

ViPU Viden

om psykiatri og udviklingshæmning

TEMA

Psykofarmaka



Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

13. årgang · nr. 1 · 2011



Kurt Sørensen, overlæge og leder af Center for Oligofrenipsykiatri

Psykofarmaka

Mange tror fejlagtigt, at psykiatri går ud på at behandle mennesker med psykofarmaka. Det er rigtigt, at psykofarmaka spiller en vigtig rolle i mange former for behandling af psykiske lidelser, men en mindst lige så vigtig side er behandling, f.eks. i form af psykoterapi og veltilrettelagt pædagogisk arbejde. Man taler af og til om den terapeutiske trekant, hvor hjørnerne er medicin, psykoterapi og socialpsykiatri. I socialpsykiatrien spiller det pædagogiske personale en afgørende rolle.

Psykofarmaka er kemiske substanser, der har indflydelse på de psykiske funktioner. I det første nummer af ViPU Viden, som udkom for elleve år siden, var hovedtemaet psykofarmaka. Der er sket meget på det psykofarmakologiske område siden dengang. Der er udviklet nye psyko-semidler, som har væsentligt færre bivirkninger end dem, vi brugte for en halv snes år siden, og nye

områder er blevet tilgængelige for medicinsk behandling. Det gælder f.eks. demenssygdomme, hvor der sker en rivende udvikling. Man kan også tænke på et stort område som ADHD, hvor psykofarmaka er kommet til at spille en afgørende rolle.

Der er ikke noget der tyder på, at denne udvikling ikke også vil fortsætte fremover, så vi når frem til effektive og så vidt muligt specifikt virkende psykofarmaka med få bivirkninger. Uanset om man anvender nye eller gamle lægemidler, er det stadig en forudsætning, at anvendelsen sker på et så kvalificeret grundlag som muligt, og at begrundelsen for behandlingen er fagligt funderet. En nylig norsk undersøgelse har vist, at jo mere kendskab læger har til udviklingshæmmede mennesker, jo mindre bliver forbruget af psykofarmaka, og tendensen til at tænke i alternative behandlingsbaner øges.

En ofte anvendt begrundelse for at anvende psykofarmaka er, udover de klassiske sindssygdomme, der også optræder blandt udviklingshæmmede mennesker, adfærdsforstyrrelser af forskellig art, f.eks. aggressivitet. Selvom det videnskabelige grundlag er spinkelt, kan en sådan behandling være velbegrunderet. Imidlertid er det altid vigtigt at tænke i alternative baner. Psykofarmaka må aldrig blive en erstatning for manglende personalemæssige ressourcer. God læselyst!

Udgives af

Center for Oligofrenipsykiatri
Skovagervej 2 · 8240 Risskov
Telefon 77 89 29 90
Telefax 77 89 29 99
E-mail: videnscenter@oligo.dk
www.euromind.com
www.oligo.dk

Bladet udkommer 4 gange om året.
Årsabonnement: 150,- kr

Ansvarshavende redaktør

Overlæge Kurt Sørensen

Redaktion

Dorte Eifer
Mette Egelund Olsen
Hanne Engelstoft
Fotos: Hanne Engelstoft

Grafik og layout

Hanne Engelstoft
Pernille Granath

Forside: Heidi Brinch Hansen

Trykkeri
PE offset



Kopiering kun tilladt på institutioner, der har indgået aftale med Copy-Dan, og kun indenfor de i aftalen nævnte rammer.

ViPU Viden påtager sig intet ansvar for manuskripter m.m. som er indsendt uopfordret. Synspunkter, der udtrykkes af gæsteskrivere, interviewede o.l., dækker ikke nødvendigvis bladets holdninger.



Stiger forbruget af psykofarmaka? 4

Fakta om psykofarmaka 9



Fælles kurs og klassisk behandling er vigtig 10

Et bosted med styr på medicinen 14

Åbenhed og konkurrence kommer patienterne til gode 18

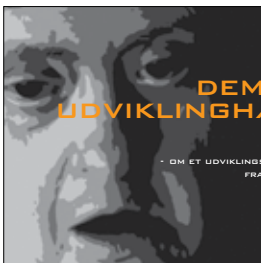


Kunst 21

International konference 5. maj 2011 22

Udviklingshæmning og traumer 23

VERDEN ER I FARVER - et helt andet sted 26



Nyt hæfte om demens 27

Bogomtaler 28

Kort nyt 30



Stiger forbruget af psykofarmaka?

Af psykolog Per Lindsø Larsen
Center for Oligofrenipsykiatri

Allerede i 1984 fastslog den amerikanske psykiater Michael G. Aman, at udviklingshæmmede er en af samfundets mest medicinerede grupper. Og her tænkte Aman ikke på vitaminpiller og kosttilskud, men på neuroleptika, antidepressiva, sovemedicin og andre former for psykofarmaka.

Merforbruget af psykofarmaka blandt personer med udviklingshæmning kan både have en god grund og en mindre god grund.

Den gode grund kan være, at det reelle behov for lindring af psykiske lidelser er større blandt udviklingshæmmede mennesker. Blandt danske udviklingshæmmede har ca. hver anden beboer på botilbud adfærdsforstyrrelser eller egentlige psykiske sygdomme (henholdsvis 16 og 35 %). Også blandt udviklingshæmmede i bofællesskaber eller egen bolig er omfanget af psykiske lidelser større end i den resterende del af befolkningen. Den mindre gode grund kan være, at der hos udviklingshæmmede mennesker, der måske har vanskeligt ved at redegøre for bivirkninger og tage vare på eget medicinforbrug, er indbygget tilbøjelighed til snarere at lægge yderligere medicin på end at reducere i den allerede ordinerede dosis.

Tendens til overmedicinering

Denne tendens til overmedicinering ses i det mindste i andre ressourcetsvage befolkningsgrupper, som f.eks. ældre og demente. En undersøgelse fra København kom nyligt, 10 plejehjemsbeboere modtager beroligende medicin. Ligeledes skønnes det, at mere end hver fjerde demente plejehjemsbeboer i Danmark får anti-psykotisk medicin - trods gentagne advarsler fra Sundhedsstyrelsen. En rolig og passiv beboer ses automatisk som en behandlingsmæssig succes, når beboeren ikke er i stand til at forklare, at behandlingen ikke nødvendigvis opleves som en succes indefra.

Vort kendskab til udviklingshæmmede menneskers forbrug af psykofarmaka i Danmark er sporadisk og af ældre dato. I 1991 gennemførte Oligofreniklinikken i Risskov en gennemgang af samtlige psykofarmakabehandlede beboere på det daværende Århus amts to største institutioner.

Det skete på baggrund af en række udenlandske undersøgelser, der havde vist, at forbruget har kunnet mere end halveres, uden at dette har medført særlige problemer i de berørte institutioner. Det viste sig, at 55 procent af bebo-

erne fik psykofarmaka, for mere end 90 procents vedkommende i form af neuroleptika. Langvarige behandlingsforløb, ikke sjældent med flere psykofarmaka, var almindeligt forekommende, og grunden til behandlingen var ikke altid klar. Ved tidsbegrænset tilførsel af ekstra lægelige ressourcer lykkedes det i løbet af ca. halvandet år at reducere psykofarmakaforbruget med en tredjedel, uden at det medførte opblussen af adfærdsmæssige problemer. I 1999 lavede psykolog Søren Morild, der på daværende tidspunkt var psykologisk konsulent i Storstrøms amt, en opgørelse over psykofarmakaforbruget blandt personer med udviklingshæmning på amtets Bo- og Naboskaber. Undersøgelsen viste bl.a., at ud af 1600 beboere modtog 500 psykofarmaka. Hvad måske var mere overraskende, så havde under en tredjedel af disse haft kontakt med en psykiater.

Vil vi have nyere og mere præcis viden, så bliver det nødvendigt at rette blikket mod udenlandske undersøgelser. Heldigvis er der europæiske lande, som vi i stor udstrækning kan sammenligne os med. I Tidsskrift for Den Norske Lægeforening blev tidligere i år publiceret resultaterne af en undersøgelse i Kvæfjord Kommune i Troms Fylke i Norge. I undersøgelsen af psykofarmakaforbrug indgår 100



Fotocollage: Pernille Granath

personer med udviklingshæmning, 50 mænd og 50 kvinder i alderen 37-84 år. Undersøgelsen viste, at 44 % af de udviklingshæmmede fik ordineret psykofarmaka. Heraf modtog de 26 % et enkelt medikament, 14 % brugte to medikamenter og 4 % brugte tre medikamenter.

Af de i alt 66 medikamenter, som blev anvendt af de udviklingshæmmede i undersøgelsen havde den privatpraktiserende læge udskrevet 2/3, mens der kun var en psykiater involveret i hver tredje psykofarmakon, der blev anvendt. På dette punkt minder den nye norske undersøgelse om den mere end ti år gamle opgørelse fra Storstrøms amt. Det var i alt overvejende grad neuroleptika, der blev anvendt. 57 % af de, som modtog psykofarmaka brugte førstegenerations- og 45 % andengenerations-neuroleptika.

Øget forbrug af neuroleptika?

Det mest tankevækkende ved den

norske undersøgelse er, at den giver mulighed for at sammenligne med en lignende undersøgelse foretaget samme sted i Norge, men 20 år tidligere, mens de udviklingshæmmede endnu boede på centralinstitution. Resultatet kan virke overraskende, for andelen af udviklingshæmmede, som modtager psykofarmaka er øget fra 34 % til 44 % gennem de 20 år. En umiddelbar forklaring vil være, at udviklingshæmmede menneskers øgede forbrug af psykofarmaka blot afspejler den almindelige udvikling i samfundet. For mens forbruget af neuroleptika, angstdæmpende medicin og sovemedicin er stort set uændret gennem de 20 år, så er forbruget af antidepressiv medicin i samme tid blevet femdoblet i de nordiske lande. Problemet med den forklaring er imidlertid, at det ikke er forbruget af antidepressiv medicin, der er øget blandt mennesker med udviklingshæmning, men derimod i høj grad neuroleptika. Neuroleptika blev primært udskrevet

af privatpraktiserende læger, mens psykiatere fortrinsvis udskrev antidepressiva og angstdæmpende medicin. Udfordrende adfærd var den hyppigste baggrund for udskrivning af psykofarmaka. I de tilfælde, hvor privatpraktiserende læger udskrev psykofarmaka var det kun i 35 % af tilfældene på baggrund af psykiske lidelser, mens det var tilfældet i 87 % af de tilfælde, hvor psykiatere ordinerede. Der var i 14 % af tilfældene ikke muligt at finde en egentlig forklaring på, hvorfor den udviklingshæmmede fik psykofarmaka. For 8 af deltagerne tydede oplysninger på, at de havde modtaget neuroleptika i mere end 20 år. En enkelt havde i 45 år fået ordineret neuroleptika pga. indsovningsproblemer.

Det er i øvrigt ikke den første norske undersøgelse, der har vist, at forbruget af psykofarmaka har været stigende siden nedlæggelsen af centralinstitutionerne. Forskerne bag undersøgelsen



konkluderer, at udviklingshæmmede, der henvises til psykiater får en bedre behandling med mere passende anvendelse af psykofarmaka, end tilfældet er hos den privatpraktiserende læge. I centralinstitutionernes tid fik den udviklingshæmmede patient muligvis en tættere medicinsk og miljøterapeutisk opfølgning af læger og psykiatere med specialviden om udviklingshæmning, således at forbruget af psykofarmaka kunne reduceres mere, end tilfældet er i dag.

I 2010 blev der publiceret en tilsvarende men større undersøgelse fra Holland, der dog udelukkende fokuserede på forbruget af neuroleptika hos personer med udviklingshæmning. I undersøgelsen indgik i alt 2373 udviklingshæmmede. Af dem modtog hver tredje person (32 %) neuroleptika (antipsykotisk medicin). Kun i 22 % af tilfældene var baggrunden psykotiske symptomer. I 58 % af tilfældene var baggrunden

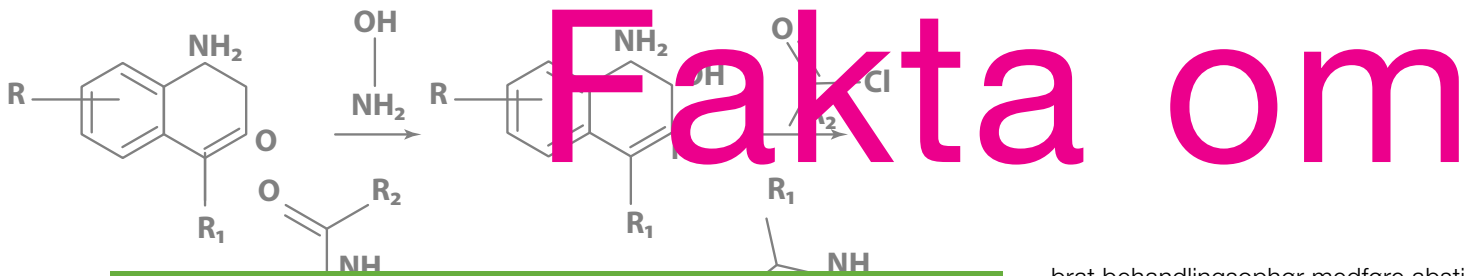
adfærdsproblemer. I 18 % af tilfældene var baggrunden for ordineret af neuroleptika uklar. I 78 % af tilfældene havde patienten fået ordineret neuroleptika i mere end 10 år.

Mens 32 % af hollandske udviklingshæmmede i 2010 fik ordineret neuroleptika, så var det tilsvarende tal fra en anden hollandsk undersøgelse i 2002 på 23 % og i en endnu ældre undersøgelse fra 1995 på 17 %. Som forskerne konkluderer, så har forbruget af neuroleptika blandt personer med udviklingshæmning i Holland altså også været stigende gennem den seneste snes år. Også her peges på, at neuroleptika alt for hyppigt ordineres på et spinkelt grundlag, og at manglen på adgang til psykiatere med specialiseret viden om udviklingshæmning bidrager til denne udvikling.

Dansk undersøgelse

Ingen kan sige med sikkerhed, at en tilsvarende udvikling i udviklingshæm-

medes forbrug af psykofarmaka har fundet sted i Danmark. Der er grund til at formode det, men præcis viden mangler vi, indtil der bliver foretaget en systematisk dansk undersøgelse. Alligevel kan et nyere projekt fra 2006, som bl.a. Center for Oligofrenipsykiatri deltog i, give nogle hints, selv om undersøgelsen egentlig ikke drejede sig om psykofarmakaforbrug. I undersøgelsen indgik 63 personer med udviklingshæmning under Århus Kommunes Bostøtte, der som led i undersøgelsen fik tilbudt helbredsundersøgelse og samtale med en psykiater. 22 af deltagerne i undersøgelsen (48,9 %) havde en psykiatrisk diagnose ud over udviklingshæmningen. Blandt 13 af de 22, der havde en psykiatrisk diagnose, kunne der peges på tiltag til forbedring af den psykiatriske behandling. Kun 9 (40,9 %) skønnedes at være i passende behandling.



Fakta om

PSYKOFARMAKA

Psykofarmaka (ental: -farmakon) er lægemidler, der har virkning på de psykiske funktioner.

Psykofarmaka kan inddeles i:

- Neuroleptika (psykosemidler)
- Anxiolytika (angstdæmpende medikamenter)
- Antidepressiva (midler mod depression)
- Hypnotika (sovemidler)
- Psykostimulantia (centralstimulerende midler)
- Demensmidler
- Litium

brat behandlingsophør medføre abstinenssymptomer i form af søvnløshed, rastløshed, rysten, appetitløshed og hovedpine.

Hos nogle kan udvikles en psykose, der kan have karakter af et akut delirium. Andre får krampeanfald i abstinensperioden. Af denne grund skal behandlingsophør ske ved langsom nedtrapning af dosis.

Antidepressiva

Antidepressiva er en gruppe medikamenter, der har effekt ved depression, først og fremmest af den endogene type. Der ses dog hyppigt virkning også ved andre depressioner.

Antidepressiva helbreder ikke en depression. Derimod virker de på de depressive symptomer. Afbrydes behandlingen før den depressive tilstand er overstået, vil symptomerne komme igen.

For samtlige antidepressiva gælder, at den antidepressive virkning som regel først indtræder efter 1-2 ugers behandling og fuld effekt ses ofte først efter 2-6 ugers behandling. Antidepressiva finder også anvendelse ved behandling af panikangst, tvangstanker og -handlinger og ved visse spiseforstyrrelser.

Hypnotika

Som hypnotika betegnes en række

Neuroleptika

Neuroleptika er psykofarmaka, hvis væsentligste fællestræk er antipsykotisk effekt, d.v.s. effekt over for symptomer som vrangforestillinger, hallucinationer, usammenhængende tankegang og manisk opstemthed. Neuroleptika inddeles sædvanligvis i: Højdosering neuroleptika, hvor defineret døgndosis er 100-1000 mg. Middeldosis neuroleptika, hvor defineret døgndosis er 10-100 mg. Lavdosering neuroleptika, hvor defineret døgndosis er 1-10 mg. Atypiske neuroleptika.

Neuroleptikas antipsykotiske effekt indtræder i reglen efter 1-2 ugers behandling, undertiden først efter 1-2 måneder, og kan vedvare fra uger til måneder efter behandlingsophør. Den sederende effekt, som mange neuroleptika har, indtræder dog umiddelbart efter medicinindtagelsen,

aftager i løbet af de første 2-4 uger og ophører straks ved behandlingens ophør.

Anxiolytika

Anxiolytika er lægemidler, der virker dæmpende på angst. Bortset fra enkelte præparater tilhører alle anxiolytika på det danske marked den kemiske gruppe benzodiazepiner. I psykiatrien anvendes benzodiazepiner i behandlingen af:

1. Kronisk neurotisk angst.
2. Søvnforstyrrelser
3. Akut, situationsbetinget og stressrelaterede angst- og spændingstilstande.
4. Abstinenssymptomer efter alkohol- eller medicinmisbrug.
5. Som supplement til og delvis erstatning for neuroleptisk behandling af psykotiske tilstande med angst.

Efter længere tids behandling kan

psykofarmaka

Illustrationer: Pernille Granath

lægemidler, der anvendes for at fremkalde søvn, sovemidler. Søvnløshed er et generende symptom, der dels kan optræde selvstændigt, dels være et led i en psykisk eller legemlig sygdom. I det sidste tilfælde vil den rationelle behandling naturligvis være behandling af den til grund liggende sygdom. I andre tilfælde kan behandlingen bestå i en ændring af dagvanerne, f. eks. mere motion, afslapningsøvelser, undgåelse af middagssøvn og stærk aftenkaffe.

Har dette ikke effekt, kan - helst kortvarig - anvendelse af hypnotika overvejes. Hypnotika virker sederende og det er denne effekt, der fremkalder søvnighed. Gives hypnotika på et tidspunkt, hvor der i forvejen er søvnbehov, er det normalt tilstrækkeligt med små doser for at fremkalde søvn. Gives større doser nedsættes REM-søvnen i almindelighed. Man kan da efter blot en enkelt nats behandling se hyppigere REM-søvn ofte ledsaget af mareridtagtige drømme.

De fleste hypnotika tilhører gruppen af benzodiazepiner og har disses fordele og ulemper.

Litium

Litium er et grundstof, der kemisk ligner natrium. Det har vist sig, at litium kan bruges ved behandling af

mani, mens det kun har ringe effekt ved depression. Ikke desto mindre kan vedligeholdelsesbehandling med litium effektivt forebygge både depressioner og manier hos patienter med manio-depressiv psykose.

Psykostimulantia

Psykostimulantia er medikamenter, der fremmer vågenhed og modvirker træthed. Træthed er i almindelighed et signal fra kroppen om, at den har behov for hvile og indtagelse af psykostimulantia modvirker derfor det naturlige og nødvendige hvilebehov. Lægeligt indskrænker anvendelsen af psykostimulantia sig til visse sygelige former for øget søvnbehov (narkolepsi) ligesom enkelte børn med hyperaktivitet ledsaget af opmærksomhedsforstyrrelser kan have gavn af behandling.

Visse psykostimulerende stoffer anvendes som speed af misbrugere. Demensmidler

I de seneste år er der udviklet nye lægemidler som mildner symptomerne ved demens, specielt af Alzheimer-typen. Midlerne har ikke nogen helbredende virkning, men kan, specielt hvis behandlingen sættes ind i tidlige faser, forsinke det åndelige forfald.

KILDE:
OLIGOS 2010.

Vil du vide mere om OLIGOS 2010, se vores hjemmeside: www.oligo.dk

Fælles kurs og klassisk behandling er vigtig

Af journalist Mette Egelund Olsen
Center for Oligofrenipsykiatri



Troels Gram Bruun

"Jeg laver ikke heroisk medicin herude. Jeg ser dem ikke som forsøgskaniner. Man skylder at give dem noget, man ved noget om. Jeg bruger klassisk behandling," siger psykiatrisk speciallæge Troels Gram Bruun.

Dem han taler om er hans patienter - de 240 beboere på institutionen Landsbyen Sølund. Ikke at alle er i

psykiatrisk behandling hos ham. Men de har alle muligheden og tilbudet om den integrerede psykiatriske behandling.

Der er dog tidspunkter, hvor Troels Gram Bruun må være heroisk. Det er for eksempel, når det handler om udviklingshæmmede mennesker, der også er døv-blinde.

"Det er så horribelt et handicap, at

der må jeg af og til prøve mig frem efter bedste skøn. Den samme situation kan jeg komme i, når en beboer har svære adfærdsforstyrrelser og ikke har sproget, der tillader en nærmere analyse af fænomenerne. Vi havde en beboer, der smurte sig ind i afføring over alt på kroppen, ofte dagligt. Det kan du jo ikke læse dig frem til i bøgerne. Der må du bygge

på andres erfaringer. Jeg hørte om nogen, der havde god erfaring i at anvende stemningsstabiliserende medicin. Så det prøvede jeg, og det havde en god virkning,” fortæller Troels Gram Bruun og fortsætter: ”Jeg forsøger at bruge så lidt medicin som muligt. I stedet for brandslukning forhindrer jeg røgen i at udvikle sig.” Han kom til Sølund for tre og et halvt år siden fra en stilling som overlæge i akutpsykiatrien i Horsens. Skiftet fra almenpsykiatriske patienter til udviklingshæmmede patienter var specielt ved, at 80 procent af beboerne på Sølund ikke havde et funktionelt verbalt sprog.

”Det gør, at fin-diagnostik bliver besværlig. F.eks. ved jeg, at nogen nok er skizofrene, men jeg kan ikke diagnosticere det på grund af udviklingshæmningens sværhedsgrad,” siger Troels Gram Bruun, der arbejder 25 timer om ugen på Sølund. Det er et passende antal timer, når man som ham har tre drenge og en kone med egen praksis, der arbejder langt mere end fuldtid.

Han kendte godt til udviklingshæmmede fra sin tid i Horsens. Der havde de svært ved at skelne mellem, om det var udviklingshæmningen eller psykiatri, der spillede ind. Inden Troels Gram Bruun kom til Sølund var der cirka 8 indlæggelser af udviklingshæmmede på psykiatrisk afdeling i Horsens/Silkeborg/Risskov om året. Men efter at Troels Gram Bruun er kommet til har der været 2 indlagt hen over tre og et halvt år. ”Jeg kunne nu ønske mig et par sengepladser i psykiatrien særligt til udviklingshæmmede, hvor deres personale kunne følge med. For

de fylder meget på en almindelig afdeling. Desuden opfører de sig ofte anderledes på en psykiatrisk afdeling fordi, de er bange. Så det man ser på afdelingerne er forskelligt fra, hvad man ser ude på bostederne,” siger Troels Gram Bruun.

Han bruger meget pædagogernes observationer i sit arbejde. ”Pædagogerne skal se ændringerne i adfærden. Hvis en beboer normalt sidder og ”dimser” med noget og pludselig er holdt op, kan det være et tegn på, at der er noget galt. Enten fysisk sygdom eller psykiatrisk,” siger Troels Gram Bruun. Derfor arbejder han også tæt sammen med Sølunds egen praktiserende læge - huslægen. De bor dør om dør.

”Vi koordinerer også med vores neurolog. Vi holder en fælles konsultation med neurologen hver anden uge. Det har sine store fordele. F.eks. havde vi en patient, der fik den samme medicin mod både epilepsi og stemningssvingninger. Neurologen ville sætte ham ned i dosis i forhold til epilepsien, da der var en lidt høj serumværdi i blodprøverne. Men det dueede ikke på grund af hans stemningssvingninger. Det er en evig

afvejning,” siger Troels Gram Bruun. Han understreger, at afklaring af fysisk sygdom er meget vigtig og fortæller om en beboer med svær epilepsi, der tidligere var voldsomt selvskadende og bankede sit hovedet ind i væggen. Der var så endelig kommet ro på, og han havde i et år boet sammen med 8 andre. Så ringer pædagogerne en dag og fortæller, at beboeren pludselig er begyndt at banke hovedet ind i væggen igen. Troels Gram Bruun udelukker, at det kan være psykiatrisk, da det er sket så hurtigt. Og det viser sig da også at være to store propper ørevoks i ørerne. Da de er skyllet ud, stopper hans selvskadende adfærd inden for et døgn.

Troels Gram Bruun bruger meget videooptagelser i sit arbejde. De siger - som han siger - mere end tusinde ord. Videooptagelserne destrueres bagefter.

”Hver tredje uge kommer jeg til dem, jeg har i behandling. Men pædagogerne kan altid ringe til mig. 68 procent af Sølunds beboere får psykiatrisk indiceret aktiv medicinering. 32 procent klarer sig uden,” siger Troels Gram Bruun.

FAKTA

Psykiater Troels Gram Bruuns arbejde:

- Efter fast rulleplan dagligt besøg i husene, ca. 16 beboere dagligt.
- Løbende vurdering om nuværende medicinering er optimeret og indiceret psykiatrisk fortsat.
- Psykiatrisk medicinering betinget af voldsommere adfærdsforstyrrelser med selvskaden, tvangssymptomer, angst, udadrettet farlig adfærd mod omgivelser, søvnforstyrrelser
- Langsigtet plan. Deltagelse i pædagogiske planmøder med pårørende.
- Psykiatrisk medicinlægning fra ældre til nye præparater.
- Optimering af medicineringen i forhold til risiko for interaktioner med bivirkninger til følge.
- Undervisning af personalet i forhold til enkelte beboere

Han understreger, at psykiatriske fænomener præges af ens livshistorie. De udviklingshæmmede menneskers livshistorie er nøglen til god psykiatrisk praksis. Og specielt der hvor den udviklingshæmmede beboer ikke kan bidrage med noget selv på grund af eksempelvis dårlig sproglig funktion.

”Nogen gange sætter vi noget i gang for hurtigt og fordi, vi mangler oplysninger. Rundflytning er et stort problem, for vi mister ofte oplysninger for hver gang, de flytter, - og vi bliver aldrig bedre, end de oplysninger vi har,” siger Troels Gram Bruun.

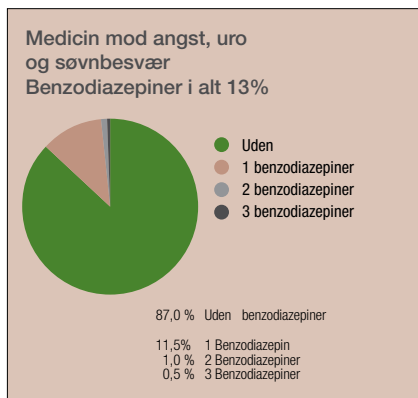
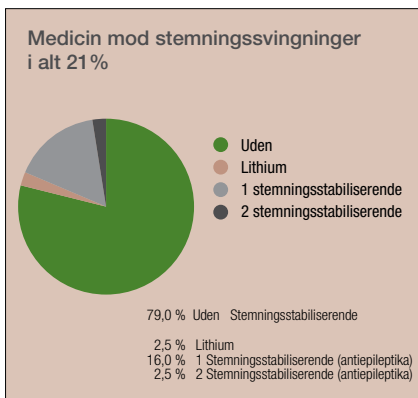
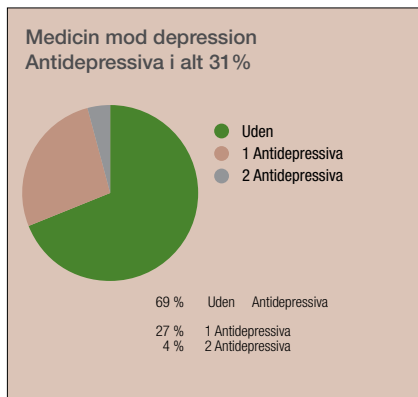
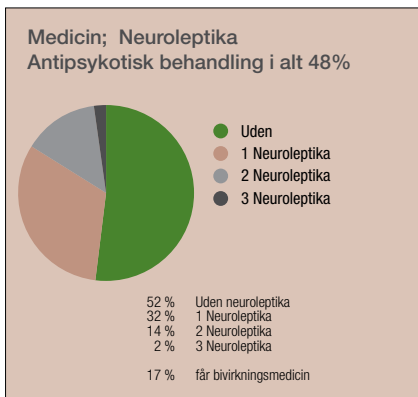
Beboerne kan ofte skabe uenighed blandt pædagogerne. Derfor er det vigtigt med en fælles kurs i forståelsen af problemerne. Det sker ved at hele huset, hvor de pågældende udviklingshæmmede bor, sætter sig sammen med psykiateren, så alle får en fælles oplevelse af, hvad de har set, og hvad der skal gøres. Selv om Troels Gram Bruun stræber efter at give så lidt medicin som muligt, er psykofarmaka stadig en stor del af behandlingen. Og i disse år er der opstået et problem. Flere af de gamle antipsykotiske midler udgår til fordel for de nyere. Men flere

udviklingshæmmede er i klemme, da de stadig får det gamle, og når man har fået det i mange, mange år, så skal man trappes meget langsomt ud af det og over på det nye. Og pædagogerne kan også være angstefor, hvad der sker, hvis deres beboere trappes ud af medicinen.

”Hvis beboeren er overvægtig, bruger jeg et præparat, der ikke giver vægtøgning, hvis det er muligt. Hvis det er en beboer, der er svært urolig, vælger jeg et, der sløver og modsat, hvis de er sløve, vælger jeg et, der ikke virker sløvende. Før hen blev der brugt meget P.N.-medicin (ved behov) som Nozinan og Truxal (sløvende antipsykotiske midler), når beboeren f.eks. skulle til tandlægen. Det er midler, der er i kroppen i op mod 3 dage. Nu bruger jeg korttidsvirkende præparater som Oxapax og Stillnoct. Vi forsøger at centralisere vores beroligende behandling, så vi tilbyder beboerne ens behandling ved P.N. For hvorfor skal de have noget i kroppen, der varer tre døgn før, det er ude, hvis de bare skal til tandlægen. Nogen vil måske synes, at vi bruger for meget benzodiazepiner, men nu er de ikke så bange mere, når de får behandling hos tandlægen, og de er hurtigt friske igen. Jeg forsøger at forenkle og lave fælles standard for behandlingen, så alle er fortrolige med de midler, der bruges,” siger Troels Gram Bruun.

Han oplever, at pædagogerne er positive overfor medicin. De er glade for, at medicinen kan hjælpe deres beboere til, at de bedre kan arbejde med dem. For medicinen skal selvfølgelig ikke stå alene. Jo bedre observationer og oplysninger,

Der er 240 beboere på Sølund. Deres medicin fordeler sig således:



(kilde: Troels Gram Bruun)

jo bedre en behandling. Når der kommer en ny beboer til Sølund, er der i forvejen søgt tilladelse til indhentning af oplysninger. Der er desuden overleveringer med pædagogerne fra det sted, beboeren kommer fra, og der bliver også ringet til psykiatrisk afdeling, hvis vedkommende har været indlagt.

"Først lader jeg pædagogerne få en fornemmelse af personen. For beboeren er i en ny situation, og der kan gå lidt tid inden, der kommer ro på," siger Troels Gram Bruun. I øjeblikket har han 9 på sin daglige observations-liste. En er en beboer, der lige er blevet opereret, og som skal justeres i den beroligende medicin. En anden svinger meget humørmæssigt, og her justeres medicinen også, og beboeren følges tæt. En tredje reagerede på stemningsstabiliserende medicin indtil, det hele brød ned fysisk, og Troels Gram Bruun måtte lægge medicinen om. Han laver også samtaler med de af beboerne, der har et sprog.

"Det er en ret standardiseret tilpasset form for kognitiv støttende terapi. Vi taler f.eks. om, hvad der er sket siden sidst, og hvordan de vurderer det, der er sket, og så prøver jeg at give dem en forståelse af alternative handlemønstre, og hvorfor det er vigtigt, at de får deres medicin stabilt," slutter Troels Gram Bruun.



FAKTA OM SØLUND

Sølund er et hjem for mennesker med vidtgående fysiske og psykiske handicaps. Med 220 beboere i alderen fra 18 til 100 år og ca. 550 ansatte er Sølund også en landsby. Landsbyen Sølund er en boform under Skanderborg Kommune.

Sølund har bevaret fordelene ved at være stor og samtidig udnyttet fordelene ved, at beboerne bor i små enheder og kan forholde sig til deres egen boenhed. I dag består Sølund af 13 meget selvstændige bo-afdelinger med en fælles paraply af centrale servicetilbud som køkken, maskinstue, vaskeri, rengøring og Aktivitetscenter. Der er foruden en sundhedsafdeling med læge, tandlæge, terapeuter, sygepleje, fodpleje og frisør. Læs mere på www.solund.dk.



Et bosted med styr på medicinen

Manglen på speciallæger og beskæringer rammer udviklingshæmmede med psykiske lidelser hårdt

Af informationsmedarbejder Dorte Eifer
Center for Oligofrenipsykiatri

ViPU Viden har mødt Gitte Wittus-Kåstrup, pædagog på bostedet Majvænget udenfor Århus, til en snak om udviklingshæmmedes brug af psykofarmaka og for at høre om den pædagogiske indsats.

Gitte har arbejdet på Majvænget i 8 år, så hun kender beboerne rigtig godt og har efterhånden en hel del erfaring med psykiske lidelser hos udviklingshæmmede.

"Vi har gennem mange år haft et tæt samarbejde med en psykiater fra Oligofreniklinikken (Afd. O) omkring den enkelte beboers psykofarmaka. Psykiateren kom før hen ud til os, og til evt. samtale med den enkelte beboer, når der var behov for det. Desværre er muligheden for kontakt til psykiateren gennem de sidste par år, blevet skåret ned til primært at foregå via telefonsamtaler med pædagogisk personale. Når det stadig fungerer, er det for mig at se, udelukkende i kraft af, at denne psykiater har et indgående kendskab til vores beboere. Det er naturligvis de faste pædagoger, der kender den enkelte beboer bedst. Vi kender deres udviklingsalder, grundstemning

og funktionsniveau – og kan se hvis en beboer får det skidt. Vi kan via egen læge få afklaret om der er fysiske årsager, f.eks. urinvejsinfektion, der ligger til grund for en forandring i humør og adfærd - og vi kan observere, beskrive og videregive informationer til psykiateren, men vi er ikke specialister i psykiatri og psykofarmaka, og vores beboere er helt afhængige af at denne viden er tilgængelig og nem at få adgang til. Endvidere sørger vi for, i samarbejde med afd. O, at vores beboere får taget regelmæssige blodprøver for at kontrollere, at de får den passende mængde af psykofarmaka," forklarer Gitte.

Hun fortæller, at de fleste beboere, der får psykofarmaka, fuldt ud accepterer at tage medicin, og at det ikke skaber de store problemer i hverdagen.

"Vi har da oplevet en beboer, der har nægtet at tage sin medicin nogle gange, men det har løst sig forholdsvis nemt, via motivation og fordi beboeren simpelthen kunne mærke forværring ved ikke at ville tage sin medicin. Pårørende til vores beboere bliver inddraget, hvis de ønsker det, og hvis beboeren ønsker og giver tilladelse til det. Ved uenighed

mellem personale og pårørende ift. psykofarmaka, har vi gode erfaringer med at få en psykiater fra afd. O med til en fælles snak omkring behovet, virkninger og bivirkninger.”

Gitte ser meget alvorlig ud og fortsætter: ”Desværre er vi ramt af manglen på speciallæger. Min store frygt er, hvad der vil ske, hvis psykiatere med speciale i udviklingshæmmede forsvinder. Psykisk udviklingshæmmede har masser af ressourcer men også brug for masser af hjælp i forhold til det udviklingstrin de er på, og har man som udviklingshæmmede en psykiatrisk lidelse oveni udviklingshæmningen, har man brug for mindst lige så meget hjælp til den del.

Det gør udviklingshæmmede med psykiske lidelser ekstra sårbare, og afhængige af den hjælp, der stilles til rådighed. De har generelt svært ved, i kraft af deres udviklingshæmning, selv at sætte ord på, hvordan de har det og hvad de føler. Det er der, vi kommer ind, sammen med evt. familie, som meget vigtige personer ift. at få formidlet, så objektivt som muligt, til psykiater og i forhold til at få stillet gode pædagogiske rammer op. De psykiatriske afdelinger har meget svært ved at klare indlæggelser med udviklingshæmmede, men behovet for indlæggelser kan risikere at stige, hvis de udviklingshæmmede ikke kan få den fornødne psykiatriske bistand i hverdagen.”

Har I prøvet at have beboere indlagt på psykiatrisk hospital?

”Det er ikke ofte, at det er sket. Men en beboer kan jo få det så slemt, at det bliver for voldsomt for de andre. Vi har haft et par kortvarige



Gitte Wittus-Kåstrup

FAKTA OM MAJVÆNGET

Der bor i alt 21 udviklingshæmmede beboere i alderen 25-79 på Majvænget. Herudover er der 2 beboere, der bor i egen lejlighed i byen, tilknyttet pædagogisk hjælp og vejledning fra Majvænget. Ca. 2/3 dele af alle beboere har en psykiatrisk lidelse og får psykofarmaka.

Fast medicinprocedure

Majvænget har en mappe, hvor alt vedr. den enkeltes medicin er beskrevet og endvidere procedurer i forhold til at tælle medicin op, give medicin, og evt. utilsigtede hændelser mv.

Medicinen er låst inde i skab. De fleste beboere får dosispakket medicin fra apoteket. Hvis personalet tæller op, så dobbelttjekkes der. Hver beboer har en kasse med medicin – og der er billede på kassen, som ekstra sikkerhed ift., hvis der kommer nye vikarer eller praktikanter. Medicinen skal gives til en beboer ad gangen, og personalet skal se, at beboeren tager det. Uanset hvor godt proceduren er beskrevet, er det sket, at en beboer har glemt at få sin medicin. Alle utilsigtede hændelser ved medicingivningen skal beskrives og vagtlægen kontaktes.

indlæggelser, men en indlæggelse skaber meget stor utryghed for den udviklingshæmmede oveni den psykiske lidelse. Det burde være sådan, at personalet kunne følge med på den psykiatriske afdeling, men så står vi med et normeringsproblem på boste-

det. Det er også meget vanskeligt for det psykiatriske hospital. De har meget lidt erfaring med mennesker med udviklingshæmning, så de har svært ved at yde den nødvendige støtte,” fortæller Gitte.



Hvad gør I for at skabe en god hverdag for jeres beboere med psykiske lidelser?

"Medicinen kan jo langt fra stå alene. De pædagogiske rammer ser jeg som lige så afgørende. Generelt er vores beboere meget afhængige af, at der er struktur på deres liv – struktur forstået som rammer, der giver forudsigelighed og tryghed. Det er f.eks. at kunne se på vores billedtavle, hvem der kommer på arbejde. Det er at vide, hvad der skal ske time for time. Det er at være forberedt på i hvilken rækkefølge tingene skal ske. Det er ofte meget små ting i hverdagen, der kan fylde meget for vores beboere, og uforudsigelige hændelser og uro, kan for nogen betyde, at de får det rigtig skidt.

Derudover er det vigtigt at vi kan tilbyde en-til-en tid, tid med nærvær. Det prioriterer vi højt på Majvænget. Selv om det er blevet sværere med tiden, så arbejder vi hårdt for, at det kan lade sig gøre, så beboeren ikke skal løbe efter os uden at blive rigtig set og hørt. Det er ofte i dette samvær med nærvær, at vi kan observere, hvis der er noget galt, og får at vide, hvad der går beboeren på. Så må administrative ting, vi også skal gøre, vente!

Generelt kan man også sige, at det der kendetegner vores beboere med psykiske lidelser er, at de svinger meget i funktionsniveau, og sociale kompetencer, afhængigt af hvor gode de pædagogiske rammer og nærværet er, og afhængigt af hvor godt, de er medicineret," forklarer Gitte.

Et eksempel:

En beboer, der har en affektiv bipolar

lidelse, er der lavet 3 forskellige pædagogiske planer for:

Plan 1 for, når hans grundstemning er mest stabil, og hvor hans funktionsniveau er bedst – og hvor han er velmedicineret. Her kan han med vejledning selv sørge for bad, tage tøj på, møde personalet med naturlig mængde opmærksomhed.

Plan 2 for når han er i manisk periode, hvor han møder personalet højlydt i døren eller helt ude på parkeringspladsen, og hvor han har brug for hjælp til ro, afskærmning fra udefrakommende indtryk, hjælp til ikke at spise uafbrudt og uhæmmet og hjælp til at få p.n. medicin, der tager toppen af lidelsen.

Plan 3 for, når han er i en depressiv periode, hvor han kan have brug for meget søvn, hvile, hjælp til at få mad og drikke og bad.

Har I en holdning til medicin?

"For mig at se, kan man ikke være for eller imod psykofarmaka. Hvis

man har sådanne holdninger, må det være fordi, man ikke har set de lidelser, mennesker med f.eks. manier, psykoser, hallucinationer mv. gennemgår. Jeg mener, mennesker med psykiske lidelser – det er uanset om man er udviklingshæmmet eller normalt udviklet, skal behandles med den medicin og den mængde som gør, at de har det bedst muligt. Det er for mig lige så indlysende, at de pædagogiske rammer kan have rigtig stor indflydelse på, hvordan man kan leve et ordentligt og værdigt liv med den psykiske lidelse, så livet ikke forværres for vores udviklingshæmmede. Med de massive besparelser, der har været på pædagogstillinger i vores bofællesskaber, og med den manglende prioritering i forhold til at få nok psykiatere og andre speciallæger med speciale i udviklingshæmmede, synes vores beboere at blive diskrimineret og straffet dobbelt!" slutter Gitte Wittus-Kåstrup.





Hella Gjermansen



Det billigste er ikke altid det bedste

Åbenhed og konkurrence kommer patienterne til gode

Af journalist Mette Egelund Olsen
Center for Oligofrenipsykiatri

”Jeg er tilhænger af, at vi forsøger at begrænse udgifterne men ikke for enhver pris. Patienterne har også ret og lov til at vælge behandling.”

Ordene kommer fra den medicinske direktør for Skandinavien i medicinalfirmaet Lilly. Ole Kristian Kleivenes sidder overfor mig både som den psykiater, han er og som del af medicinalindustrien. Inden han kom til Lilly praktiserede

han som læge og psykiater i 10 år. Han startede i Lilly som forskningsansvarlig i Lilly i Norge med ansvar for psykiatri - herunder det antipsykotiske præparat Zyprexa, som der i dag og på verdensplan har været brugt af over 20 millioner. Ole Kristian Kleivenes har i dag skandinavisk ansvar for ikke bare psykofarmaka men alle af Lillys terapeutiske områder.

”Som kliniker ser jeg et behov for at kunne skræddersy behandlingen til patienterne. Det er vigtigt her i

psykiatrien, hvor en tredjedel har god effekt af medikamentel behandling, en anden tredjedel har delvist effekt, mens der er en sidste tredjedel, som har lidt eller ingen effekt. Her er det vigtigt at have mange forskellige medikamenter at vælge mellem. Det bliver problematisk, når man som patient altid får det billigste præparat uden at tage hensyn til, hvilket præparat, som er bedst for den enkelte patient. Næsten ingen taler de psykiatriske patienters sprog. Vi skal selvfølgelig lave helseøkonomiske

løsninger, men det er vigtigt, at der for patient og kliniker er mulighed for også at vælge det præparat, som fungerer bedst for patienten, der ikke nødvendigvis er mest økonomisk gunstigt," siger Ole Kristian Kleivenes. Han forklarer videre, at mindre end 10 procent af behandlingsomkostningerne er lægemidlet. Den store omkostning - både for patienten og samfundet - er indlæggelser og genindlæggelser. Derfor er det vigtigt at have en tilpasset behandling og en opfølgning af behandlingen.

Den tredje generation

Men hvor er vi på vej hen, når det handler om psykofarmaka? For at se ind i fremtiden, må vi også skue tilbage. Helt tilbage til dengang i 1945, hvor det startede med stoffet Klorpromazin. Det blev egentlig brugt til at bedøve patienter, der skulle opereres, men man prøvede det på psykotiske og udadreagerende patienter, og de blev både roligere og mindre psykotiske. Første generation antipsykotiske præparater havde store bivirkninger i form af parkinsonistiske symptomer. Først i 1990'erne kom den nye generation af antipsykotiske præparater med færre bivirkninger og lige god effekt. De var og er dog heller ikke uden bivirkninger, som blandt andet øget vægt og fare for at udvikle sukkersyge. "Denne gruppe, der også virker ved at blokere Dopamin i hjernen, har nu taget over, selv om de er dyrere end de gamle. Men vi har udviklet os videre," siger Ole Kristian Kleivenes. For en tredje generation er på vej. Lilly tror nemlig nu, at Glutamat (mGlu2/3)- der er et af signalstof-

ferne i hjernen - også sammen med Dopamin spiller en stor rolle i behandlingen af psykoser og skizofreni.

"Nu forsker vi i Glutamat, der påvirker både de positive symptomer (red.: som f.eks. hallucinationer og vrangforestillinger) som de negative symptomer (red.: som f.eks. træghed, sprogfattigdom, initiativløshed) ved skizofreni. Desuden menes det at have en god bivirkningsprofil. Vi er nu i fase 3, hvor vi afprøver stoffet på patienter og indstiller dosis. Og om få år regner vi med, at vi har et nyt antipsykotisk præparat tilgængeligt for patienten," siger Ole Kristian Kleivenes. Det er ingen hemmelighed. For alle resultater er tilgængelige for offentligheden. For åbenhed er vigtig. Men nu handler det ikke kun om medicin.

Medicin står ikke alene

"Medikamentel behandling skal kobles med livsstilsændringer, psyko-

terapi og psykoedukativ behandling. Patienterne skal lære selv at tyde tegnene på deres sygdom. De skal vide, hvordan de håndterer bivirkninger, og hvordan de f.eks. skal være fysisk aktive og spise anderledes. De skal også kende til vigtigheden af at holde ved den medikamentelle behandling," siger Ole Kristian Kleivenes. Han fortæller videre, at Lilly i flere år har haft et uddannelsesprogram - Løsninger for Livet - der retter sig mod sundhedspersonale om, hvordan man ved hjælp af fysisk aktivitet og kostomlægninger kan reducere vægten og få et bedre liv.

Forskning kræver åbenhed

"Vi ønsker i Lilly at holde den højeste etiske standard. Fra forskning til markedsføring. Vi skal bidrage til et sundere, mere aktivt og længere liv for vores patienter. Og det gør vi ved forskning i nye præparater. Troværdig forskning kræver åbenhed. Vi publicerer vores hypoteser - også de



FAKTA OM LILLY

Lilly er et af verdens største lægemiddelvirksomheder. Det blev grundlagt i 1876. Lilly har i dag 39.000 ansatte rundt i verden, heraf 250 i Skandinavien. Ud over psykofarmaka er Lilly kendt for produkter indenfor blandt andet områderne cancer og diabetes.

Af psykofarmaka på det danske område er:

Zyprexa - mod psykoser og skizofreni samt behandling af mani ved bipolar affektiv lidelse.

Cymbalta - antidepressiva - mod depression. Er desuden godkendt til behandling af generaliseret angst.

Strattera - middel mod ADHD

Fontex - mod depression. Også godkendt til behandling af OCD og bulimi.

SUBSTITUTION

Substitution kan oversættes med erstatning og betyder, at apotekerne udleverer et andet og billigere lægemiddel end det, lægen har skrevet på recepten. Disse lægemidler har samme virksomme stof i samme mængde og det bruges på samme måde. I følge Lægemiddelstyrelsen har disse lægemidler, der kaldes synonyme (også kaldet kopimedicin) samme virkning, selv om de ser forskellige ud og sælges under forskellige navne.

Lægen kan dog fravælge substitution og skrive "ej S" på recepten. Patienten betaler så prisforskellen. Hvis prisforskellen er meget lille, kan apoteket dog vælge at udlevere det, som lægen har skrevet på recepten.



Ole Kristian Kleivenes

problemer vi støder på (se evt. www.lillytrials.com). De negative resultater skal være publiceret lige som de positive. Der er en skarp ekstern kontrol med det vi laver, og det synes Lilly er både rigtigt og vigtigt. Vi skal kunne dokumentere alt, og vi skal stå til kontrol fra Lægemiddelstyrelsen,"

siger Ole Kristian Kleivenes. Noget andet det også er vigtigt at holde sig indenfor, er det såkaldte "label".

"Det er både uetisk og uforsvarligt at bruge præparaterne til andet end det, de er godkendt til," fortæller Ole Kristian Kleivenes.

Lilly producerer desuden det nyere antidepressive Cymbalta, der også har label til at anvendes mod generaliseret angst, som deprimerede mennesker har en overhyppighed af. "10 procent af de deprimerede begår selvmord. Vi har en forpligtelse til ikke bare at give den billigste behandling men at give den bedste behandling til den enkelte patient. Der er forskel på at blive bedre og at blive rask. Vi har et ansvar. Vi skal ikke give op før, de er raske igen og bliver produktive for sig selv, familien og samfundet," siger Ole Kristian Kleivenes.

Sund skepsis

Men befolkningens holdning til psykofarmaka har også en betydning.

"Jeg kan godt forstå de skizofrene, der på grund af manglende sygdomsindsigt modsætter sig behandlingen. Og andre der er påvirket af, at psykiatrien har en historie med lobotomi (det hvide snit) og andre eksperimenter. Det er sund skepsis at stille spørgsmålstejn ved psykofarmaka. Men faktum er, at de psykisk syge har en overhyppighed af overdødelighed fra andre sygdomme. De lever kortere, er mere udsatte for somatisk sygdom og har en reduceret livskvalitet. Og de må behandles," siger Ole Kristian Kleivenes.

Det handler om at være åben om den kliniske forskning. Både de positive men også de negative resultater, og det handler om at markedsføre lægemidlerne indenfor label og holde den højeste etiske standard, og så handler det om åbenhed omkring bivirkninger. Og her er det vigtigt, at såvel patienter som læger melder ud omkring bivirkninger sådan, at både Lægemiddelstyrelsen og lægemiddelfirmaerne kan opdatere sine databaser for at sikre bedst mulig information til lægerne og behandling for den enkelte patient.

"Al konkurrence er sund, og jo flere medikamenter, der er tilgængelige, jo bedre er det for patienterne. Individuel behandling er vigtig. Statistik kan aldrig bruges på enkeltindivider, og vi er etisk forpligtede til at give den enkelte patient den bedst mulige behandling," slutter Ole Kristian Kleivenes.

(kilde: Lægemiddelstyrelsen)



Birgit Kristensen



Betina Nielsen



Leon Sorensen



Konference 2011

PSYKISKE LIDELSER, PROBLEMAADFÆRD OG PSYKOEDUKATION
hos mennesker med udviklingshæmning

International konference 5. maj 2011

Center for Oligofrenipsykiatri afholder international konference:

Du får en enestående mulighed for at møde tre internationale kapaciteter på området:

Professor Sally-Ann Cooper, Skotland, vil holde foredrag om:

Intellectual Disabilities, Mental ill-health and Problem behaviors (Udviklingshæmning, psykiske lidelser og problemadfærd).

Psykolog Peter Vermeulen, Belgien, vil tale om:

Psychoeducation for people with an autism spectrum disorder and mild learning difficulties (Psykoedukation med mennesker med autisme spektrum forstyrrelser og let udviklingshæmning).

Overlæge Kurt Sørensen, Danmark, vil holde oplæg om: Psychiatric illness among non-institutionalized citizens in a metropolitan area in Denmark (Psykiske sygdomme blandt udviklingshæmmede borgere udenfor institutioner).

Foredragene vil foregå på engelsk.

Hvor: Århus Universitetshospital, Risskov, auditoriet, Skovagervej 2, 8240 Risskov

Hvornår: 5. maj 2011 klokken 9 - 15

Pris: 1.200 kroner incl. forplejning

Tilmelding: Alle tilmeldinger foregår gennem Plan2Learn - Region Midtjyllands elektroniske kursusprogram - rm.plan2learn.dk

Du behøver ikke at være ansat i region Midtjylland for at bruge programmet - alle er velkomne.

Alle henvendelser om konferencen skal rettes til:

Charlotte Pilgaard Hansen
charlotte.hansen@stab.rm.dk
telefon 77 89 29 90

Udviklingshæmning og traumer

Af psykolog Annette Borkfelt
Center for Oligofrenipsykiatri

Hos mennesker med udviklingshæmning ses ofte en øget risiko for svære belastningsreaktioner og udvikling af traumer. Der er en nedsat smertetærskel. Symptomer på traumer og belastninger ligner ofte de reaktioner, man ser hos andre, der er traumatiserede.

To engelske forskere, A. Mitchel og J. Clegg (2005) perspektiverer i en artikel, at forskning og undersøgelser om børn, traumer og PTSD (Post Traumatisk Stress Syndrom) kan være en hjælp til forståelse af, hvordan voksne med udviklingshæmning oplever, reagerer og udtrykker den psykiske smerte, der er forbundet med de traumatiske og svært psykisk belastende begivenheder.

Mennesker med udviklingshæmning lever, oftere end andre, en tilværelse med svære psykosociale belastninger i opvæksten. Der er øget risiko for forstyrrelser i personlighedsudviklingen, og øget risiko for udvikling af traumer og PTSD. Refererer vi til den biopsykosociale model, er der mange faktorer, der spiller ind. Smertetærsklen hos udviklingshæmmede er, kort sagt, nedsat. Ofte er der angst og depression som komorbiditet og livslang følgesvend. Karakteren af belastningsfaktorer og traumer, der i værste fald kan

udløse PTSD er mange: Tab på tab, overgreb (psykisk, fysisk og seksuelt), varierende tilknytningsforstyrrelser med manglende og traumatiserende forældreomsorg, tidlig adskillelse fra forældre, nederlag og problemer med at indfri krav og forventninger samt isolation. Hjernen er i denne proces et meget sårbart emotionelt system, der i forvejen belastes og kompliceres af det nedsatte kognitive funktionsniveau. Ofte ses også svære sproglige vanskeligheder.

Derfor kan det være svært for omgivelserne at læse, hvis der er noget galt. Oftest er det ved adfærdsændringer og pludselige ændringer i humøret, at man lægger mærke til, at der er noget galt. Adfærden får karakter af at være uforståelig eller udfordrende. Ofte er det vanskeligt at få en forståelse og en indsigt i årsagen til den ændrede adfærd. Tilfældet er som regel også, at vedkommende selv ikke er klar over, hvorfor han/hun reagerer, som tilfældet er.

Ved en akut belastningsreaktion ses for eksempel adfærdsændringer i form af tilbagetrukkethed, vrede eller verbalaggressivitet, fortvivlelse, hyperaktivitet og overdreven sorgreaktion.

Ved Posttraumatisk Stress Syndrom ses hyppigst tilbagevendende ufrivillig genoplevelse af traumet, påtrængende erindringer og undgåelsesadfærd. Der ses også komorbiditet i form

af angst, depression og misbrug. Angsten og depressionen behandles ofte som det primære, da det er lidt lettere at diagnosticere.

Ser vi på det kliniske billede på traumer og PTSD hos børn, beskrives dette blandt andet at være vedvarende genoplevelse af traumet gennem drømme, gentagelse af hændelsen gennem leg, og følelser præget af skyld og hjælpeløshed. Børn undgår for enhver pris noget, der kan minde om den traumatiserende begivenhed. Der ses øget arousal, hyperaktivitet og koncentrationsproblemer. I forbindelse hermed ses ofte tab af interesser og et behov for at trække sig fra sociale aktiviteter. Adfærd og de psykiske klager kan ligne dem, der også ses ved andre og mere velkendte diagnoser. Derfor kan billedet "sløres". Som fagpersoner kigger vi ofte efter det, der er velkendt, og det vi er blevet skolet til for at skabe forståelse, mening og overblik i det, vi oplever. Derfor kan det give god mening, når Mitchel og Clegg (2005) plæderer for, at symptomer på traumer hos udviklingshæmmede har en tendens til at blive undervurderet og underkendt i praksis.

Traumebehandling ved udviklingshæmning

Hvis voksne udviklingshæmmede reagerer på traumer og PTSD på



samme måde som andre, giver det nogle tiltrængte behandlingsmuligheder. På grund af det reducerede kognitive funktionsniveau skal en eventuel behandling tilpasses personens kognitive og emotionelle funktionsniveau. Terapeutisk åbner vores viden om behandling af traumer hos børn nogle spændende muligheder i kraft af, at der er en del litteratur om behandling af børn med traumer. De senere år har blandt andet eventyrmetoden været benyttet i behandlingen af traumer og PTSD hos børn, men den har også været benyttet i forhold til intervention i hele

familier. Andre former for eksponering kan også benyttes. Psykoedukation, igen tilpasset funktionsniveauet hos den enkelte, er også en vigtig del af behandlingen. Ikke mindst er rammerne og den sociale støtte i arbejdet med traumer og belastninger vigtig.

Har du lyst til at høre mere om traumer og udviklingshæmning, er du velkommen til at deltage i et af vores kurser "Udviklingshæmning og traumer". Der er også mulighed for hus-kurser på bosteder og institutioner om emnet.

KILDE:
[Journal of Intellectual Disability Research](#), vol. 49, part 7, pp.552-559, July 2005.

UDVIKLINGSHÆMNING OG TRAUMER

ET PSYKOTRAUMATOLOGISK PERSPEKTIV

Mennesker med udviklingshæmning bliver i langt højere grad end andre udsat for traumer, stress og belastninger i deres opvækst. Det kan være i form af omsorgssvigt, seksuelle overgreb eller andet.

På kurset vil vi se nærmere på, hvilken betydning stress og traumer kan have på et i forvejen nedsat kognitivt og følelsesmæssigt funktionsniveau. Kan reaktioner på traumer forveksles med andre psykologiske eller psykiatriske problemstillinger?

På kurset vil vi også se på de forskellige symptomer og hvordan man kan arbejde med dette i pædagogisk praksis.

UNDERVISERE:

Psykolog Annette Borkfelt og psykolog Trine Reippuert Knudsen

TID:

Tirsdag d. 17. maj 2011, kl. 9-15

STED:

Vandresalen, Århus Universitetshospital, Risskov

PRIS:

Kr. 1.500,- inkl. forplejning

TILMELDINGSFRIST:

3. maj 2011

UNDERVISERE:

Psykolog Annette Borkfelt og psykolog Trine Reippuert Knudsen

TID:

Tirsdag d. 24. maj 2011, kl. 9-15

STED:

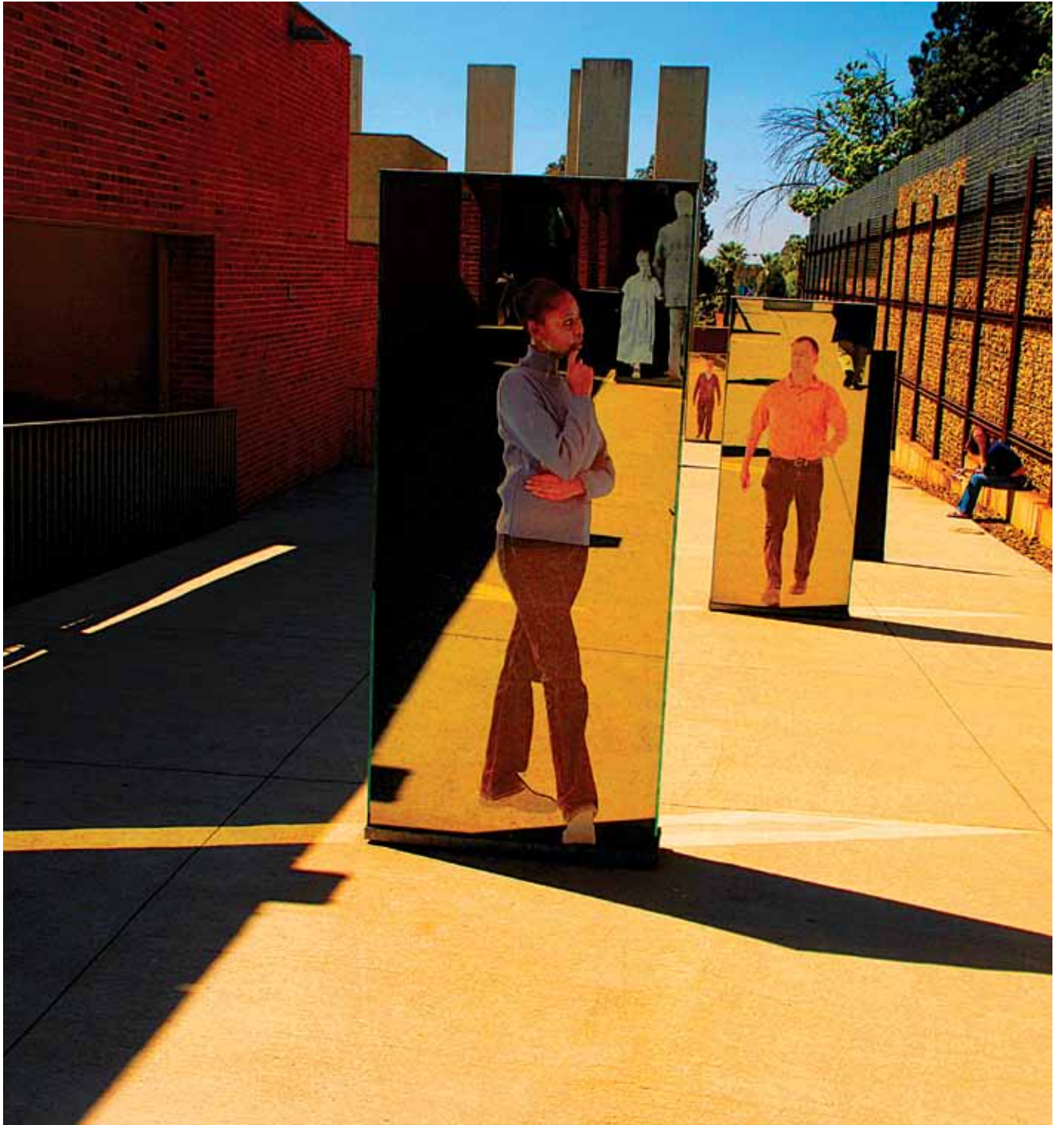
Ringstedhallerne, Tværalle 8, Ringsted

PRIS:

Kr. 1.500,- inkl. forplejning

TILMELDINGSFRIST:

10. maj 2011



VERDEN ER I FARVER

- et helt andet sted

Af informationsmedarbejder Dorte Eifer,
Center for Oligofrenipsykiatri

Kunstudstillingen **VERDEN ER I FARVER** er godt i gang med sin Danmarksturné. Udstillingen startede sidste år på Museum Ovartaci i Risskov, så gik turen til Jelling og nu er de farverige malerier landet i Vestjylland i Janusbygningen i Tistrup. ViPU Viden drog med til en festlig ferisering.

De 124 fantastiske billeder og skulpturer står og hænger tæt, temmelig tæt i Janusbygningen i Tistrup - nærmest som et festfyrværkeri, der er eksploderet ud over salen! Eller som kunsthistoriker og ansat, Lone Schloo

Erhardsen sagde i sin åbningstale: "Udstillingen har en myldrende intens karakter og glæden ved at udtrykke sig er ikke til at tage fejl af." Lisbeth Jensen, formand i ULF (Udviklingshæmmedes Landsforbund), var også på talerstolen for at byde velkommen. Hun syntes, at det er en kanongod udstilling, som alle skulle nyde! Og Lisbeth understregede: "Det er vigtigt, at man som udviklingshæmmet kan få lov at udfolde sine kreative evner, for udviklingshæmmede er meget gode kunstnere. Det er ikke amatører! Pludselig kan man med kunsten være et helt andet sted." Og så blev udstillingen skudt i gang!

Udstillingen løber indtil d. 3. april i Janus Bygningen, Lærkevej 25, 6862 Tistrup.

Læs mere på:

www.janusbygningen.dk

Derefter vandrer udstillingen videre til Svendborg, hvor den udstilles i SAK Kunstbygning fra d. 10. april til 15. maj 2011.

Center for Oligofrenipsykiatri har i samarbejde med Museum Ovartaci lavet en flot kunstbog med alle værkerne.

Bogen "**VERDEN ER I FARVER**" kan købes på www.oligo.dk under publikationer.



Fotos: Morten Rasmussen

HÆFTE OM DEMENS

Udviklingshæmmede mennesker bliver i dag ældre end tidligere. Det giver nogle pædagogiske og behandlingsmæssige udfordringer, idet bl.a. demens optræder hyppigere hos mennesker med udviklingshæmning.

Læs den gribende historie om Tove, 61 år, med Down Syndrom og Alzheimers sygdom. Hæftet, der er smukt illustreret, er 4. bind i en serie om psykiske lidelser hos mennesker med udviklingshæmning.

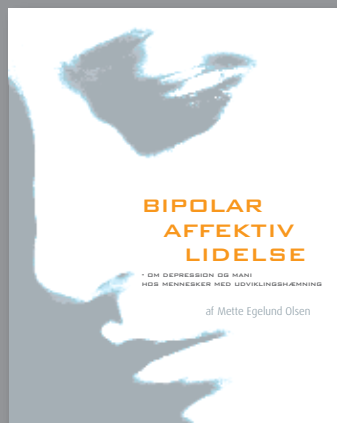
Du kan købe bind 1-4 som et samlet sæt til en favorabel pris. Hæfterne giver et fantastisk indblik i, hvordan psykiske lidelser (bd. 1 bipolar lidelse, bd. 2 ADHD, bd. 3 skizofreni og bd. 4 demens) kommer til udtryk hos mennesker med udviklingshæmning, og i hvordan pårørende, pædagoger og behandlere omkring de udviklingshæmmede er involveret.

Du kan lave en bestilling på vores hjemmeside:

www.oligo.dk/publikationer



Forlaget  Oligo






Vi er vores relationer. Om tilknytning, traumer og dissociation

Af Tor Wennerberg
Dansk Psykologisk Forlag
251 sider – Pris kr. 368,-

Vi er vores relationer giver en grundig og lettilgængelig beskrivelse af, hvordan tilknytning - det vil sige de tidlige og stærke følelsesmæssige

bånd, som børn knytter til nærtstående voksne - påvirker personlighedens udvikling, og hvordan tidlige traumatiserende erfaringer i nære relationer kan sætte sig spor i den menneskelige psyke.

Bogen præsenterer vigtige hovedtræk i dagens tilknytningsforskning, med særlig vægt på den desorganiserede tilknytning.



Aldringens psykologiske sider - et livsperspektiv

Af Bo Hagberg, Mikael Rennemark
Dansk Psykologisk Forlag
144 sider - Pris kr. 228,-

Hvordan bliver vi ældre på en god måde, og hvordan får vi en god alderdom? Bogen viser, at ud over vores personlighed er også vores evne til

at håndtere problemer og stress samt den måde, hvorpå vi reflekterer over livet, vigtige faktorer.

Forfatterne sammenholder forskellige teorier om aldrings- og udviklingspsykologi og inddrager relevant forskning. De diskuterer livshistoriens betydning for det ældre menneskes velbefindende, ser på, hvordan vores erfaringer påvirker vores alderdom, og hvordan vi konstruerer vores fortid, og gør rede for, hvorfor livsløbsrefleksionen er et centralt begreb i både egenomsorg og pleje.



Smertegrænsen Traumer, tilknytning og psykisk sygdom

Af Lars J. Sørensen
Dansk Psykologisk Forlag
284 sider – Pris kr. 298,-

Chokerende oplevelser kan komme til at danne grundlag for livslange traumer og udvikle sig til psykisk

sygdom. Bogen fokuserer på personlighedsforstyrrelsen borderline. Forfatteren beskriver, hvad der karakteriserer en virksom choktraumeterapi, og dokumenterer, hvordan traumatisering og sygdom kan undgås og behandles. Bogens detaljerighed både i forhold til teori, behandling og illustrative eksempler gør den til en vigtig psykologisk fagbog for behandlere. Desuden kan mennesker, der er belastet af chokerende og traumatiske hændelser, samt disses pårørende, hente viden og metoder til at komme videre.

Lars J. Sørensen er chefpsykolog på Psykiatrihospitalet i Nykøbing Sjælland.



BOG OMTALER



At teste børn og unge Om testmetoder i den psykologiske undersøgelse

Af Ann-Charlotte Smedler
og Eva Tideman
Hans Reitzels Forlag
288 sider – Pris kr. 325,-

At teste børn og unge er en grundbog i psykologisk testning og undersøgelse

af børn og unge. Forfatterne forklarer, i hvilke sammenhænge det kan være aktuelt at teste børn og unge, og giver en grundig præsentation af relevant psyometri samt principperne bag valg af testmetode. En række centrale test præsenteres med grundige kommentarer: udviklings- og intelligencetest, specifikke funktionstest og personlighedstest. Ud fra deres mangeårige erfaring beskriver forfatterne, hvad man skal være opmærksom på i den praktiske testsituation, og hvordan forskellige testresultater kan tolkes. I bogen beskrives også, hvordan man giver feedback på undersøgelsesresultater – i skriftlige psykologudtalelser og i samtaler.



Dissociations fænomener

Af Susan Hart
Hans Reitzels Forlag
452 sider – Pris kr. 398,-

Forskningen i traumer og PTSD har medført en større forståelse for de skadevirkninger, traumatiske begivenheder kan få på alle niveauer i nervesystemet. Forskning i betydningen af voldelige overgreb mod

børn har samtidig medført en større forståelse for, hvor tæt tilknytningstraumer kan være relateret til alvorlige tilknytningsforstyrrelser, og ligeledes en forståelse for de alvorlige konsekvenser, disse har for personlighedsudviklingen. Susan Hart har redigeret dette første samlede overblik over dissociationsfænomener på dansk.

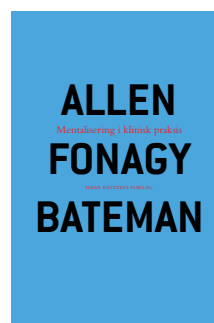


Mentaliseringsbaseret behandling i teori og praksis

Af Allen, Fonagy, Slade m.fl.
Hans Reitzels Forlag
568 sider – Pris kr. 448,-

Mentalisering er at være opmærksom på ens egne og andres mentale tilstande – at besinde sig på sindet. Mentalisering er afgørende

for interpersonelle relationer og for selvbevidsthed og affektregulering, og alle psykoterapeutiske metoder arbejder på at forøge mentaliseringskapaciteten. I denne bog samles en gruppe af internationale eksperter for at forklare begrebet mentalisering, gennemgå aktuel forskning og viden og udforske de mange forskellige kliniske anvendelsesmuligheder. Bogen henvender sig til faggrupper, der arbejder med mennesker, herunder psykologer, psykiatere, psykoterapeuter, sygeplejersker, pædagoger og socialarbejdere.



Mentalisering i klinisk praksis

Af Allen, Fonagy, Bateman
Hans Reitzels Forlag
428 sider – Pris kr. 398,-

Denne bog giver en udførlig redegørelse for begrebet mentalisering og dets anvendelse i klinisk praksis. Bogens første del er en grundig gennemgang af den forskningsmæssige og teoretiske litteratur af relevans for

mentalisering, herunder dens mange aspekter og relationer til beslægtede begreber, dens udviklingsmæssige udspring i tilknytningsforhold og dens neurobiologiske forankring. Bogens anden del omhandler mentaliserende interventioner i psykoterapi, og hvordan disse anvendes i fx traumebehandling, terapi med børn og deres forældre, behandling af borderline-personlighedsforstyrrelse, psykoedukation og i forebyggelse af fx voldelig adfærd.



Forlaget **Oligo**

Center for Oligofrenipsykiatri har fået sit eget forlag, Forlaget Oligo.

Med forlaget ønsker vi at udgive bøger og hæfter til dig, der arbejder med eller er pårørende til et menneske med udviklingshæmning.

Udgivelserne er baseret på den viden, som udspringer fra centrets arbejde med udviklingshæmmede. Forlaget har sin egen hjemmeside:

www.forlagetoligo.dk

ULF på banen

Nu har mennesker med udviklingshæmning fået smag for politik. SUS har evalueret Udviklingshæmmedes LandsForbunds (ULF) tre-årige projekt 'ULF på banen'. Projektets formål har været at skabe mere lige adgang til de demokratiske processer i Danmark for mennesker med udviklingshæmning.

Evalueringen konkluderer, at projektet i høj grad har været med til at skabe større opmærksomhed på mennesker med udviklingshæmnings muligheder for at deltage i politik. Samtidig har de forskellige projektaktiviteter betydet, at langt flere mennesker med udviklingshæmning er blevet bevidste om egne rettigheder og selv- og medbestemmelse.

Læs evalueringsrapporten her

Kilde: www.sus.dk

Tid med Gud

"Tid med Gud" er navnet på et nyt andagtsprogram til computeren, som Kristelig Handicapforening har lanceret. Andagtsprogrammet er en hjælp til udviklingshæmmede, ældre, svagtseende eller andre med behov for hjælp til at holde en personlig andagt.

"Alle mennesker har ret til at holde en andagt og have tid sammen med Gud, uden at der skal være en ved siden af til at hjælpe," siger Ellen Hessellund Mikkelsen, der har udviklet programmet.

Programmet kan købes via hjemmesiden www.tidmedgud.dk



Udviklingshæmmet og kræft

Antallet af mennesker der får kræft har gennem mange år været stigende. Mennesker med udviklingshæmning får også kræft og udenlandske studier peger på, at antallet af mennesker med udviklingshæmning, der får kræft er stigende som følge af længere levealder og ændrede kost-, ryge-, og alkoholvaner.

På denne baggrund iværksatte Socialt Udviklingscenter SUS i foråret 2010 kortlægningsprojektet "Udviklingshæmmet og kræft" med støtte fra Helsefonden. Projektet "Udviklingshæmmet og kræft" har undersøgt følgende forhold:

- Omfanget af mennesker med udviklingshæmning med kræft
- Vanskeligheder og behov hos mennesker med udviklingshæmning i forbindelse med en kræftdiagnose
- Omsorgspersonernes erfaringer og behov i forbindelse med at kunne yde støtte, når en kræftdiagnose stilles.

Læs hele rapporten på www.sus.dk

KORT NYT



Freddy Tornberg er død

I forrige nummer af ViPU Viden, nr. 4, 2010, bragte vi artiklen om film-skaberne Freddy Tornberg og Stine Korst, der har en lang filmproduktion bag sig, bl.a. filmen om de udviklingshæmmede elever på Kunstsikolen Bifrost.

Freddy Tornberg døde pludselig i december 2010.

ViPU Viden kondolerer mange gange.

Uden hæmninger - Kunststudstilling i Rundetårn

Tyve udvalgte kunstnere fra fire danske kunstsikoler for udviklingshæmmede udstiller i Rundetårn fra 28. maj - 26. juni 2011. Sikolerne er

alle kommunalt støttet, og udover at vise, at der eksisterer et aktivt og særdeles levende kunstnerliv for udviklingshæmmede, ønsker sikolerne bag udstillingen *Uden Hæmninger* at gøre opmærksom på, hvor vigtigt det er at støtte og bevare disse unikke kunstmiljøer.

De fire sikoler:

- Kunstsikolen for voksne udviklingshæmmede i København www.kunstsikolenkbh.dk
- Kunst – og Håndværksgruppen Lysbrokunst ved Silkeborg www.lysbrokunst.dk
- Kunstsikolen for udviklingshæmmede, Snurretoppen i Horsens www.snurretoppen-fof.dk
- FOF's kunstsikole Bifrost i Randers www.bifrost-art.dk

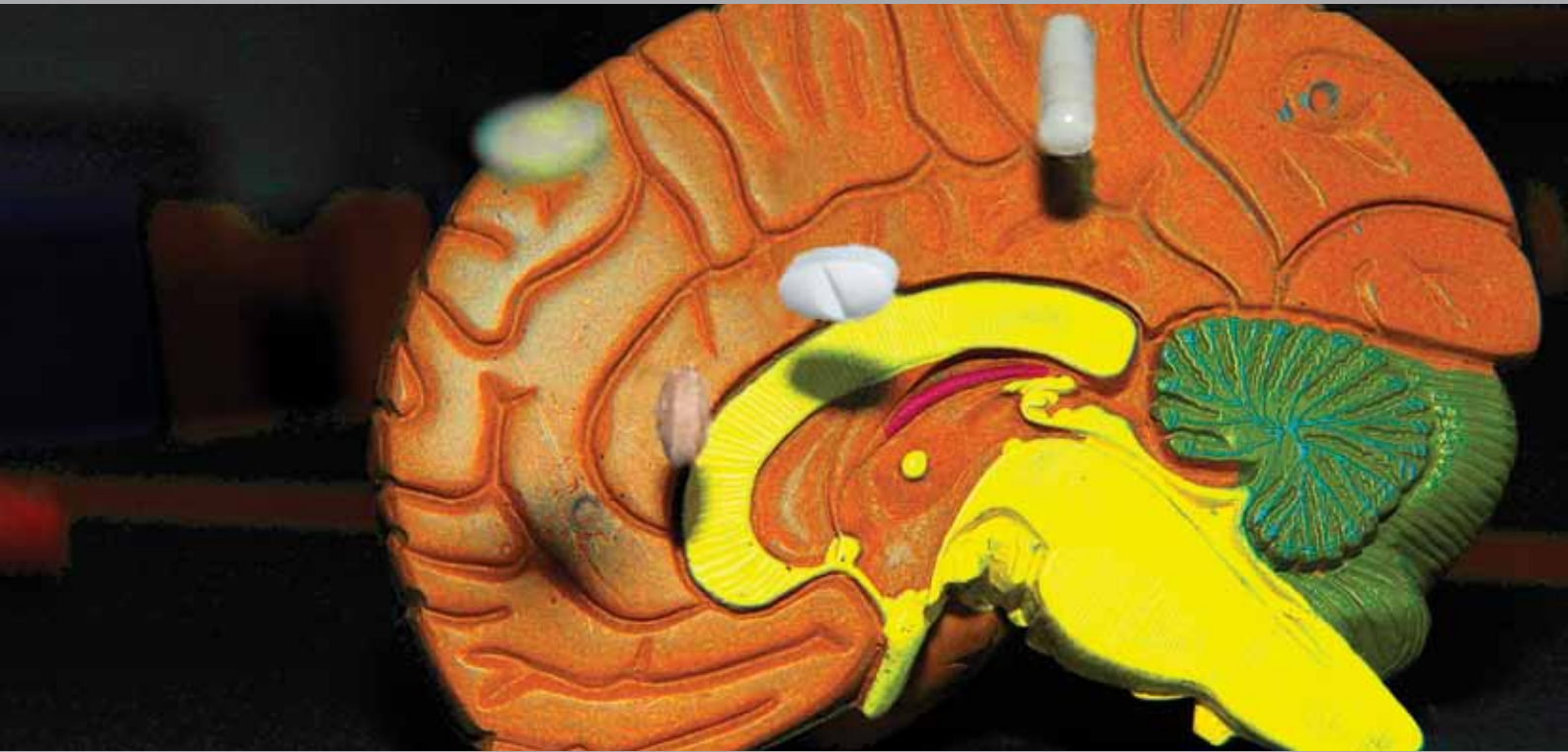


Flere ansatte til oligofreni-området i Region Sjælland og Region Midtjylland



De mange udviklingshæmmede patienter med psykiske lidelser kan nu se frem til en bedre betjening. I Region Sjælland er et helt nyt oligofreniteam startet op. Teamet består af sygeplejerske Hanne Skou Feldt og Anja Dalgaard, der hver har 20 t/pr. uge og psykiater Hans Christian Tofte med 15 t/pr. uge. I første omgang koncentrerer indsatsen om Slagelse kommune.

Center for Oligofrenipsykiatri i Region Midtjylland har ansat sygeplejerske Dorte Purr Hede og sygeplejerske Egon Beck-Petersen. De bliver del af et behandlingsteam, der i forvejen tæller to sygeplejersker, tre psykologer og en psykiater.



ViPU Viden

Center for Oligofrenipsykiatri
Skovagervej 2 · 8240 Risskov · Telefon 77 89 29 90 · www.oligo.dk