionellt störda, för de som har inlärningssvårigheter eller har skadad kommunikation p g a organiska orsaker.

Dessa personer betraktas ofta som otillgängliga eller olämpliga för psykoterapeutiskt arbete.

"Psykologisk kontakt" är det första villkoret för terapeutisk förändring. När detta inte finns kan inte klienten uppleva psykologisk förståelse eller känna sig vara hållen av terapeuten.

Genom att först arbeta med "pre-therapy" kan egofunktioner utvecklas så man kan arbeta psykoanalytiskt, terapeutiskt med personerna.

Pre-therapy bygger på Rogers, Gendlins och Perls arbeten (klientcentrerad terapi) och metoden har utvecklats ur principerna om icke-styrning och icke-dömande empatiska responser. Rogers ansåg att utvecklingsstörda inte kunde tillgodogöra sig klientcentrerad terapi, att de ej hade tillgång till introspektion. Men de enda förutsättningarna för terapi är enligt Prouty två personer som är i psykologisk kontakt.

Syftet med pre-therapy är att få kontakt med patienten genom reflekterande. Det är en teori och metod om psykologisk kontakt. Genom pre-therapy kan patienten få kontakt med verkligheten.

1/ "Situational reflection": Att reflektera hur patienten agerar med omgivningen, beter sig i miljön, för att förstå omgivningen. Att röra vid saker, att slita sitt hår - vad är innebörden med beteendet? Vilka jagfunktioner används?

Ex "Jonny rör bollen". "Kalle tittar i taket". "Du ser regnet utanför fönstret.. Det är som tårarna inom dig.."

2/ "Facial reflection": Att inte talas om utan prata direkt med. Patienterna får ofta uppleva att leva utanför, de är ofta tungt medicinerade, institutionaliserade, känslomässigt halvdöda. De vet ej vad känslor är, känslouttryck fattas. En massa känslor som inte kommer till uttryck men som finns under ytan. Att få uppleva "jag har känslor". Reflektionen hjälper dem att få kontakt med känslorna utan att man är påträngande.

3/ "Ord-för-ord reflektion": Att ordgrant upprepa vad patienten säger.

4/ "Kroppsreflektion": att reflektera över att ha en kropp, upplevelsen av att ha en kropp. Ju mer man reflekterar det patienten säger och upplever desto mer känsla av att finnas till, av självreflektion.

5/ Upprepa hela tiden när det fungerar!

Då personen inte förstår det man säger använder man icke-verbal kommunikation.

Den spontana personligheten hos terapeuten är en förutsättning för arbetet.

Relationskontakt  
Affektkontakt  
Kommunikationskontakt

"We are entering somebody's world. You go in - not the other go out."

Relationen ger möjlighet till förändring, den botar.

Viktiga egenskaper hos terapeuten och i förhållningssättet enligt Prouty:

- 1/ Hållande, curative attityd
- 2/ Villkorslös överensstämmelse, genuin ärlighet
- 3/ Empati

Terapin infaller när personen börjar uppleva något.

"Den upplevande processen":

- a/ upplever att något händer (event)
- b/ all upplevelse känns
- c/ all upplevelse är en process

Att känna sig inadekvat, vara så hjärnskadad, ha så låg intelligens, etc kan leda till att patienten hallucinerar för att de ej fått psykologisk kontakt. "Withdrawn", brist på utveckling av självet.

Fall: Gråtande, depressiv, gravt utvecklingsstörd (IQ 13) med svåra tvångsbeteenden.

Behandlingstiden var 30 min 2 ggr/vecka under 18 månader.

Under 6 mån en autistisk fas, ingen kommunikation med terapeuten alls, ingen relation.

Terapeuten speglar hela tiden patientens ljud, beteenden etc för att få kontakt. Första kontakten uppstår när patienten tittar på terapeuten. Terapeuten speglar vad patienten ser, hör, känner etc. Patienten får mer tillgång till kommunikation.

Målsättningen med terapin är att patienten ska få en relation med omvärlden.

Det är viktigt att bygga upp ett gott terapeutiskt bemötande, förhållningssätt på institutionerna.

**"Consultation in dealing with severe behavior problems: a multi-disciplinary team approach." G. van Gemert.**

Det är viktigt att stötta personal för att de ska kunna orka med att arbeta med svårt störda patienter.

Omständigheter som kan orsaka beteendeproblem:

- 1/ Det finns ingen framtid för personen. Livet är tomt, det finns inga mål, inga tillgängliga lösningar (alla lösningar är avskrivna). De blir avskurna från samhället.
- 2/ Rigida förhållanden, relationer. Maktkamp. Power play. Fixerade mönster. En negativ process som bara fortsätter.
- 3/ Kontroll av ej önskvärt beteende. Inga risker - inga möjligheter - inget meningsfullt liv. Att leva tomma timmar dag efter dag.
- 4/ Fördomar, myter - ingen ny information, man blir hemmablind. "Personen är farlig" - myten lever vidare (ex från journaler). Minnena av det våldsamma lever länge.
- 5/ Oförutsägbarhet, varierande, skiftande beteenden hos personalen.

Vårdhemsutbyggnaden har hela tiden fortsatt i Nederländerna och antalet institutioner där det bor fler än 50 personer ökar.

Ca 25 000 personer bor på stora institutioner i Nederländerna, dvs institutioner där det bor mer än 500 personer.

Det finns mycket institutionstradition i Holland. Man får allt mer statliga medel till institutioner, varför antalet ökar hela tiden.

Det finns ca 2000 - 3000 personer i Nederländerna som har svåra beteendestörningar. Nästan samtliga av dem bor på institutioner med mer än 500 patienter. Systemet skapar beteendestörningar. De lever ett liv i isolering. Ca 70% av deras tid är de ensamma, utan personal, utan aktivitet.

För några år sedan fick politikerna upp ögonen då föräldrar publicerade ett foto på sitt barn som bodde på ett vårdhem. Hon tillbringade dagarna naken, fastspänd i väggen. Det sker övergrepp mot de utvecklingsstörda på institutionerna av personalen.

Konsultationsmodeller vid svåra beteendestörningar:

- 1/ Det finns 5 regioner i Holland vilket innebär 5 olika konsultationsmodeller.
- 2/ Konsultation kan inte ske om inte ledningen för institutionen begär det. Om det sker kritik mot en institution är de enda alternativen att institutionen stängs eller att de tillåter konsultation. Institutionerna är ofta privata men staten står för mesta kostnaderna. Konsultation på institutioner är en mycket komplicerad process.
- 3/ Konsulten betalas av staten, inte av institutionen. Det gäller att skynda försiktigt och med hänsynsfullhet. Konsulterna utnyttjas ibland som "extraresurs". Det finns inte mycket pengar men man får satsa på speciella områden.
- 4/ Konsultationen ska utgå från den enskildes problem. Genom att hjälpa individerna kan förhoppningsvis denna hjälp spridas vidare så andra får ett annat bemötande. Det är inte rätt att försöka ändra systemet för att individen ska få det bra. Man ska arbeta med individen och det kan ändra systemets sätt att fungera.

Man använder begreppet "Quality of Life" som ledtråd.

Konsultationsmetodiken ändrar efter hand kulturen på institutionen, vilket en inspektionsmyndighet har svårt att göra. Uppdraget är att arbeta med personer med grav eller måttlig utvecklingsstörning.

Man arbetar ej med lindrigt utvecklingsstörda personer med svåra beteendestörningar. De tas om hand av "Youth caring institutions" (psykiatri).

Den kultur som ska ändras har en historisk aspekt, det man tar för givet. Problemet är en del av kulturen - kulturen är en del av problemet.

Deltagare i konsultationsteam i Holland:

- A. "Coordination team". Administration som försöker sätta ihop olika team (psykiater, sjuksköterska, beteendevetare), gör processutvärderingar, problemlösningar.
- B. "Functional consultation team". Bedömning, rådgivning och genomförande när det gäller behandlingen av patienten.  
 Bedömning: personer med svåra beteendestörningar som har en vag diagnos. Ny diagnostisering kan få effekt, förändring kan ske.  
 Rådgivning: Planering tillsammans med institutionsstaben.  
 Genomförande på institutionen.  
 Behandlingsmålet - att försöka komma tillbaka till det normala livet. Få en "känsla av verklighet". Intervention.
- C. "Case manager". Utvecklar planer, observationer, skapar mönster, förebilder, insamlar

data utifrån överenskommen behandling. Enligt kontrakt 10 t/v. Är oberoende av institutionen. Konsulter från andra institutioner gör observationerna, planeringen. Det är ofta allvarliga problem med gamla och vaga diagnoser.

D. Föräldrar och andra representanter. Ger information, diskuterar målsättningar, utvärderar interventionerna. Föräldrarna behövs för att det ska bli en dynamisk process.

E. Institutionen, personalen. Samarbete och tillämpning av överenskommen behandling, intervention.

Det är en tvåårig process, fortlöpande process.

I Holland har pedagoger och psykologer länge haft en mycket viktig roll.

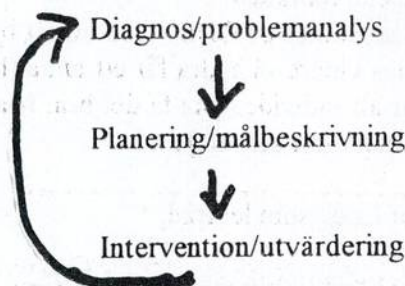
De statliga medlen är inte bundna till enskilda personer. Budgeten baseras på antalet personer som bor på institutionen.

Om man inte vill att ens barn ska bo kvar på en institution, får barnet ställas upp på väntelista för en annan institution.

När institutionerna inte längre hittar lösningar behövs konsultation.

Planering är nyckelordet, planerad förändring är den enda chansen.

#### KONSULTATION:



Som regel gäller 3 mån diagnosticering, 3 mån planering, 6 mån intervention.

Det är mycket viktigt att vara explicit, tydlig vid konsultationen.

Ställa enkla frågor: Vad är problemet?

Vad kan ni göra?

Vad har ni försökt?

Är självdestruktivitet ett sätt att försöka ha kontroll över andra? Vad står det för?

Det finns ca 500 personer med utvecklingsstörning i Holland som lever under mycket svåra omständigheter - de är inlåsta, har ingen toa, inget fönster i sitt rum.

Personalen är ansvariga för våldet. Det man kan göra som konsult är att hjälpa dem att se problemen och möjligheterna. Det är viktigt att bevara sitt oberoende som konsult.

Det finns många sätt att stötta personal.

Det finns en massa gamla lösningar som lever vidare trots att de inte längre fungerar.

Det är viktigt att man skapar ett utrymme inom institutionerna där möjlighet för växande och utveckling kan ske.

## FRAMTIDEN:

## Orientering

- \* inventering
- \* analys
- \* problemdefinition
- \* förklaringar
- \* tolkningar

## Planering

- \* grundfrågorna
- \* mål
- \* program

## Intervention

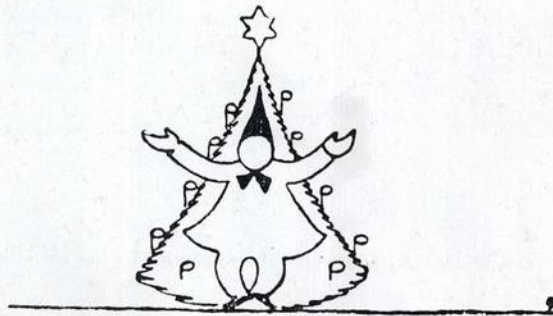
- \* stöd
- \* behandling
- \* utvärdering
- \* effekt
- \* önskvärdhet

## VÄRDE OCH PRINCIPER:

- antropologi
- kultur
- interventionsteori
- "pragmatics"

Sammanställt av Barbro Carlsson, psykolog, Omsorg och Habilitering, Lund





## SMAA SORGER OG GLÆDER

Verdslig Julesalme 1942.

Smaabitte Sorger  
er nyttige — thi  
dem kan man drukne  
de store i.

Og bittesmaa Glæder  
har deres Værdi —  
dem overvintrer jo  
Glæden i.

Saa lad os da unde os  
Hvile ved  
vor Smaabekymring  
og Julefred.