

ViPU Viden

om psykiatri og udviklingshæmning

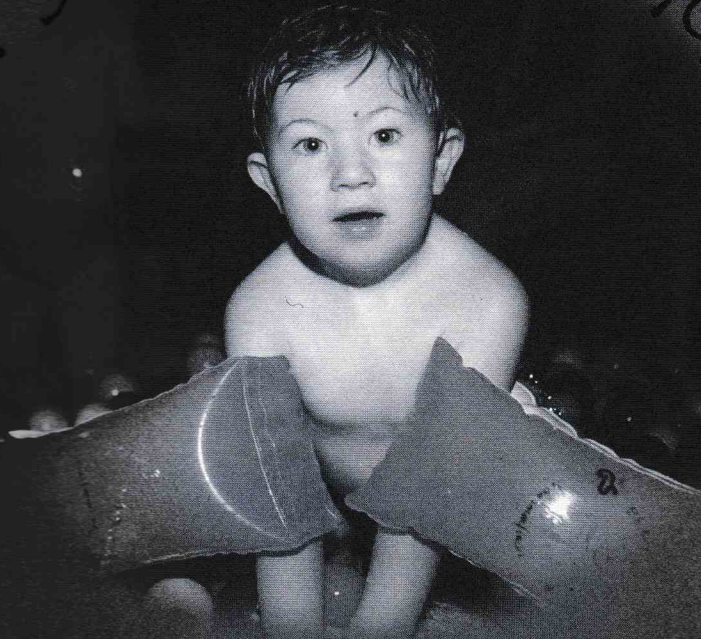
I gamle dage kaldte man det elektrochok. I dag er det en skånsom behandling. Men udviklingshæmmede får sjældent tilbuddet.

[Læs tema side 6]

Flere amter halter bagefter i psykiatrisk bistand til udviklingshæmmede.

[Læs side 20]

I sansernes vand



TEMA

ECT - Når der skal strøm til

Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

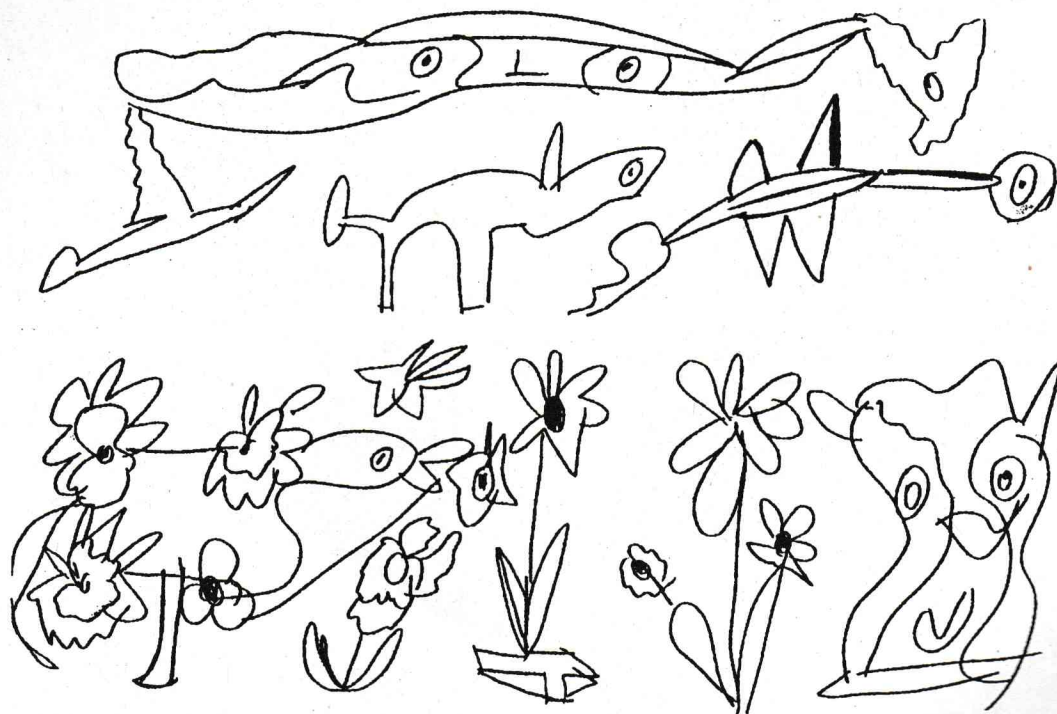
2. årgang - nr. 1 - 2000

Der er mindst 10 psykiatere ansat til at varetage den psykiatriske hjælp til udviklingshæmmede med psykiske lidelser. Sådan lyder Sundhedsstyrelsens svar på et spørgsmål om det kan passe, at der kun er 10 psykiatere på landsplan til at tage sig af udviklingshæmmede med sindslidelser. Vi følger sagen - hvor den er politisk og lægger spørgsmål og svar ud til jer læsere. Vi forsøger at holde gryden i kog, så området ikke bare bliver bundfaldet i den psykiatriske pulje. Det bundfald det er så svært at komme af med og som ikke hører nogen steder hjemme. Heldigvis sker der bevægelse rundt omkring i området, som på en måde har ligget i dvale de sidste 20 år. Og det handler ikke bare om psykiatrien. Læs bare professor Mette Warburgs kommentar. Kan det vir-

kelig passe, at voksne udviklingshæmmede ikke skal have gavn af den nyeste viden? Elektrochok er ikke en nyhed. I dag hedder det ECT og behandlingen er noget mere fredelig end den, vi lærte at kende i Gøgereden. Men en engelsk undersøgelse viser, at udviklingshæmmede sjældent får denne form for behandling, der overfor svære depressioner er en mere skånsom behandling end medicinsk behandling. Det er nogle af dette nummers ingredienser

God læselyst

Mette Egelund Olsen
Informationsmedarbejder
tlf.: 77 89 29 93
email: meo@psykiatri.aaa.dk



Mellem fordom og udvikling

En læges møde med de UDVIKLINGSHÆMMEDE

[Af Mette Egelund Olsen]

“Jeg troede, at personalet forventede, at min opgave kun ville være at stille diagnoser og give medicin,” fortæller overlæge ved Haderslev psykiatriske afdeling Laurits Laursen Bjerre, der deltog i et projekt i Sønderjyllands Amt om udviklingshæmmede med psykiske lidelser.

Det blev slet ikke som han havde forestillet sig - eller frygtet.

“Det positive var at opleve, at pædagogerne også var interesserede i at høre min mening om andre områder, og at jeg også kunne bruge min psykodynamiske tilgang i forhold til de udviklingshæmmede. Min skepsis gik på, at pædagogerne troede, at psykiatere var sådan nogle, der var helt vilde med at give medicin og slet ikke tænkte på andet og kun opfattede patienterne biologisk.”

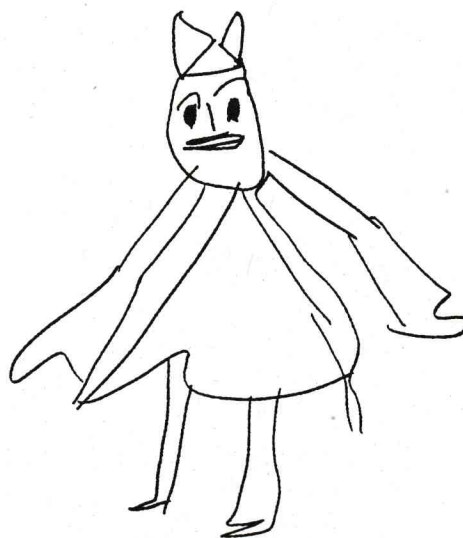
Han oplevede snarere den omvendte verden. At det var ham, der søgte at nedtrappe medicinen, mens nogle af pædagogerne var mere tilbageholdende. Det var endda nogengange fra pædagogernes side, at forslaget om medicin kom.

Mødet med de udviklingshæmmede blev altså også mødet med en ny personalegruppe - pædagogerne. Begge lærte af hinanden. Begge havde brug for hinanden. Psykiateren brugte meget pædagogernes observationer for at få et mere fuldstændigt billede af patienten/beboeren.

“Jo flere pædagoger der deltog i samtalerne om beboerne, jo mere et helt billede kunne jeg få af personen. For det er forskellige ting, de lægger mærke til. Det betød også, at den behandling, der blev sat igang - medicinsk og pædagogisk - blev hørt og forstået af de fleste pædagoger, hvilket også gjorde indsatsen mere hel. Det var positivt at opleve, at pædagogerne ikke var afvisende overfor medicinsk behandling.”

Pædagoger og psykiatere har ifølge Laurits Bjerre forskellige måder at tilnærme sig den udviklingshæmmede på. Psykiateren lægger mere vægt på sygdommene og hvilket

hensyn, der skal tages til vedkommende, mens pædagoger forsøger at opdrage og få individet tilpasset til samfundets krav og normer. Men begge har noget at lære af hinanden.



“Det var vigtigt i arbejdet med beboeren at finde ud af deres forhistorie - både de hjemlige før de kom på institution men også forholdene bagefter. Det gav en bedre forståelse af den udviklingshæmmede og dermed en bedre tilgang, så jeg kunne handle mere helt i forhold til dem. F.eks. var der en beboer, der havde været meget tæt tilknyttet sin far og det fortalte noget om den store betydning de mandlige pædagoger havde for ham. Det kom lidt bag på mig, at jeg kunne bruge min psykoterapeutiske baggrund. Men det skyldtes også pædagogernes åbenhed. Selv om de også tænker i psykodynamiske baner, så har de ikke så megen tradition for, at livshistorier betyder meget,” siger Laurits Bjerre.

Han mener, at der er et klart behov for en psykiater inden-

Mellem
fordom og
udvikling

En læges møde med de UDVIKLINGSHÆMMEDE

for området. En psykiater der kan stille den rigtige diagnose og supervisere personalet i forhold til den psykodynamiske tilgang og behandlingen som helhed. Det er personalet der tager initiativet til kontakten med psykiateren. Det er dem, der beder beboerens egen læge om en henvisning

For overlæge Laurits Laursen Bjerre betød mødet med de udviklingshæmmede, at han måtte smide sine fordomme væk. Både fordomme om pædagoger og hvad han som psykiater kunne udrette blandt de udviklingshæmmede med psykiske lidelser.



til speciallæge. Derfor er vejledningen af personalet ifølge Laurits Bjerre så vigtig.

“Mange tror, som jeg nok troede i starten, at det at være psykiater for de udviklingshæmmede er et spørgsmål om at stille den rette diagnose og ordinere medicin. Men det mest spændende for mig i arbejdet med de udviklingshæmmede var alt det andet. Observationerne, samtalerne - hvor det kunne lade sig gøre - kontakten med de udviklingshæmmede og samarbejdet med pædagogerne,” slutter Laurits Bjerre.

Hvad skal der til for at få psykiatere til at interessere sig for de udviklingshæmmede?

“Der skal undervises i det på speciallægeuddannelsen. For vi har ingen som helst erfaring med området. Jeg er ikke skolet til det. Det jeg skal lære, skal jeg selv erfare mig frem til, og man vil jo helst gerne bruge det, man har lært. Fagligt er det nok lidt ensomt, og jeg tror, man vil være bange for at brænde broen til voksenpsykiatrien. Men jo flere tiltag der sker, jo flere stillinger der bliver oprettet, jo mere relevant bliver det også at få integreret området i speciallægeuddannelsen. Jeg tror, mange psykiatere opfatter de udviklingshæmmede som så specielt et område, at de er bange for ikke at kunne vende tilbage til almenpsykiatrien. De frygter en faglig isolation og savnet af kolleger. Det skal mere frem, at man faktisk godt kan bruge en psykodynamisk uddannelse i forhold til de udviklingshæmmede.”
Laurits Bjerre, overlæge på Psykiatrisk afdeling på Haderslev sygehus.

Fra MUFFE til MENNESKE

I Sønderjylland tog man muffen på og gravede sig ned i nogle til tider umenneskelige livshistorier. Historier om krænkelse og datidens måde at se og behandle udviklingshæmmede på. Udviklingshæmmede der vel at mærke også havde psykiske lidelser. Studiet af de gamle journaler var et led i det udviklingsarbejde, der i 1997 blev sat i værk i Sønderjyllands Amt. Projektet skulle sætte fokus på og skærpe indsatsen overfor de udviklingshæmmede med psykiske lidelser. Et af resultaterne ligger nu som en lille bog på 117 sider: "Har stadig muffe på - klarer sig godt", af forfatterne: Pia Lindblad Brøndahl, Karen Madsen, Karen Nielsen og Hanne Ilona Sørensen. Bogen er udgivet af Sønderjyllands Amt og kan købes for 100 kr. ved henvendelse til: Værkstedet Hjortebro, Solsikkevej 3, 6100 Haderslev, tlf. 74526575.

Bogen tager udgangspunkt i fire udviklingshæmmede med psykiatriske overbygninger. Den er stykket sammen af tre dele. Første del omhandler livshistorierne - genfortalt og fortolket. Anden del analyser og reflekterer sig vej til en forståelse af brugerne, og hvordan man (socialpædagogisk og miljøterapeutisk) kan arbejde med brugerne. Tredje del vægter tværfagligheden mellem pædagogik, psykiatri og psykologi og bygger på projektdeltagernes erfaringer - høstet gennem projektet.

[meGo]



Det første

CHOK**- og behandlingen
der fulgte**

[Af Per Lindsø Larsen]

VIPU VIDEN sætter denne gang fokus på ECT, der tidligere blev kaldt elektrochok. Vi fortæller historien om de grusomme forsøg og miraklerne, der fulgte. Vi skriver om behandlingen i dag, der betragtes som meget skånsom, og er med når en udviklingshæmmet kvinde får sin ECT-behandling. Det er ellers sjældent, at udviklingshæmmede får tilbuddet. Læs om den engelske undersøgelse, der viste, at udviklingshæmmede i lang mindre grad end normale fik tilbuddet om ECT-behandling.

Den 23. januar 1934 kl. 10.30 på Statshospitalet I Budapest stod en ung læge ved en patients seng. I hånden havde han en injektionssprøjte med kampferolie, klar til at indgive patienten. Mange år senere fortalte lægen om tiden op til dette skæbnesvangre øjeblik:

”Jeg husker, at jeg havde diskuteret dette forsøg med min hustru flere uger før, jeg gennemførte det. Da det planlagte tidspunkt rykkede nærmere, steg min angst. Jeg udskød den første injektion flere dage, i hvilken periode min nervøsitet og anspændthed blev endnu større.”

Læge frygtede forsøg

Den ungarske læges navn var Ladislaus von Meduna. Han havde tidligere været forsker ved Universitetet i Budapest, men havde nu ladet sig ansætte ved Statshospitalet, dels for at få adgang til patienter og dels fordi han frygtede, det forestående forsøg ville vække harme blandt kolleger ved universitetet og medføre hans afskedigelse.

Det var ellers flere års studier og forskning, der drev Meduna til at gennemføre dette forsøg, som han mente kunne betyde et gennembrud i behandlingen af skizofreni. I flere lægevidenskabelige tidsskrifter havde han set undersøgelser, der syntes at dokumentere, at epilepsi og skizofreni kun yderst sjældent fandtes i samme person. Det så ud som om, det ene nærmest udelukkede det andet. Eftertiden skulle vise, at det ikke forholder sig således, men det var den viden, Meduna havde at bygge på. Endvidere havde han kendskab til en række enkeltstående tilfælde, hvor krampeanfald af forskellig art og årsag havde medført en synlig bedring hos skizofrene patienter.

Dyr sprøjtet med kampferolie

Tanken var nærliggende: Hvis det var muligt at fremprovokere epileptiske krampeanfald hos den skizofrene patient, ville det muligvis vise sig at være et nyttigt behand-

lingsmiddel. I en serie af dyreforsøg eksperimenterede Meduna sig frem til, at en indsprøjtning af kampferolie var den mest effektive måde at fremprovokere et krampeanfald på. Minutiøse studier gjorde ham endvidere i stand til at beregne den rette dosis, der var høj nok til at skabe de ønskede kramper og samtidig så tilpas lav, at patientens liv ikke var i overhængende fare.

Patienten, der denne januardag i 1934 skulle være genstand for Medunas første forsøg på anvendelse af denne behandlingsmetode, led af skizofreni og havde i 4 år henlagt aldeles urørlig. Han var ude af stand til at tale, bevæge sig eller spise. Med Medunas ord var han "som en statue af træ". Han var alene blevet holdt i live med sondemad. Meduna gav ham injektionen med kampferolie og fortæller videre om både patientens og lægens tilstand:

"Efter 45 minutters nervøs venten fik patienten endelig et klassisk epileptisk anfald, der varede i 60 sekunder. Mens anfaldet stod på, var jeg i stand til at bevare fatningen og gøre de nødvendige iagttagelser, men da anfaldet var ovre, og patienten genvandt bevidstheden, gav mine ben efter under mig. Jeg rystede over hele kroppen og sveden drev af mig. Jeg har senere fået fortalt hvorledes jeg blev ganske askegrå i ansigtet."

Patienten modtog de følgende dage yderligere 4 krampefremkaldende indsprøjtninger og 2 dage efter den femte indsprøjtning, stod han for første gang i 4 år ud af sengen, begyndte at tale, klædte sig selv på uden hjælp og efterlyste morgenmad. Han spurgte, hvor længe han havde været på hospitalet, og da han fik at vide, han var indlagt på fjerde år, nægtede han at tro det. Han blev kort tid efter udskrevet, og ved en opfølgende undersøgelse et år senere fandtes han fortsat at være ved godt helbred.

Fra olie til elektrisk chok

Rygterne om den nye chokbehandling spredtes hurtigt, og i Rom arbejdede lægerne Cerletti og Bini også med forskellige former for krampefremkaldende midler i behandling af skizofreni. Bini var særligt interesseret i muligheden for at anvende elektrisk strøm til at fremkalde kramperne. Det ville muligvis være at foretrække for patienterne, der ofte lå i stor angst og ventede mere end en halv time på de forestående krampeanfald.

Hele sceneriet omkring Cerletti og Binis første forsøg på elektrochok-behandling forekommer noget makabert og var

i mange år medvirkende årsag til en udbredt modvilje mod behandlingsformen.

Først døde dyrene

Bini havde gennem et års tid forsket i at sætte strøm til dyr. Særligt arbejdede han med hunde, men var fejlagtigt af den opfattelse, at dyrene skulle have den ene elektrode i munden og den anden op i endetarmen. 110 volt på denne måde tog imidlertid livet af mere end halvdelen af hundene. Det var et lokalt slagtehus, der kom Bini til hjælp. Her vidste man nemlig, hvorledes det skulle gøres, idet man anvendte elektrisk stød til at bringe dyrene i coma før, de blev slagtet. Bini besøgte slagtehuset og erfarede, at elektroderne ikke skulle placeres i hoved og ende, men på hver sin side af hovedet, således at hjertet ikke blev det svage led i det elektriske kredsløb.

Mennesket i elektrisk chok

Efter at have fået fremstillet et passende strøm-aggregat var Celetti og Bini klar til at forsøge behandlingsmåden på en patient. I Roms gader fandt man i april 1938 en 39-årig mand, der levede en forhutlet tilværelse. Han var plaget af hallucinationer, modtog telepatiske meddelelser og befandt sig tydeligvis i en yderst forpint tilstand. Beredvilligt fulgte han med til hospitalet, intetanende om at han snart skulle indtage statistrollen i et af dette århundredes markante psykiatriske behandlingsgennembrud.

Bini havde beregnet 125 volt i ét sekund som en dosis, der ikke bragte patienten i direkte livsfare. Alligevel besluttede man at starte med 80 volt i 0,2 sekund. Det var imidlertid ikke nok til at fremkalde det ønskede krampeanfald. I stedet brød patienten ud i sang. Da han hørte, at lægerne overvejede, hvor meget der skulle skrues op for strømmen, kom han til fatning og sagde: "Nej, det kan I ikke. Det er morderisk." Han fik dog igen elektroderne på hovedet og denne gang 110 volt i 0,2 sekund. Sangen forstummede, og det ønskede grand-mal anfald blev udløst.

Miraklet skrev historie

Var forsøget faldet virkningsløst ud, havde begivenhederne denne forårsdag i Rom højest indskrevet sig som en bizar fodnote i psykiatriens historie. Virkningen viste sig derimod at være næsten mirakuløs, som tilfældet havde været med Medunas første kampfer-forsøg.

Da patienten kom til bevidsthed, smilede han forbløffet til

de undrende læger. "Véd du hvad der er sket med dig?", spurgte Celetti ham. Han rystede på hovedet: "Jeg har vist sovet." Kort tid efter kunne han udskrives fra hospitalet, og vendte tilbage til det arbejde, han havde haft før sygdommen tog magten over ham. Ved en senere opfølgning 5 år efter, passede han stadig sit arbejde og levede en tilnærmelsesvis normal tilværelse.

Uden for Hospitalet i Rom hænger nu en messingplade med indskriften "Her gennemførte Celetti og Bini i 1938 det første elektrochock".



Kilde: pg07a_1.jpg fra <http://www.cchr.org/ect/eng/page07a.thm>

Årene efter

For at forstå den sejrsgang med hvilken elektrochocket de efterfølgende år gik gennem Europa og USA, skal man erindre, at psykiatrien i øvrigt stod ganske hjælpeløs overfor de fleste alvorlige psykiatriske lidelser. Psykofarmaka var endnu i sin allertidligste vorden, og hospitalerne fyldt med forpinte patienter. Elektrochocket havde vist sig bogstaveligt talt fra den ene dag til den anden at kunne bringe en del af disse patienter tilbage til tilværelsen.

Medicinens historie viser som regel, at alle vigtige opdagelser i en periode af eufori efter fremkomsten bliver brugt i et omfang grænsende til misbrug. Det skete også med elektrochock-behandlingen. En væsentlig årsag var naturligvis at man endnu ikke kendte grænserne for det potentiale, der lå i behandlingsmåden. Tidligt stod det klart, at behandlingsformen mere var egnet til behandling af svære depressioner end mod skizofreni, som Meduna, Celetti og Bini havde antaget, men håbet om nye virkningsområder levede stadigt. Derfor blev behandlingen på alt for mange sindssygehospitalet især i 1940'erne nærmest givet i flæng. I en kronik i Washington Post i 1972 fortalte en tidligere patient, hvorledes hun oplevede et ophold på et sindssygehospital i begyndelsen af 1950'erne:

"Vi blev alle lagt, så vi lå med hovedet i fodenden... Så blev et bord med elektrochock-maskinen rullet ind. Du er rædselsslagen. Du mærker angstens koldsved. Når det bliver for meget, slår følelserne fra, men din hjerne bliver ved med at registrere, hvad der foregår. Den sidste ting du husker er en skarp lyd, en speciel støj fra den elektriske chokmaskine. Dit hoved, din hjerne, slutter det elektriske kredsløb. Du får krampeanfald og udstøder et unaturligt dyrisk brøl, hvorefter du går i coma. Det véd du, fordi du har set det ske med de andre patienter på stuen."

Et frygtet stød

Elektrochocket var af naturlige grunde et frygtet middel. Der måtte to eller flere sygeplejersker til for at holde patienten under krampeanfaldet og alligevel skete det ofte, at de voldsomme anfald medførte brækkede knogler, knækkede tænder og endda brud på rygsøjlen.

Når hertil lægges, at lægerne ofte anvendte elektrochocket, når alle andre behandlingsmåder havde vist sig nyttesløse, er det forståeligt, at det blandt patienter let blev opfattet som et afstraffelsesmiddel, der blev taget i anvendelse, når man ikke opførte sig som ønsket.

Den direkte påføring af smerte fik også mange læger til at nære en modvilje mod at anvende behandlingen, skønt den havde vist sig effektiv i mange tilfælde. Selv elektrochockets fader, Celetti, fortalte senere, hvorledes han under det første forsøg i 1938 ved sig selv havde tænkt: "Dette er ikke en måde at behandle på."

Strømmen tager af

Introduktionen af en række virksomme psykofarmaka i

1950'erne og senere Psykiatrisk Hospital i Risskovs introduktion af lithium-behandlingen i midten af 60'erne, medførte overalt i Europa og USA, at anvendelsen af elektrochok aftog ganske markant i disse år. Medvirkende var det også, at den psykoanalytiske indflydelse i psykiatrien voksede i samme periode. Psykiatriske sygdomme blev i stigende grad betragtet som resultat af psykologiske og ikke biologiske forhold. Følgelig måtte behandlingen være af psykologisk art og focus rettedes mod alle former for psykoterapi.

I kølvandet på dette paradigmeskifte kom anti-psykiatrien i 70'erne, der for alvor bragte den biologiske psykiatri i defensiven. Elektrochokket blev et af de hyppigst anvendte symboler på psykiatriens mest umenneskelige ansigt, og behandlingsmåden opnåede i en kort årrække at blive forbudt i flere amerikanske stater.

Gøderedens magt

En kolossal indflydelse på den offentlige opfattelse af elektrochok fik Ken Casey's roman "One Flew over the Cuckoo's Nest" fra 1962, ikke mindst efter Milos Formans filmatisering med Jack Nicholson i hovedrollen. På dansk fik filmen titlen "Gøgereden". Casey ironiserer i romanen over sine oplevelser fra et sindssygehospital i Oregon i 1950'erne, men filmen blev af mange opfattet som en samtidsskildring af psykiatrien i 70'erne.

Undersøgelser viser, at anvendelsen af elektrochok efter 1980 igen steg. I stigende grad anvendtes nu forkortelsen ECT (Electro-Convulsive Therapy). Årsagen til den atter øgede anvendelse var en erkendelse af, at behandlingsformen i en række tilfælde reelt var uundværlig og det faktum, at der ikke kunne dokumenteres varige bivirkninger ved behandlingen. Endvidere havde anvendelse af narkose og muskelafslappende midler gjort det til en smertefri behandling.

ECT i vore dage

ECT indgår idag som en effektiv og uundværlig del af det psykiatriske behandlingsudbud. At resultaterne af ECT-behandling idag er så overbevisende skyldes ikke mindst en meget omhyggelig visitering før et behandlingsforløb igangsættes. Mere end 50 års erfaring har givet et godt grundlag for præcist at vurdere hvilke patienter, der kan have udbytte af ECT.

Myterne om ødelæggelser i hjernen med varige hukom-

melsesproblemer som følge har være sejlivede, men her mere end 60 år efter de første ECT behandlinger er der ingen dokumentation for varige bivirkning af ECT-behandlinger. Mange eksperter anser endda bivirkningerne ved ECT for at være mindre end ved et alternativt medicinsk behandlingsforløb.



At ECT idag kan udføres på en skånsom måde og kan dokumentere en meget høj behandlingseffekt sammen med udelukkende forbigående bivirkninger har medført, at modstanden mod ECT gennem de sidste årtier er aftaget betydeligt, og også i den mere psykologisk orienterede del af psykiatrien accepteres ECT bredt som et uundværligt element i viften af behandlingsmuligheder.

Den væsentligste modstand mod ECT er i 1990'erne kommet fra Scientology-kirken, der under slogans som "psykiatri dræber" og "psykiatri ødelægger sjæle ved at påføre smerte" har markeret en markant modstand mod ECT. Scientology mener, at ECT er at sammenligne med et langsomtvirkende "hvidt snit", der igangsætter en vedvarende, akkumulerende ødelæggelsesproces i hjernen. At psykiatrien på trods af viden herom fortsætter med at anvende ECT, skyldes ifølge Scientology, at ECT er "en indbringende pengemaskine for psykiatri-industrien". Interesserede kan læse mere på organisationens anti-ECT hjemmeside: www.cchr.org/ect/eng/page00.htm. Det overlades til læseren selv at vurdere lodigheden.

ECT - Når der

SKAL

[Af Mette Egelund Olsen]

strøm til

“Giver man hjernen et chok, der blanker den helt af, så den starter forfra igen - eller hvad?”, lyder et typisk spørgsmål, når talen falder på det, der i gamle dage hed elektrochok. I dag hedder det ECT-behandling. En behandling lysår langt fra den tidligere så voldsomme behandling, mange stiftede bekendtskab med i filmen Gøgereden.

Først og fremmest bruges ECT i behandlingen af svære depressioner. ECT står for electro-convulsive therapy og betyder behandling, der virker ved hjælp af elektrisk fremkaldte krampes. Behandlingen bruges også i forbindelse med akut delir - en tilstand der kan opstå i forbindelse med psykoser. På grund af angst og uro er personen i uafbrudt aktivitet døgnet rundt, med høj puls og stigende temperatur. En tilstand man ubehandlet kan dø af. ECT er eneste hjælp. Ligesom ECT kan være livredende i forbindelse med svære depressioner med selvmordstanker.

ECT er omgærdet af mystik og tabu. Og behandlingen har da også været en anden gang. Den er imidlertid blevet forfinet blandt andet i forbindelse med på hvilke indikationer, behandlingen gives.

“Den strøm hjernen får ved en ECT-behandling svarer til, hvad der er i et lille lommelygtebatteri”

“De sidste 20 år har man afgrænset anvendelsesområdet meget. Man ved også i dag, at det gælder om at lave et krampeanfald med mindst mulig strøm og man bruger da også langt meget mindre strøm i dag end for bare 15 år siden. Desuden er der koblet en computer på i dag, der gør det lettere at indstille strømmængden efter den enkelte person. Den måler modstanden mellem elektroderne og giver

En magnetisk fremtid

Der kan være en afløser for ECT på vej. For tiden laves der forsøg med magnetstimulation. Endnu er det ikke lige så effektivt som ECT til de svære tilfælde. Men fordelene er blandt andet, at man undgår narkosen og får færre bivirkninger. Magnetisme virker ved, at der framkaldes et meget kraftigt magnetfelt ved hjælp af strøm. Ved hjælp af en spole med et hurtigt skiftende magnetfelt kan man påvirke hjernen. Det nye er at det tyder på, at en stimulation over venstre pandelap har en gunstig virkning på alvorlige depressioner.

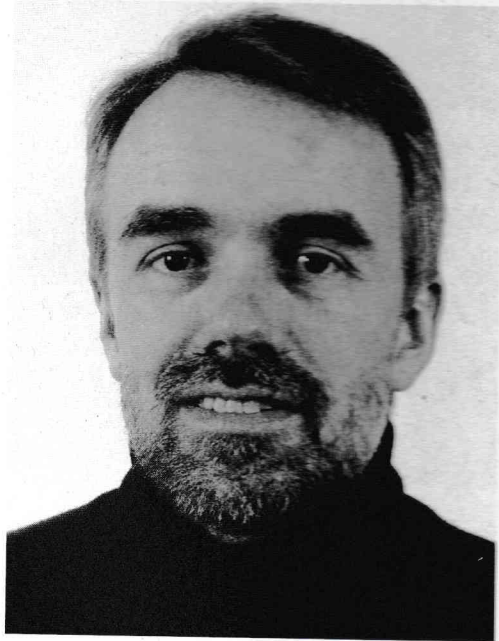
(Kilde: Poul Videbech, overlæge på Psykiatrisk Hospital i Århus)

den mindst mulige mængde strøm, der skal til. 95 procent af strømmen går udenom hjernen og gennem selve kraniet, der er en langt bedre leder end selve hjernen. De sidste 5 procent starter, hvad der ligner et epileptisk anfald. Men på grund af narkosen er det meget svagere. Musklene bruger ikke ilt fra hjernen. Normalt giver et krampeanfald iltmangel. Men fordi musklene er afslappet på grund af narkosen, er der masser af ilt til hjernen. Som en ekstra sikkerhed gives der dog altid ekstra ilt. Hjernens elektriske aktivitet registreres desuden under krampeanfaldet, der i alt varer fra 30 sekunder til et minut,” fortæller Poul Videbech, overlæge og speciallæge i psykiatri ved Psykiatrisk Hospital i Århus.

Selve behandlingen foregår ved, at patienten først kommer i en let bedøvelse, så hun ikke mærker smerter eller ubehag. Man sprøjter et sovemiddel med hurtig virkning ind gennem en lille kanyle, der er placeret i en blodåre i hånden. Når patienten er bedøvet, gives der noget, der får musklerne til at slappe af. Desuden gives der noget, der nedsætter spytmængden. Små elektroder er blevet placeret på hovedet. Elektroderne, hvor igennem strømmen tilføres,

kan placeres på 2 måder. Enten bilateralt - i hver tinding eller unilateral, hvor den ene placeres i en tinding (over den ikke dominerende hjernehalvdel) og den anden på issen. Den sidste giver færre bivirkninger, men har en svagere virkning, der kan kræve flere behandlinger. Der sættes så strøm til. Den svage strømdosis - der svarer til mængden i et lommelygtbatteri - påvirker et lille område af hjernen. Efter strømmen er slukket, breder impulserne sig ud fra dette område og fremkalder et krampeanfald. Det kan ikke sammenlignes med et rigtigt krampeanfald på grund af bedøvelsen, og det viser sig da også kun som små trækninger i arme og ben. Der skal gerne mere til end en enkelt behandling og ECT gives da oftest som en serie af behandlinger på omkring 9.

“Der er både historiske og holdningsmæssige forskelle landene mellem. F.eks anvender Holland og Tyskland ECT mindre end os. I USA var det på et tidspunkt forbudt i nogle stater. Det skete blandt andet på baggrund af 50'erne, hvor elektrochok blev flittigt brugt uden ilt og muskelaf-



Poul Videbech, overlæge på Psykiatrisk Hospital i Risskov tror, at flere psykiatere vil være tilbageholdende med at give ECT til udviklingshæmmede, fordi de vil have svært ved at forstå, hvad behandlingen går ud på.

Foto: Kim Kejlberg

slappende medicin og ud fra en forestilling om, at man kunne nulstille mennesket og bagefter bygge det op igen” siger Poul Videbech og forklarer videre, at forskelle også findes indenfor landets egne grænser. I Århus f.eks placerer man elektroderne over den ikke-dominerende hjernehalvdel. Det minimerer bivirkningerne, men gør til gen-



gæld effekten svagere. I København gør man det omvendt. Her prioriterer man en kraftigere effekt.

I dag betragtes ECT-behandling som en langt mere skånsom behandling end medicin. Derfor anbefales behandlingen også til ældre og svagelige personer, der bedre tåler denne behandling end psykofarmaka. Der går desuden længere tid, inden den antidepressive medicin virker, og den virker kun på omkring 65-70 procent, hvor imod ECT virker på omkring 80-90 procent af tilfældene.

“Det handler om hvor lidt strøm man kan give for at holde patienten fri for depressioner”

Men selv om behandlingen er skånsom, har den også bivirkninger. Omkring 10 procent bliver meget forvirrede i opvågningsfasen. Forvirringen kan vare fra minutter til timer. Der kan optræde hukommelsesproblemer i dagene efter behandlingen - i værste tilfælde kan det vare nogle uger, hvor patienten kan have svært ved at huske. Det er korttidshukommelsen, der rammes, så det kan f.eks være et problem, hvis man skal lære noget nyt i den periode. Derfor kan ECT i modsætning til medicinsk behandling ikke kombineres med psykoterapi.

Bivirkningerne er meget grundigt undersøgt, og der er ingen permanente skader. Hukommelsen kommer igen og almindeligvis er der ingen generende bivirkninger. Et svært deprimeret menneske kan op til behandlingen også være så plaget af depressionen, at eventuelle hukommelsesproblemer bagefter slet ikke mærkes i forhold til den invaliderende tilstand vedkommende befandt sig i før behandlingen.

Lige efter behandlingen kan kroppen virke øm og forslået. Det skyldes narkosen og er ikke værre end, at det går over med en almindelig smertestillende tablet.

Desuden er der intet, der tyder på hjerneskader i forbindelse med ECT. Der er gennem årene lavet mange undersøgelser.

“Man ved, der sker en masse forandringer i hjernen ved et sådant krampeanfald. Men vi ved ikke hvilke af dem, der er vigtige for effekten af behandlingen. Man ved, at blodgennemstrømningen øges og nogle forskellige nervesystemer i hjernen får øget deres aktiviteter, men man kan i dag ikke pege på den ting, der gør, at det virker. Men

det virker,” fortæller Poul Videbech og fortsætter: “Jeg tror dog, at flere psykiatere som jeg vil have det lidt svært med at give behandlingen til et menneske - en udviklingshæmmet - der ikke helt forstår, hvad det er, der skal ske. Nogle vil måske mene, det er uetisk. Men

samtidig kan man jo også sige, at det er uetisk ikke at give den udviklingshæmmede den bedste behandling,” slutter Poul

Videbech, der savner en registrering af til hvem og hvor mange ECT-behandlinger, der gives på landsplan. I Århus gives der omkring 2000 behandlinger til 200 mennesker pr. år.

Læs mere på:
Poul Videbechs hjemmeside om depressioner og FAQ - ofte stillede spørgsmål - kan findes på internet-adressen:

<http://members.xoom.com/depressioner>

“ECT” af Professor, overlæge, dr.med. Raben Rosenberg, udgivet i 1999 af PsykInfo Forlaget, Psykiatrisk Videnscenter, Skovagervej 2, 8240 Risskov, tlf. 77893231

ECT gives sjældent til udviklingshæmmede

[Af Per Lindsø Larsen]

To forskere fra Department of Learning Disability i Nottingham satte sig for nyligt for at undersøge om ECT-behandling anvendes i samme omfang blandt udviklingshæmmede som i den øvrige befolkning.

For at afprøve dette henvendte forskerne sig til de psykiatere, der varetog den psykiatriske behandling af udviklingshæmmede i et befolkningsområde med knap 5 millioner

mennesker - altså omtrent svarende til Danmarks befolkning. Det drejede sig om i alt 24 psykiatere, der helt eller delvis beskæftigede sig med udviklingshæmmede.

Psykiaterne blev bedt om at angive hvor mange udviklingshæmmede, de i de seneste 5 år havde henvist til ECT-behandling samt hvor mange ECT-behandlinger, disse patienter havde modtaget. Samtidig blev psykiaterne bedt

om at oplyse, hvorvidt de mente, ECT-behandling blev anvendt mere eller mindre blandt udviklingshæmmede end i almindelighed, samt de eventuelle årsager hertil.

Til sammenligning havde forskerne flere store befolkningsundersøgelser, der viser, at der for hver 100.000 indbyggere på ét år gives ca. 150 ECT-behandlinger. Da omfanget af psykiske lidelser som bekendt er væsentlig højere blandt udviklingshæmmede, måtte man på forhånd forvente, at det måtte afspejle sig i en hyppigere anvendelse af ECT-behandling.

Resultaterne af undersøgelsen kan ikke undgå at give rynker i panden. Det viste sig nemlig, at de 24 psykiatere de forudgående 5 år havde henvist 8 patienter til i alt 122 ECT-behandlinger. Korrigeres tallene, så de bliver sammenlignelige med befolkningsundersøgelserne (forskernerne satte forsigtigt antallet af udviklingshæmmede til 1 procent af befolkningen), så viste det sig, at der for hver 100.000 udviklingshæmmede gives 54 ECT-behandlinger pr. år.

"Det er min opfattelse, at de samme forhold gør sig gældende i Danmark som i England. ECT-behandling gives sjældent til udviklingshæmmede. En af grunden kan være institutioners og pårørendes modvilje mod behandlingen, som kan skyldes manglende viden om, hvordan behandlingen foregår idag."

*Overlæge, speciallæge i psykiatri
Kurt Sørensen*

Groft sagt stilles ECT-behandling altså 3 gange så hyppigt til rådighed for normalbefolkningen som for udviklingshæmmede.

Det er svært umiddelbart at finde saglige begrundelser for denne forskelsbehandling. Antallet af personer med psykiske lidelser, der ikke responderer på medicinsk behandling og potentielt kunne få afkortet lidelserne med ECT-behandling, er ikke mindre blandt udviklingshæmmede. Sygdomssituationer hvor ECT-behandling kan være direkte livsreddende er ikke færre i denne gruppe.

Ligeledes afviser eksisterende undersøgelser, at bivirkninger ved ECT-behandling er større for udviklingshæmmede eller, at behandlings-effekten er mindre. F.eks. fulgte en undersøgelse fra 1989 8 personer med Down Syndrom, der var blevet henvist med mistanke om demens, men som ved nærmere udredning viste sig at lide af depression. Kun 5 af disse kunne hjælpes med antidepressiv medicin. De resterende 3 blev henvist til ECT-behandling og alle 3 med positivt resultat.

Blandt psykiaterne i Nottingham-forskernes undersøgelse var over halvdelen på forhånd klar over, at udviklingshæmmede ikke får stillet ECT-behandling til rådighed i samme omfang som den øvrige befolkning.

De vanskeligheder ved henvisning af udviklingshæmmede til ECT, der hyppigst blev angivet, var problemer med transport, besvær med at få indhentet informeret samtykke samt det forhold, at det kan være svært at stille præcise psykiatriske diagnoser hos udviklingshæmmede.

Det angives også som årsag, at forslag om ECT-behandling ofte møder modstand hos det pædagogiske institutionspersonale og pårørende, der hellere accepterer, at den udviklingshæmmede går rundt med en ubehandlet psykisk lidelse.

Hvad enten dette er udtryk for fordomme blandt psykiatere eller er et reelt billede af personale- og pårørendeholdninger til ECT, så risikerer det i længden at forstærke forskellen mellem normalbefolkningens og udviklingshæmmedes adgang til ECT-behandling. Undersøgelser har nemlig vist, at holdningen til ECT-behandling i områder eller på institutioner hvor behandlingen aldrig eller sjældent anvendes har tendens til at være præget af forældede medie billeder af elektrochok-behandling, mens hyppigere bekendtskaber med den ofte meget markante effekt af ECT og erfaringen med, at bivirkningerne er forbigående, øger forståelsen af nødvendigheden af ECT som behandlingsmulighed.

Det skal understreges, at undersøgelsen omhandler engelske forhold og ikke nødvendigvis giver et dækkende billede af udviklingshæmmedes adgang til ECT-behandling i Danmark.

P. Cutajar & D. Wilson: The use of ECT in intellectual disability. (Journal of Intellectual Disability Research, Vol. 43, Part 5, pp. 421-427, October 1999).

Margit kommer i stødet en gang om ugen

Venteværelset til ECT-behandling på Psykiatrik Hospital i Risskov. Klokken er 9.30. Margit går ind af døren. Hun kender turen. Fra institutionen og til hospitalet. Hun sætter sig ned på en af stolene. Hun har været her mange gange før. Faktisk en gang om ugen de sidste to og et halvt år. Selv om personalet på ECT-afdelingen er skiftende, kender hun efterhånden de fleste. Hun ved også, hvad der skal ske. Hun skal have et stik, så hun sover. Og bagefter når hun vågner, så har hun det godt.

“Det er dejligt”, siger hun selv.

En pædagogmedhjælper fra bo-institutionen følger Margit hele vejen. Der er lidt ventetid, men Margit tager det pænt. Hun sidder foroverbøjet på stolen. Har fastet siden igår klokken 19.30. Det er næsten det sværeste. Ingen morgenmad at skulle have. Men hun har efterhånden accepteret det. Op af sengen klokken 7.45 og så lige et bad, inden de kører afsted i institutionens minibus. De plejer at være hjemme igen ved frokosttid.

Margit kaldes ind. Hun kommer op at sidde på en seng. Et forhæng trækkes for. Hun får skoene og frakken af. Det lægges i en lille kurv under sengen. Tæppet kommer på. Hun lægger sig på sengen, ruller selv ærmet op. Kender proceduren. Der skal måles blodtryk. Hun begynder at ryste en smule. Det sitrer i hendes krop. Det er stikket til plasticrøret, der snart skal i en blodåre i hånden og bane vej for bedøvelsen. Pædagogmedhjælperen holder hånd. Stikket er hurtigt overstået, gardinet trækkes fra og Margit køres ind i rummet ved siden af, hvor der er sygeplejerske, læge og plejer. Der er kun gået et par minutter.

“Du skal ligge på ryggen”, siger de, da Margit helst vil rulle om på siden. En ledning sættes på fingeren.

“Nu får du noget, du sover af. Kan du sove godt,” siger narkosesygeplejersken og sprøjter bedøvelsen ind i blodåren.

“Jeg har prøvet det før,” fortæller Margit.

Hendes pande sprittes af. Plejeren sætter små elektroder fast, der måler hjernens elektriske aktivitet under anfaldet. Selve anfaldet fremkaldes af to elektroder, der holdes på hovedet, imens strømmen er tilsluttet. Men først falder Margits øjne i. Der er gået et par minutter. Hun får en tandbeskytter i munden og en maske med ilt for næsen. Hun er i fuld narkose nu. Hun får lidt mere luft, end hun selv ville trække - ligesom inden man dykker ned under vandet - og holder vejret. De to elektroder hvor igennem strømmen skal løbe er tilsluttet en computer. En psykiater overvåger og indstiller apparatet. Det er ham, der har ansvaret for behandlingen. Der tændes for strømmen. Hendes krop sitrer i omkring 10 sekunder. Små svage ryk. Hendes ansigt rødmer. Slappes af. Trækkene mildnes. Computeren slukker automatisk for strømmen. Krampen fortsætter lidt endnu af sig selv. Det er næsten ikke til at se det. En udskrift viser hjernens aktivitet. Psykiateren studerer stimlen hurtigt. Der er, som det skal være. Det er overstået på mindre end et halvt minut. Margit køres ind på en opvågningsstue ved siden af, hvor hun kan ligge, til hun vågner. Hun plejer at vågne op igen efter 35 minutter. En halv time senere sætter hun sig op i sengen. Hun kommer ned igen. Blunder ti minutter mere. Kommer så op at sidde.

Pædagogmedhjælperen hjælper hende. Hun får sko og frakke på og støttes på vejen ind i rummet ved siden af. Der er andre, der også ligger til opvågning. Margit drikker et par glas vand og saftvand, spiser en banan og et par kiks, inden de kører hjem igen til institutionen.

(Navnet Margit er opdigtet.
Hendes rigtige navn er kendt af redaktionen.)

Margit er en 56-årig udviklingshæmmet (imbecil) kvinde, der lider af en mani-depressiv psykose.

Hun kom på institution som 21-årig efter en traumatisk oplevelse, der medførte en akut psykotisk reaktion. Hendes tilstand har derefter været meget svingende. Hun har gennem årene fået meget - og forskellig slags - psykofarmaka - uden at det har haft en tilstrækkelig virkning. Hun har virket depressiv men samtidig rastløs, jamrende, klynkende og udkældende. Hun har dog mange ressourcer, et godt sprog og kan færdes frit i institutionen. Men hendes hverdag er præget af de store stemningskift, hvor hun bliver fjern og svær at få kontakt med, og hvor hun næsten ikke taler og skal have hjælp til mange ting, bliver voldelig, skrigende og grædende.

De sidste 20 år har hun en gang imellem fået ECT-behandling i de perioder, hvor hun har været meget dårlig. Men de sidste 2 og et halvt år har hun fået ECT-behandling forebyggende en gang om ugen.

Den ugentlige behandling holder hende i ligevægt. Personalet oplever, at i den tid, hun har fået behandlingen forebyggende, har fået et langt bedre liv. Hun kan deltage i aktiviteter, se fjernsyn og være i social kontakt med både personale og medbeboere. Hun er stemningsmæssigt forbløffende stabil, men har dog lidt vanskeligheder ved at finde rundt i afdelingen og kan ikke finde ud af simple ting, der kræver at hun skal orientere sig. Det kan skyldes en form for forvirring som følge af ECT-behandlingen. Men generne synes at være mindre end fordelene, der er ved behandlingen. Faktisk kan personalet mærke på Margit, at hun dagene inden den ugentlige ECT-behandling bliver mere mørk og tung i udtrykket i øjnene. Hun bliver mere rystende og krampagtig. Men straks efter behandlingen ser hun meget mere lys og let ud i ansigtet. Hendes sprog bliver bedre, og hun er slet ikke mere så sammenbidt.

Gammel medicin på gamle diagnoser

Siden sidst

SAGEN: Psykofarmaka til udviklingshæmmede

Den 9. og 10. september satte TV-Avisen (DR1) fokus på udviklingshæmmede, der fik forældet psykofarmaka. Flere politikere på Christiansborg reagerede. Tove Videbæk fra Kristeligt Folkeparti rettede spørgsmål til Sundhedsminister Carsten Koch. ViPU Viden bringer her Tove Videbæks spørgsmål og begrundelse og Carsten Kochs svar. Bagefter følger spørgsmål stillet til (og svar fra) sundhedsministeren fra socialudvalget. Andet steds i bladet gør ViPU Viden status over, hvordan amternes psykiatriske betjening af de udviklingshæmmede er i dag.

Til sundhedsministeren (15/9 99) af:

Tove Videbæk (KRF):

»Vil ministeren tage initiativ til en udredning på ministerielt plan om oligofrenipsykiatri?«

Begrundelse:

I 1995 udgav Sundhedsstyrelsen »Målsætninger for Kvalitet i Voksenpsykiatrien«. Rapporten påpegede en række problemer inden for oligofrenipsykiatri (dvs. udviklingshæmningspsykiatri). Bl.a. blev det påpeget, at der ikke findes specialafdelinger til udredning og behandling af udviklingshæmmede med psykiske lidelser, og at »personalet på særforborgens institutioner har for ringe psykiatrisk viden, mens omvendt de almenpsykiatriske afdelinger har for ringe erfaring i vurdering af den særlige udformning, de kendte psykiatriske sygdomme har hos udviklingshæmmede«.

Ifølge rapporten har mindst 1/5 af de udviklingshæmmede i

Danmark klare psykiatriske sygdomme, mens mindst 1/3 har væsentlige adfærdsforstyrrelser.

Rapporten anbefalede, »at området snarest gøres til genstand for en udredning på ministerielt plan«. Et sådant udredningsarbejde er dog stadig ikke sat i værk.

Senest er problematikken taget op i TV-Avisen torsdag den 9. september 1999 kl. 21.00. Af indslaget fremgik det, at udviklingshæmmede i stor udstrækning får forældet, forkert eller for megen medicin. Desuden er der stadig kun 10 speciallæger til at betjene minimum 5.000 udviklingshæmmede i Danmark.

Spørgeren efterlyser, at der bliver taget initiativ til en handlingsplan, så der snarest kan blive sat forbedringer i gang for denne udsatte gruppe.

Svar (23/9 99)

Sundhedsministeren (Carsten Koch):

Jeg vil gerne starte med at understrege, at regeringen er opmærksom på de særlige problemer, som knytter sig til udredning og behandling af sindslidende udviklingshæmmede.

Sundhedsstyrelsens rapport "Målsætninger for kvalitet i Voksenpsykiatrien" fra 1995 pegede som noget centralt på behovet for at styrke viden og erfaring i vurdering af den udformning, de kendte psykiatriske sygdomme har hos udviklingshæmmede. På bl.a. den baggrund blev der, som led i opfølgningen på psykiatraførelsen af 4. april 1997, bevilget 3,1 mio. kr. til etablering af et videnscenter for psykiatri og udviklingshæmning. Centeret er placeret på Oligofreniklinikken ved Psykiatrisk Hospital i Risskov. Sundhedsministeriet er repræsenteret i centerets styregruppe.

Centeret har til opgave at indsamle og formidle viden om psykiske sygdomme og deres fremtrædelsesformer hos udviklingshæmmede samt at oplyse om behandlingsformer til denne patientgruppe. Centeret yder råd og vejledning ved personlig eller telefonisk henvendelse og gennemfører kurser af forskellig art. Der er i tilknytning til centeret etableret et omfattende bibliotek samt en database, som dækker mere end 30.000 artikler om oligofrenipsykiatri. Centeret står desuden bag udgivelsen af et elektronisk opslagsværk, som i et letforståeligt sprog behandler mange områder af psykisk udviklingshæmning.

Jeg kan endvidere oplyse, at indsatsen for sindslidende udviklingshæmmede vil blive drøftet på det kommende møde i Sundhedsstyrelsens Rådgivningsgruppe vedrørende psykiatri den 27. september 1999.

På baggrund af bl.a. disse drøftelser vil jeg tage stilling til, om der er behov for en udredning af indsatsen på området.

Sagen fortsat

Folketingets Socialudvalg stillede desuden 14. september 1999 spørgsmål til sundhedsministeren. ViPU Viden bringer her spørgsmål og svar:

“Ministeren bedes kommentere oplysningerne i DR 1, den 9. september 1999 hvoraf det fremgik, at psykisk udviklingshæmmede modtager medicin, der angiveligt er forældet, og hvor man ikke er klar over de bivirkninger de psykisk udviklingshæmmede får via denne medicin.”

Svar:

Jeg har til brug for min besvarelse indhentet en udtalelse fra Sundhedsstyrelsen. Det fremgår heraf, at der gælder de samme principper for behandling af sindslidende udviklingshæmmede som for øvrige psykiatriske patienter. Jeg skal derfor henvise til vedlagte besvarelse af folketingsspørgsmål nr. S 3141 (Henvisning 1), der omhandler brug af hhv. nye og ældre typer neuroleptika.

Spørgsmål:

“Er det korrekt, at der kun er 10 psykiatere ansat til at varetage medicinering af psykisk udviklingshæmmede? I

bekræftende fald ønskes det oplyst, om ministeren finder det tilfredsstillende.”

Svar:

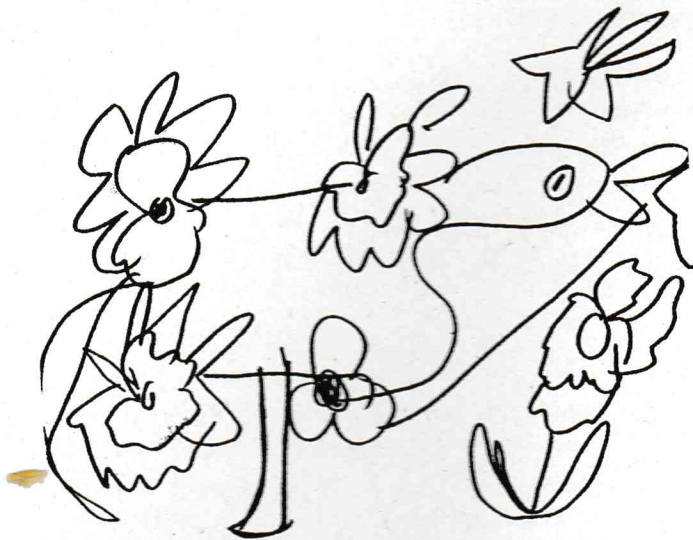
Jeg har til brug for min besvarelse indhentet følgende udtalelse fra Sundhedsstyrelsen:

“Der findes ingen sikre oplysninger om antallet af udviklingshæmmede mennesker i Danmark og ej heller sikre oplysninger om antallet af oligofrenipsykiatriske patienter, dvs. udviklingshæmmede med en samtidig psykiatrisk lidelse. Der skønnes dog at være ca. 5.000-10.000 oligofrenipsykiatriske patienter i Danmark. En af grundene til at der ikke findes sikre tal over antallet af udviklingshæmmede er, at de kan opholde sig flere steder bl.a. i eget hjem, særlige boformer eller på institutioner.

Helt generelt bør udviklingshæmmede have de samme muligheder som resten af befolkningen for at få diagnosticeret og behandlet deres psykiatriske lidelser. Såvel udredning som behandling er som udgangspunkt derfor en opgave for det psykiatriske system i bopælsamtet, selvom der i visse tilfælde kan være behov for særlig ekspertviden om udviklingshæmmede. Sundhedsstyrelsen har i “Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien” (1995) anbefalet, at der i amterne sættes fokus på denne udredning og behandling, hvilket meget vel kunne være ved et samarbejde mellem flere amter. Sundhedsstyrelsen pegede endvidere i “Vejledning om Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet, 1996” på, at der kunne være behov for udvikling og etablering af nye eller særlige tilbud til grupper med specielle problemer bl.a. udviklingshæmmede med psykiske lidelser.

Sundhedsstyrelsen har i anledning af folketingsspørgsmålet telefonisk forespurgt amterne om antallet af psykiatere, der specielt har opgaver med at diagnosticere og behandle oligofrenipsykiatriske patienter, og er blevet oplyst om, at der i flere amter er ansat én eller flere fuldtidspsykiatere til at behandle denne gruppe patienter (Århus Amt, Fyns Amt, Nordjyllands Amt, Vejle Amt og Københavns Amt). Nogle amter har ansat deltidskonsulenter til at behandle denne gruppe patienter f.eks Frederiksborg Amt og Vestsjællands Amt. Andre amter (Ribe Amt, Bornholms Amt og Ringkøbing Amt) køber bistand fra andre amter, når der er behov for ekspertviden om denne gruppe patienter.

Ud fra de oplysninger Sundhedsstyrelsen har kunnet skaffe, må det anses for at være korrekt, at der i Danmark er ansat mindst 10 psykiatere til specielt at varetage ekspertfunktioner inden for denne gruppe af patienter.



Flere amter lever således tilsyneladende op til de skitserede målsætninger, mens andre amter gør det i mindre grad. Sundhedsstyrelsen skal dog i denne forbindelse gøre opmærksom på, at der inden for flere lægelige specialer heriblandt inden for psykiatri er et problem mht. udbuddet af speciallæger. I den forbindelse blev der i psykiatraftalen af 4. april 1997 bevilget midler til etablering af nye uddannelsesforløb for speciallæger. Med den nye psykiatraftale for perioden 2000-2002 er man blevet enige om at fortsætte de uddannelsesaktiviteter for læger, som blev iværksat ved udmøntningen af psykiatripuljen fra 1997.

Sundhedsstyrelsen konstaterer endvidere, at der inden for feltet oligofrenipsykiatriske lidelser er foregået flere konstruktive tiltag inden for de senere år. Således har der i Århus siden 1989 været etableret en Oligofreniklinik under ledelse af overlæge Kurt Sørensen. Samme sted er der desuden i henhold til psykiatraftalen af 4. april 1997 etableret et Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning, hvorfra der bl.a. udgives regelmæssige nyhedsbreve m.m. Endvidere har overlæge Jens Lund i 1990 produceret en dansk doktordisputats med titlen "Psykiatriske aspekter ved mental retardering".

Sundhedsstyrelsen kan oplyse, at spørgsmål vedrørende diagnostik og behandling af oligofrenipsykiatriske patienter vil indgå i Sundhedsstyrelsens overvejelser på psykiatrimrådet under det kommende arbejde med revision af Sundhedsstyrelsens Vejledning vedrørende Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet."

Jeg kan i forlængelse af Sundhedsstyrelsens udtalelse oplyse, at Sundhedsministeriet har aftalt med Amdrårdsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab, at der ved udmøntningen af psykiatraftalen af juni 1999 reserveres i alt 70 mio. kr. til uddannelsesforløb for speciallæger og sygeplejersker. Heraf reserveres 50 mio. kr. til fortsættelse af de aktiviteter, som blev iværksat med psykiatraftalen af 4. april 1997. De resterende 20 mio. kr. reserveres til oprettelse af nye uddannelsesforløb for speciallæger i psykiatri og i børne- og ungdomspsykiatri.

Jeg forventer, at denne fortsatte opprioritering af uddannelsesindsatsen i psykiatrien også vil føre til et løft i kvaliteten af tilbuddene til sindslidende udviklingshæmmede. (Svar fra Carsten Koch, sundhedsminister).

Henvisning 1:

Til sundhedsministeren. (8/9 99) af:
Birthe Skaarup (DF):

»Vil ministeren kommentere Søndagsmagasinets udsendelse på DR1 den 5. september 1999, om at patienter i det psykiatriske system bliver behandlet med utidssvarende medicin med fare for farlige bivirkninger?«

Svar (20/9 99)

Sundhedsministeren (Carsten Koch):

Jeg har til brug for besvarelsen af spørgsmålet indhentet en udtalelse fra Sundhedsstyrelsen, som jeg kan henholde mig til:

"Inden for de seneste 10 år er der i Danmark blevet indregistreret fire nye neuroleptika. Heraf er to (Roxiam og Serdolect) trukket tilbage igen på grund af uventede bivirkninger, observeret efter at stofferne var markedsført.

I nedenstående tabel gives en oversigt over nogle af de mest almindelige bivirkninger ved behandling med henholdsvis traditionelle antipsykotika og de to nye antipsykotika.

	Søvndyssende	Blodtryk/mundtørhed	Bevægeforstyrrelse	Vægtstigning
Traditionelle Antipsykotika	+	+	+++	+
Zyprexa	++	++	(+)	++

Der er på nuværende tidspunkt to af de markedsførte nye neuroleptika (Risperdal og Zyprexa) tilbage på markedet.

På baggrund af tilbagetrækningen af to af de nye neuroleptika finder styrelsen, at det er rimeligt at udvise en vis tilbageholdenhed med hensyn til anvendelsen af ny medicin, indtil der foreligger yderligere erfaring efter markedsføring. Såfremt man i øvrigt har opnået et rimeligt behandlingsresultat med et af de traditionelle, ældre antipsykotika, er det således ikke uden videre tilrådeligt at skifte behandling til et nyt præparat.

De nye antipsykotika er ikke bivirkningsfri, men de har en noget anden bivirkningsprofil end de traditionelle præparater.

Det skal bemærkes, at langt fra alle patienter oplever disse bivirkninger ved behandling med såvel de nye som de traditionelle antipsykotika.

Kvinden i omtalte fjernsynsudsendelse blev angiveligt behandlet med et traditionelt antipsykotisk præparat, og havde bivirkninger bl.a. i form af meget svære neurologiske bevægeforstyrrelser (svarende til tre plusser i skemaet). Denne type bivirkninger ses hyppigt i mild grad ved behandling med traditionelle neuroleptika og kan typisk have karakter af muskelstivhed. Kun yderst sjældent er symptomerne så udtalte, som dem der blev vist i fjernsynet. Med en anden antipsykotisk behandling kunne kvinden muligvis have fået andre bivirkninger.

De nye præparater vil således ikke i alle tilfælde være bedre end de traditionelle. Det er heller ikke givet, at en patient, der har god antipsykotisk effekt af et traditionelt

antipsykotikum, vil respondere lige så godt på et nyt og for den sags skyld omvendt.

I øvrigt skal det bemærkes, at det ved behandling af patienter med kronisk psykotiske tilstande i mange tilfælde vil være en fordel at behandle med depotpræparater. Denne anvendelsesform forefindes endnu ikke for de nye præparater.

Sundhedsstyrelsen skal i øvrigt oplyse, at Dansk Psykiatrisk Selskab i 1998 har udarbejdet en Klaringsrapport omhandlende antipsykotisk behandling. Deri anbefales det, at man anvender det præparat, der hos den enkelte patient giver den mest effektfulde behandling med de færrest mulige bivirkninger.

Bl.a. anbefales at de nye antipsykotika anvendes som førstevalgspræparat ved debuterende skizofreni. At patienter, der ikke har tilstrækkelig effekt af behandling med traditionelle antipsykotika, skifter til et af de nye præparater.

I Dansk Psykiatrisk Selskabs regi forventes afholdt efteruddannelseskurser inden for dette område.

Det kan derudover oplyses, at der i sammenslutningen af "Verdens Psykiatere" (World Psychiatric Association) aktuelt er nedsat en arbejdsgruppe (med dansk deltagelse), der arbejder på udarbejdelse af rekkommendation for anvendelse af nye antipsykotika."

[Svar og spørgsmål er hentet fra Folketingets hjemmeside på: www.folketinget.dk]

Få psykiatere til de udviklingshæmmede

Amter savner ordentlige muligheder for at indlægge svært psykisk syge udviklingshæmmede på særlige afdelinger

ViPU Viden er gået i Sundhedstyrelsens spor og har selv regnet efter på, hvor amterne står i dag (december 1999/januar 2000) i forhold til den psykiatriske bistand til udviklingshæmmede. Hvad er der sket siden 1992, hvor Dansk Psykiatrisk Selskab og LEV første gang undersøgte forholdene?

Hvor mange psykiatere kan vi tælle til, der fast er tilknyttet de sindslidende udviklingshæmmede.

Vores konklusion er, at der på landsplan på nuværende tidspunkt er 9 psykiatere til at varetage behandlingen af en befolkningsgruppe, der skønnes at være på en størrelsesorden af 5000-10.000.

Flere amter har desuden givet udtryk for et stort behov for mulighed for indlæggelse af udviklingshæmmede med svære psykiatriske lidelser på afdelinger - særligt gearret til udviklingshæmmede. Flere har dårlig erfaring med indlæggelse af udviklingshæmmede på almen-psykiatriske afdelinger.

Det er vigtigt her at gøre opmærksom på, at udviklingshæmmede med psykiatriske lidelser også findes indenfor de enkelte kommuner. De fleste af dem hører under det almindelige henvisningssystem - evt. distriktskykiatrien.

Landet rundt

Sønderjyllands Amt:

Kommende oligofreni-team (psykiater, sygeplejerske og pædagogisk konsulent). Hvis stilling som psykiater altså kan besættes!

Her har det tidligere været et forsømt område, hvor der er blevet trukket på den hjælp, der var at hente i almenpsykiatrien - ved sygehuset og i distriktskykiatrien. Men efter nogle pilotprojekter har sat fokus på området, har man i amtet besluttet at etablere et oligofreni-team bestående af en psykiater, en distriktskykiatrisk sygeplejerske og en pædagogisk konsulent. Efter et år evaluerer man om, det er relevant også at ansætte en psykolog. Rent fysisk bygges rammerne i forbindelse med distriktskykiatrisk center i Åbenrå. Det forventes at være færdigt til sommer. Men allerede inden besættes stillingerne. Bekymringen er bare, at der ingen psykiatere er, der vil søge den ledige stilling.

Ribe Amt:

Ingen. Køber sig til bistand ude fra. Dårlig erfaring med indlæggelse af udviklingshæmmede på psykiatriske afdelinger. Dog er der etableret et tættere samarbejde omkring domsanbragte udviklingshæmmede og psykiatrisk afdeling.

Verden ser ikke så meget anderledes ud i Ribe Amt end den gjorde i 1992. Amtet har ikke en ekspertise på området. De køber sig til bistand fra psykiatere i andre amter, der har erfaring med de udviklingshæmmede. De helt akutte tilfælde går til de psykiatriske afdelinger, hvor de ryger lige så hurtigt ud som ind. Distriktskykiatrien siger fra på grund af manglende erfaring med udviklingshæm-

mede. Strukturen er altså den samme som for flere år siden. Men der er lidt røre og interesse. Pengene amtet køber bistand for udefra kunne måske bruges indenfor eget amt. Der er desuden etableret et tættere samarbejde omkring de domsanbragte udviklingshæmmede og de psykiatriske afdelinger. Desuden er der ansat en overlæge ved et af de distriktspsykiatriske team, der siges at have interesse i de udviklingshæmmede, hvilket man håber måske kan føre til et samarbejde.

Roskilde Amt:

Ingen ansat til specifikt at varetage de udviklingshæmmede med psykiske lidelser.

Amtet har ingen ansat til særligt at tage sig af de udviklingshæmmede med psykiske lidelser. Hvis der er behov for det kontaktes en psykiater gennem det almindelige system. Her bruges ofte den samme. Initiativet kommer fra personalet og går for det meste via den udviklingshæmmedes egen praktiserende læge.

Bornholms Amt:

Ingen

I forbindelse med udlægningen af åndsvageforsorgen i 1980 indgik Bornholms Amt en aftale med Københavns Amt om psykiatrisk bistand fra Københavns funktioner i forhold til voksne udviklingshæmmede. Men ifølge Bornholms Amt har København netop halveret deres speciallægebemanding, og de har nu svært ved at hjælpe Bornholm. Bornholms egne psykiatere indenfor almenområdet vil ikke have med de udviklingshæmmede at gøre. Amtet er derfor nødt til at købe sig til bistand fra et andet amt, og der er fra 1. januar 2000 truffet en aftale med psykiaterne fra Oligofreniklinikken i Århus.

Århus Amt

Oligofreniklinik.

Oligofreniklinikken er en afdeling, der hører under Psykiatrisk Hospital i Århus. Klinikken varetager behandlingen af de voksne udviklingshæmmede med psykiatriske problemer, der bor på amtets døgninstitutioner. En overlæge (psykiater) og afdelingslæge samt sekre-

tær er ansat ved klinikken. Det er ikke en sengeafdeling. Behandlingen er ambulant, forstået på den måde, at det oftest er lægerne, der tager ud til brugerne i deres hjem.

Viborg Amt:

Har ansat en psykiater på halv tid som konsulent.

Amtet har ikke kunnet benytte sig af det almene psykiatriske behandlingssystem, der ikke er gearret til de udviklingshæmmede med psykiske lidelser. Derfor har de ansat en psykiater på halv tid som konsulent for amtets egne boformer. Indimellem henvises også brugere fra kommunerne. Men der er ifølge amtet ved at ske en vis opblødning. Socialpsykiatrien er ved at vænne sig til en ny form for brugere.

Ringkjøbing Amt:

Har ingen speciel aftale vedrørende udviklingshæmmede med psykiske lidelser. Kontakten til psykiater går via normalsystemet - altså via egen læge, der henviser til psykiater.

Amtet er dog ved at kortlægge omfanget af problemet med henblik på at undersøge, om der er basis for en aftale med distriktspsykiatrien. Kortlægningen af hvor mange og hvor hårdt ramt de udviklingshæmmede er af psykiske lidelser ventes at være færdig engang i foråret.

Nordjyllands Amt:

Har ansat psykiatrisk konsulent på fuld tid til at tage sig af de udviklingshæmmede med psykiatriske overbygninger fra amtets enheder. Behandlingen er ambulant.

Desuden har amtet etableret Behandlingscentret Hammer Bakker - et behandlingstilbud til 12 lettere udviklingshæmmede med psykiatriske lidelser eller svære følelsesmæssige og sociale problemer. Det er en døgnafdeling, der tilbyder en helhedsbehandling gennem en vekslen mellem socialpædagogik, medicin og terapi. Amtets psykiatriske konsulent er også tilknyttet behandlingscentret.

Vejle Amt:

Psykiatrisk overlæge og psykolog er ansat i et team, der primært behandler amtets udviklingshæmmede med psykiatriske lidelser.

Stillingen som psykolog er på nuværende tidspunkt ubesat.

Frederiksborg Amt:

Udviklingshæmmede med psykiatriske lidelser hører under det almenpsykiatriske-system. Der er ingen specialafdeling for udviklingshæmmede.

Det er dog de samme psykiatere, der varetager behandlingen af de udviklingshæmmede, der kommer i berøring med det almenpsykiatriske system. Psykiaterne planlægger at etablere en slags støttegruppe for de psykiatere, der i deres arbejde kommer i berøring med udviklingshæmmede. Nogle af de store institutioner har faste aftaler med en psykiater.

Fyns Amt:

En psykiater på fuld tid er ansat som psykiatrisk konsulent.

Kommunerne har desuden også mulighed for også at hente psykiatrisk bistand hos konsulenten. Amtets handicapinstitutioner har mulighed for at kontakte psykiateren direkte.

Vestsjællands Amt:

En psykiatrisk konsulent på halv tid.

Konsulenten betjener amtets institutioner - men kun på halv tid, hvilket ikke er tid nok til at løse alle problemer. Amtet har blandt andet store problemer, når de udviklingshæmmede med psykiske lidelser er så dårlige, at de indlægges på et psykiatrisk hospital. Det er næsten umuligt, og de udviklingshæmmede ryger nærmest lige så hurtigt ud, som de kom ind. I forbindelse med en kommende renovering af botilbudene arbejdes der lidt med nogle ideer om et bosted for udviklingshæmmede med psykiske lidelser. Et sted hvor også træning af personale

indgår, så de eventuelt også kan bruges som vejledere for amtets øvrige personale. Men det er også et spørgsmål om politisk velvilje.

Storstrøms Amt:

P.t. er udviklingshæmmede med psykiske lidelser henlagt det almenpsykiatriske system.

1. januar i år er psykiatrien ført ind under socialforvaltningen og har taget navneforandring til socialpsykiatrisk forvaltning. Der er i den forbindelse truffet aftale om etablering af en oligofreniklinik. Den ventes dog først at blive til i løbet af år 2001 eller 2002. Hvordan bemandingen skal være og hvor klinikken skal ligge vides endnu ikke. Indtil da betjenes de udviklingshæmmede med psykiske problemer altså af almenpsykiatrien.

Københavns Amt:

2 fuldtidsstillinger. Er gennem de seneste år blevet kraftigt beskåret.

Amtet havde tidligere 4 fuldtidsstillinger, der for et par år siden blev skåret ned til 3 for siden at blive nedskåret til 2. Man venter et møde for at få klarlagt, om nedskæringen er midlertidig eller vedvarende. De to psykiatere er ansat til at varetage behandlingen af udviklingshæmmede med psykiske lidelser og autister.

I sansernes vand

[Af Mette Egelund Olsen]

Jeg går fra regnen og ind gennem hvalfiskens bug. Langsiderne står sunkne skibsvrag. Jeg bevæger mig længere ind. Vender hvert et hjørne rundt. Overraskes. Hører mågeskrig. Ser lys forenden af gangen og lander pludselig i varmen på Mallorca. Først badet i farver og musak. Senere omsluttet af bassinets vand med kulørte kugler og badedyr.

På bordene står saftvand, og i liggestolene slænger turisterne sig. Mallorca gjort tilgængelig for alle. Også for de handicappede der til dagligt aldrig når så langt. Men Mallorca er for en uge flyttet til Them nær Silkeborg, hvor "Fest I vand" for syvende år i træk lukker svømmehallen af og genåbner den forvandlet til et mægtigt og vandigt sanseland. En magisk verden med plads til alle og meget mere end Mallorca.

Bagved lyder junglen med eksotisk papegøje-skrig og cikader. Fra loftet hænger store blade, lianer og blomster. En gangbro forbinder landene. Forenden ligger havnen med gummibåde, fiskenet og skagenshuse. På kajen kan man drikke i knejpen eller møde



Hvad venter omkring det næste hjørne? Opbygning af spænding er et af målene med Fest I Vand.

Neptun - hvis ellers man tør. Og her er der faktisk mange, der tør meget mere, end de plejer. Rollerne er byttet om. Før var hjælperne i front. Nu fører de handicappede an og viser med tydelighed, hvor de er, og hvor de vil hen.

Det store varmtvands-bassin er tryllet til en tyrkisk verden. Et tusind og en nats eventyr med røgelse og stjernehimmel. Her er vandfald. Duft og lyde. Billeder og scener til glæde for øjne, ører, næse, krop og sjæl - og så er der alt vandet omkring.

120 mennesker har været involveret i processen. Tre special-institutioner i Silkeborg står bag projektet (Børnehjemmet Solbo, Dybkær Specialskole og Skolegades Børnehave), der har sit udspring i snoezelen (på engang at gøre sanserne aktive og opleve omverdenen samt at døse bevidstheden ned, så sanseindtrykkene kan komme tæt på).

Efterhånden er Fest I Vand blevet en begivenhed i sig selv - en udvidelse af begreberne.

"Vi ville lave noget som både institutionerne for de multihan-

dicappede og deres forældre kunne være fælles om. Noget praktisk der tog udgangspunkt i sanserne. Det skulle være trænings- og kravsfrit og bygges op omkring fryd, spænding og nysgerrighed. Det skulle vække glæde og pirre sanserne og samtidig skabe nærvær, samvær og fremme kommunikationen. Det skulle give inspiration og mod til at turde overskride grænser,” fortæller Kirsten Duch, pædagog.

De ville meget. Og de ville det hele. Første skridt var en masse ideer - uden begrænsning. Siden samlede en koordinator - en arkitekt - ideerne. Han ramte ånden i projektet og lavede en tegning, der ville - og kunne det hele. Også

så meget fryd og glæde som os. De er lige så meget værd som os. Derfor skal vi også lave noget for dem.”

Men det blev også til noget for hjælperne og forældrene. For kommunikationen blev så meget mere tydelig i vand. Måske også fordi begge sider mødtes i det fælles våde element. I badetøj og med sanserne på stilke.

Også andre skulle have glæde af oplevelsen. Derfor er arrangementet åbent for alle handicappede - børn som voksne - med hjælpere hele ugen.

Fest I Vand udvider begreber og sanser og udfordrer både de handicappede og deres hjælpere.



være smukt og æstetisk og ikke en gentagelse af et plasticvandland.

“Vi skulle ikke vide, hvad der ventede rundt om hjørnet. Det skulle appellere til både børn og voksne og bygge en forventning op, der startede allerede før, vi trådte ind. Alt skulle relateres til havet og tale til det kreative i hvert enkelt menneske,” fortæller Kirsten Duch og fortsætter: “Det blev til en forløsning i vand. Der findes så meget for den, der kan klare sig selv, men der findes næsten ikke noget for de her multihandicappede børn. Vi ville gerne synliggøre, at der er masser af livskvalitet og kommunikation i dem på trods af deres handicap. De kan opleve lige

Fest I Vand

løber af stablen omkring uge 39

For yderligere information kontakt:

Børnehjemmet Solbo: Tlf. 86 85 38 22

Dybkær Specialskole: Tlf. 86 80 54 44

Skolegades Børnehave: Tlf. 86 82 34 46



Oplevelsen af fryd er et af målene for den årlige begivenhed, der forvandler Them svømmehal til et magisk sansevandland.

120 mennesker har været med til at opbygge Fest I Vand. Først skulle det have være noget for institutionernes egne multihandicappede børn. Men det endte med at blive for hele landets handicappede og deres hjælpere.



Intensitetet hersker i vandet, hvor handicappede og hjælpere bliver forbavsede ens.

UBEHANDLET SYNSNEDSÆTTELSE BLANDT VOKSNE UDVIKLINGSHÆMMEDE

[Af Per Lindsø Larsen]

Kort om langt

I den centraliserede forsorgs tid kom øjenlægen på besøg på centralinstitutionerne 4-5 gange om året og havde rigeligt at lave. Det var øjenlæger, der efterhånden havde erhvervet et indgående kendskab til de særlige problemer, der kan gøre sig gældende for udviklingshæmmede på dette område, og som kunne mestre f.eks. den særlige opgave at foretage synsprøver med en sprogløs udviklingshæmmede.

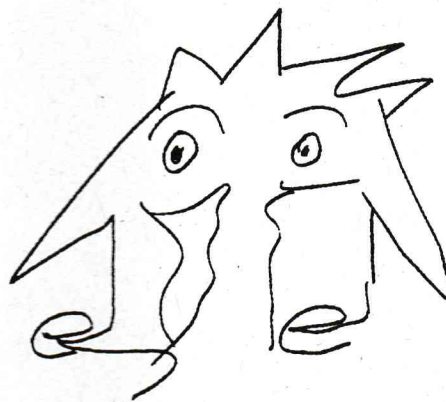
Desværre blev en stor del af de afsatte ressourcer på dette område sparet væk i forbindelse med udlægningen og den opbyggede specialviden er i vid udstrækning gået tabt.

At en sådan afvikling ikke kan foregå uden alvorlige konsekvenser for de udviklingshæmmede understreger en netop offentliggjort undersøgelse om synsnedsættelse blandt udviklingshæmmede. Undersøgelser er foretaget af øjenlæge, dr. med. Mette Warburg i samarbejde med Nordjyllands Amt og Videnscenter for Synshandicap.

I undersøgelsen indgik udviklingshæmmede i Nordjylland som modtog førtidspension og brugte de amtslige dagforanstaltninger. I alt 832 personer fik deres syn undersøgt. Der indgik 448 mænd og 384 kvinder i alderen fra 18 til 86 år.

Undersøgelsen viste at kun 51,7 procent af de undersøgte havde normalt syn. Øjensygdomme var årsagen til synsnedsættelsen for 170 personers vedkommende (20,4%). Der fandtes anledning til at ordinere briller til 192 af de undersøgte (23%). Blindhed fandtes hos 8,4 procent af de udviklingshæmmede, hvilket skal ses i sammenhæng med en hyppighed på ca. 1 procent i normalbefolkningen.

At så mange udviklingshæmmede havde nedsat synsfunktion var tilsyneladende ikke overraskende, idet personalet angav, at det efter deres opfattelse var 60 procent der havde synsproblemer, heraf 15 procent oven i købet i alvorlig grad.



Undersøgelsen mandede ud i udarbejdelse af forslag til instruks for det personale, der yder service til de udviklingshæmmede. Ligeledes foreslås det, at synet altid skal undersøges af en erfaren øjenlæge, når diagnosen udviklingshæmning stilles, når barnet kommer i børnehave, når skolen begynder, i 12- til 18-års-alderen og hvert femte år fra 50-års-alderen. Personer med Down Syndrom bør desuden undersøges i 30-års-alderen.

Kilde: M. Warburg: Ubehandlet synsnedsættelse blandt voksne udviklingshæmmede. (Ugeskrift for Læger, årg. 161, nr. 46, 15. november 1999)

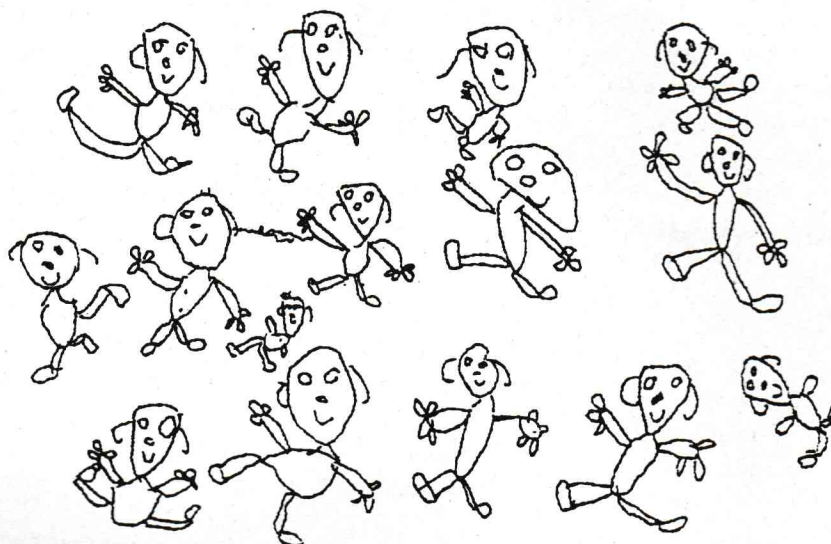
HOLD ØJE MED:

www.oligo.dk

Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning går i luften sammen med Oligofreniklinikken.
Omkring 1. marts regner vi med at have premiere på vores nye hjemmeside:

www.oligo.dk

Hjemmesiden bliver et levende medie, der får lov til at vokse og udvikle sig med tiden.
Indholdet bliver blandt andet litteratur-database, webbase, adressekartotek, nyheder, baggrund,
søgning i arkiv og "spørg videnscentret".



Udviklingshæmmede med sindslidelser - en tværfaglig udfordring

Sådan lyder titlen på en ny bog, som Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning har udgivet i et samarbejde med Socialt Udviklingscenter SUS, Landsforeningen LEV og Videnscenter for Socialpsykiatri. Videnscentrets medarbejdere har skrevet flere kapitler til bogen. Om psykiatri og udviklingshæmning, demens, musikterapi og DASH-II (om et diagnostisk spørgeskema i forbindelse med identificering af psykiske lidelser hos udviklingshæmmede). Desuden indeholder bogen kapitler om blandt andet hypnoterapi med udviklingshæmmede og miljøterapi, et særligt behandlingstilbud i Nordjyllands Amt - behandlingscentret Hammer Bakker samt en kommunes (Odense) indsats over for udviklingshæmmede med sindslidelser. Bogens omslag og illustrationer er lavet af udviklingshæmmede kunstnere fra Lyngåskolens KARAVANA.



*Bogen på 136 sider koster 150 kroner
og kan fås ved henvendelse til SUS,
Nørre Farimagsgade 13
1364 københavn K
Tlf. 33 93 44 50*

Videnscenter for psykiatri og Udviklingshæmning

Videnscentret formidler viden om psykiske sygdomme og udviklingshæmning - om hvordan de psykiske lidelser kommer til udtryk hos de udviklingshæmmede og hvilke behandlingsmuligheder, der findes. Vi henvender os til pædagoger, behandlere, pårørende og beslutningstagere

Vi har bibliotek med database og adgang til artikler og bøger, tidsskrifter samt videofilm. Fra de mere populære genrer på dansk til udenlandske videnskabelige skrifter. Desuden har videnscentrets medarbejdere både praktisk og teoretisk erfaring og kan kontaktes i åbningstiden.

Videnscentrets medarbejdere:



Kurt Sørensen:

Overlæge og leder af videnscentret og Oligofreniklinikken. Han arbejder praktisk med psykiatrisk behandling af de voksne udviklingshæmmede på døgninstitutionerne i Århus Amt. Medlem af samrådet for udviklingshæmmede med dom.



Ulla Andersen:

Sekretær i videnscentret og Oligofreniklinikken.



Ulla Jacobsen:

Afdelingslæge i Oligofreniklinikken. Arbejder praktisk med psykiatrisk behandling af udviklingshæmmede i Århus Amt. Har udviklingshæmmede med demens som specialområde.



Mette Egelund Olsen:

Informationsmedarbejder. Journalist. Redaktør på VIPU Viden. Producerer informationsmaterialer på skrift, video samt internet.



Per Lindsø Larsen:

Mag. art. i psykologi. Internet og database ekspert. Har deltaget i forskningsprojekter om både psykisk udviklingshæmning og alderdom.



Jens Lund:

Speciallæge i psykiatri. Underviser og arbejder praktisk med psykiatrisk behandling af udviklingshæmmede i Viborg Amt.

Videnscentret og dets medarbejdere kan kontaktes på:

Skovagervej 2
8240 Risskov
tlf. 77 89 29 90
email: olivc@dadlnet.dk

Videncentret holder åbent på
hverdage kl. 10-14
samt efter aftale

Kommentar

Mette Warburg

Er det diskriminerende at lede efter en årsag til et handicap, fx til udviklingshæmning? Hvis årsagen kendes har personen det så bedre eller dårligere, eller spiller det slet ingen rolle? Er det rimeligt at udsætte en voksen for nye blodprøver, nye røntgenundersøgelser og andre prøver, hvis han ellers har det godt?

I mange situationer kan det hjælpe personen at kende årsagen. Tag fx et høretab. Hvis andre ikke vidste at en mand var hørehæmmet ville de mene at han svarede ved siden af som "god dag mand - økseskaft" fordi han var ubegavet, og hvis manden var udviklingshæmmet ville man tro at han var mere hæmmet end sandt var.

Det samme gælder synshandicappede. Når de lige som alle skal have briller til nært brug, men ikke får det, kan personalet tro at de er ved at blive senile fordi der nu er meget de ikke mere kan klare. Hvordan har vi andre det hvis vi tager på arbejde men har glemt vores briller?

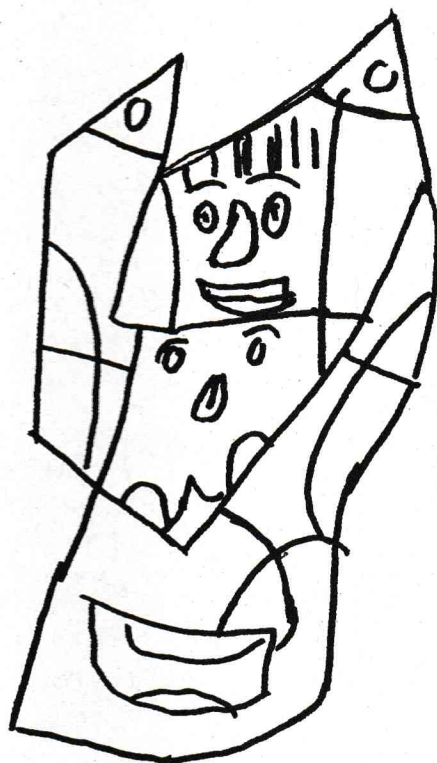
En anden person har måske epilepsi, men er anfaldsfri dagen igennem. Hvis han begynder at tisse i sengen om natten er det ikke sikkert at personalet gætter på epileptiske anfald, han risikerer at få mindre at drikke end han har behov for uden at det hjælper.

Men nu bliver det sværere. Hvis en mand er udviklingshæmmet på grund af en arvelig sygdom, som i særlig grad findes hos mænd, jeg tænker på fragilt X, det skrøbelige X kromosom, så er der et problem både for ham og hans raske familiemedlemmer der risikerer at få børn med samme problem. Er det diskriminerende at undersøge det? Eller er det måske godt for dem der kan undgå at få børn med fragilt X?

I gamle dage, dvs for 10-20 år siden mente man at fødselsskader var årsag til mange handicap som man i dag ved skyldes arvelige forhold. De handicap er hver især meget sjældne, men tilsammen er der rigtig mange af dem. Man taler derfor om de sjældne syndromer. Mange mødre kunne

blive aflastet for mistanke om, at hvis bare de havde fået kejsersnit var deres barn ikke blevet handicappet. Det vil hjælpe deres liv.

Der er kromosomforandringer der ofte ledsages af hjerte-fejl, der er stofskiftefejl der kan vise sig som nyresygdomme, men dem kendte man ikke for 20 år siden. Voksne personer med Down syndrom ("mongolerne") risikerer at få grå stær på et tidligt tidspunkt i livet og sådan har mange syndromer særlige problemer også hos voksne personer. Derfor er det en fordel at vide hvilket syndrom hver enkelt person har.



Kan man være bekendt at lede efter årsagen til handicap hos voksne udviklingshæmmede

I Danmark har nedlægningen af institutioner for udviklingshæmmede haft en kolossal god indflydelse på livskvaliteten for raske udviklingshæmmede voksne. De der bliver syge bruger deres egen læge, hvis de altså har sygdomstegn som personlet kan genkende. Det er en hård opgave for mennesker, der ikke ved meget om sygdommes måde at vise sig på!

Årsagen til handicappet er blevet undersøgt da de voksne var børn med den tids metoder og den tids viden. Kendskabet til årsager, til diagnoser er ikke siden søgt opklaret for de voksne for der er næsten ingen steder i Danmark hvor man rutinemæssigt indkalder voksne til en fornyet gennemgang af årsager og deres komplikationer. I de sidste 20 år har der netop været en særlig stor interesse i at forstå baggrunden for medfødte syndromer med udviklingshæmning, for det er de hyppigste handicap i den rige verden. Der er ustandselig nyheder og nye syndromer der bliver omtalt i de lægelige tidsskrifter hver måned. Det virker urimeligt at voksne udviklingshæmmede ikke får andel i denne eksplosion af ny viden.

Mette Warburg har netop offentliggjort en undersøgelse i et amt, der viser at næsten halvdelen af udviklingshæmmede, der tilhører gruppen af de moderat til alvorligt udviklingshæmmede, havde nedsat syn. En stor del af dem var ubehandlede.

En læges møde med de udviklingshæmmede

Det første chok - og behandlingen der fulgte

ECT - Når der skal strøm til

ECT gives sjældent til udviklingshæmmede

Margit kommer i stødet en gang om ugen

Gammel medicin på gamle diagnoser

Få psykiatere til de udviklingshæmmede

I sansernes vand

Ubehandlet synsnedsettelse

ViPU  Viden