

SAMFUNNPSYKOLOG OG BEHANDLER
- BÅDE/OG ELLER ENTEN/ELLER?
samfunnpsykologi i en psykiatrisk
rehabiliteringspoliklinikk

Skriftlig arbeid til spesialiteten i samfunnpsykologi
Britt Randi Hjartnes Schjødt
Bergen, mai 1999.

FORORD.....	1
1. SAMFUNNPSYKOLOGI.....	2
2. DISTRIKTSPSYKIATRISKE SENTER (DPS).....	4
3. PSYKIATRISK REHABILITERINGSPOLIKLINIKK ELLER LANGTIDSPOLIKLINIKK.	5
4. SOLHEIMSVIKEN PSYKIATRISKE REHABILITERINGSPOLIKLINIKK.....	6
4.1. <i>Bemanning</i>	7
4.2. <i>Målgruppe</i>	7
4.3. <i>Opptaksområde</i>	7
4.4. <i>Generelle målsettinger</i>	7
4.5. <i>Individuelle målsettinger</i>	8
5. ARBEIDSMOMRÅDER I EN INTEGRERT LANGTIDSBEHANDLING.	8
5.1. <i>Psyko-sepsykoterapi og behandling</i>	9
5.2. <i>Rehabilitering</i>	9
5.3 <i>Rehabiliteringsområder</i>	10
6. ARBEIDSMETODER.....	12
7. ARBEIDSMODELLER.....	14
7.1. <i>En modell for individuell integrert langtidsbehandling</i>	15
8. DEN SPESIFIKKE SAMFUNNPSYKOLOGROLLEN.....	15
8.1. <i>Samfunnpsykologen som behandler</i>	16
8.2. <i>Samfunnpsykologen som systemarbeider/organisasjonsutvikler</i>	17
9. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON.....	17
REFERANSER:	19

Forord

Tradisjonelt har det spesialiserte psykiske helsevern vært en av den kliniske psykologens hovedarbeidsarenaer. Samtidig med utbygging av lokalt/kommunalt psykisk helsevern og opprettelse av distriktpsykiatriske senter (DPS) kom opprettelse av spesialitet i samfunnspsykologi og et stadig voksende samfunnspsykologifelt. I Norge har en utformet en samfunnspsykologisk rolle som i større grad enn i andre land har vært knyttet opp til klinisk psykologisk virksomhet (Fagutvalg i samfunnspsykologi, 1998). Mange samfunnspsykologer har derfor etterhvert sett at de har viktige bidrag som supplement til klinisk-psykologisk behandlingstradisjon i arbeid med mennesker med psykiske vansker, og stadig flere samfunnspsykologer søker seg derfor til psykisk helsevern.

Det følgende er et forsøk på å klargjøre hvordan en kan bruke en samfunnspsykologisk forståelse og tilnærming i en psykiatrisk rehabiliteringspoliklinikk, der de fleste pasientene har alvorlige sinnslidelser. Jeg tar utgangspunkt i mine egne tanker og erfaringer fra snart 2 år ved Solheimsviken psykiatriske rehabiliteringspoliklinikk (SPRP), som etterhvert skal bli en del av det planlagte Solheimsviken psykiatriske senter. Jeg vil beskrive samfunnspsykologi og distriktpsykiatriske senter generelt. Deretter vil jeg presentere SPRP slik poliklinikken har utviklet seg de 2 første årene med målgruppe og målsettinger. Etterhvert vil jeg også se nærmere på arbeidsområder, metodevalg, arbeidsmodeller og psykologroller med utgangspunkt i den forståelsen jeg har som samfunnspsykolog.

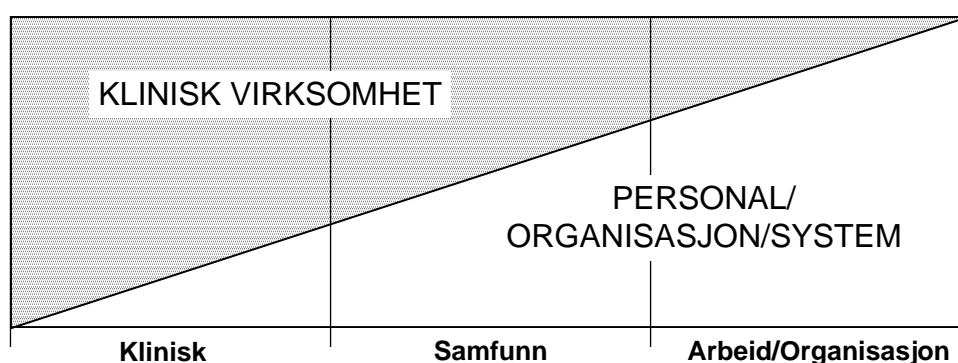
To spørsmål har vært sentrale:

- Hvilken nytte kan en ha av tankegang fra samfunnspsykologi når en går inn i noe så tradisjonelt klinisk-psykologisk som psykosebehandling?
- Hvordan kan en utforme en samfunnspsykologisk tilnærming i arbeid ved en poliklinikk som samtidig ivaretar de alvorlig sinnslidende sine behov for et godt individuelt behandlingsopplegg?

1. Samfunnspsykologi.

Samfunnspsykologi er ikke et enhetlig og klart avgrenset fagfelt, men mer en måte å beskrive hvordan psykologisk kunnskap blir anvendt på områder der mennesker befinner seg.

Samfunnspsykologi har røtter i blant annet klinisk psykologi, community mental health, organisasjonspsykologi, sosialpsykologi, humanistisk psykologi, helsepsykologi og sosiologi (Orford, 1992). Noen elementer deles med tilgrensende psykologiske fagfelt, andre er særpreget og mer spesifikt samfunnspsykologisk. Samfunnspsykologi er rettet både mot individ og system og kan virksamhetsmessig plasseres mellom klinisk psykologi og organisasjonspsykologi på et kontinuum (se figur 1.). Den norske samfunnspsykologi er klarere forankret i klinisk psykologi enn tilfelle er i andre europeiske land.



Figur 1: Forholdet mellom de tre sentrale psykologiske spesialitetene (Fagutvalg i samfunnspsykologi, 1997)

Det følgende er et sammendrag av en artikkel der David Fryer (1998) oppsummerer typiske samfunnspsykologiske prinsipper, som han også kaller «Samfunnspsykologi i et nøtteskall»:

I. Ikke alle psykologiske problem har en psykologisk årsak, ikke alle psykologiske problem kan behandles psykologisk. Ikke-psykologiske problemer kan være utløst av psykologiske forhold. De fleste psykiske problem er et resultat av interaksjon mellom flere årsaker over tid på mange nivå (fra individ til samfunn). Derfor er det aldri nok med bare en intervensjon (psykologisk behandling). I tillegg er det nødvendig å tenke bred og tverrfaglig forebygging og arbeide for å tilpasse tiltaksapparatet gjennom systempåvirkning.

II. Alle mennesker strever for å oppnå meningsfullhet og å forstå sammenhenger i forhold til sine livshendelser og sin livssituasjon. De vil søke å oppnå påvirkning og mestring i forhold til sine egne normer, verdier og forventninger. Den subjektive erfaring er det som karakteriserer et menneske og subjektiviteten er det et menneske erfarer verden omkring seg gjennom. Derfor kan ikke subjektivitet reduseres til en «feilkilde» slik det ofte gjøres i tradisjonell naturvitenskapelig forskning. Menneskets subjektive opplevelse og erfaringer må taes hensyn til og vektlegges.

III. Indre selvdeterminasjon må ses i sammenheng med ytre determinasjon. Kraftige formelle og uformelle ytre reguleringer på samfunns-, nærmiljø-, venne-, familienivå kan belaste, frustrere og ødelegge personens eget ønske om å mestre tilværelsen. En må alltid tenke hvilke rammebetingelser personen lever under og hvordan personen fungerer i sin kontekst når en skal forsøke å forstå og hjelpe.

IV. Følelsen av mulighet og myndighet er nært knyttet opp til psykisk helse. Materiell rikdom, sosioøkonomisk tilfredshet, kjønns- og alders- og dominant gruppetilhørighet (særlig etnisk) er sentrale variabler. Å øke personens følelse av å ha påvirknings- og bestemmelsesmuligheter i forhold til eget liv og livssituasjon (empowerment) er viktig for å bedre psykisk helse og forebygge psykiske problemer. Sosial eksklusjon er nært knyttet opp til dårlig mental og fysisk helse. Sosial støtte og tilhørighet i et sosialt nettverk fremmer psykisk helse.

V. Det er like viktig å se etter og søke å frigjøre personens egen kompetanse, ressurser og styrke som det er å kartlegge mangler, behov og svakhet. Noen ekspertløsninger kan være mer problemskapende og umyndiggjørende enn det opprinnelige problemet, for mange er de profesjonelle ekspertene med på å bekrefte og dermed opprettholde problemet. Ressurser til å løse problemer kan like gjerne finnes hos pasientgruppen selv heller enn utenfor den. Dersom en skal hjelpe er det viktig å velge laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsipp).

Som en oppsummering kan en si at samfunnspsykologi setter fokus på mestring, ressurser og individets iboende evne til å hjelpe seg selv. En ser bredden i fremmende og hemmende, individuelle, sosiale og samfunnsmessige faktorer i utviklingen av psykiske problemer.

Når det gjelder metode velger en i samfunnspsykologi gjerne indirekte og gruppebaserte metoder som forebygging, nettverksarbeid, konsultasjon og samarbeid som supplement til individrettede metoder, og en arbeider ut fra et LEON-prinsipp (Fagutvalg i samfunnspsykologi, 1997).

2. Distriktpsikiatriske senter (DPS).

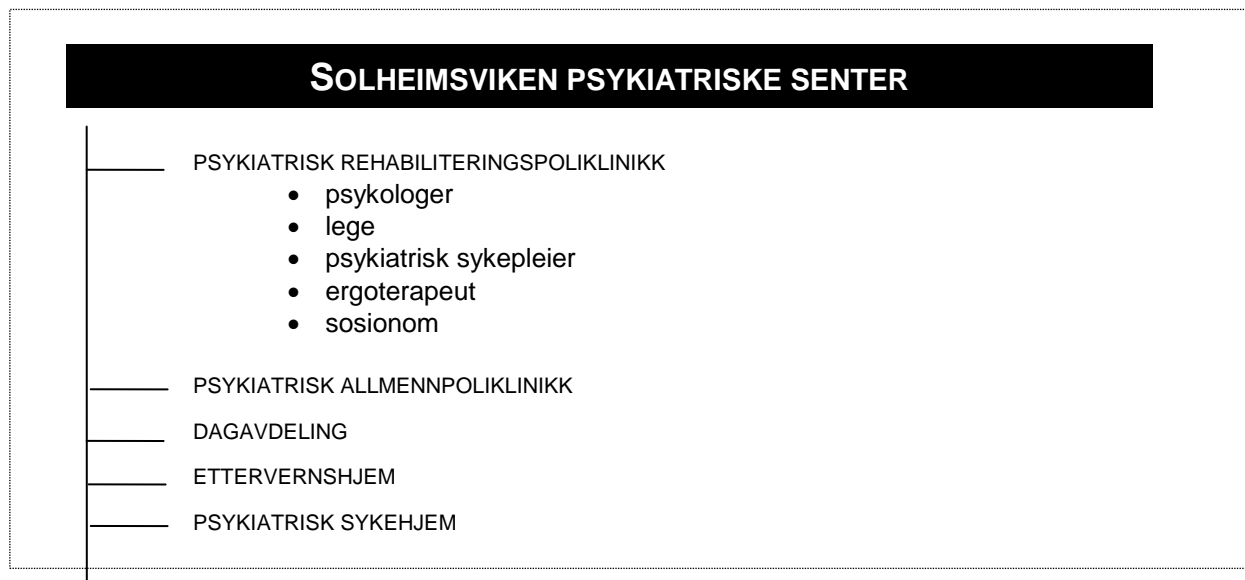
I de senere 10-år har alle vestlige land vært opptatt av å bygge ned de store psykiatriske institusjonene og å bygge ut psykiatriske tilbud i lokalsamfunnet. I USA og Storbritannia startet dette i 60-årene med Community Mental Health-bevegelsen, i Norge kom ikke denne utviklingen i gang før på 70- og særlig 80-tallet. De distriktpsikiatriske sentrene skulle sikre omfattende, lett tilgjengelige og differensierte tjenester til mennesker med psykiske lidelser utenfor de store institusjonene (St.meld. 25, 1996-97).

Et DPS er en del av den fylkeskommunale spesialisthelsetjeneste innen området psykisk helsevern. DPS defineres som selvstendige faglige enheter som skal ha poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud. De psykiatriske sentrene skal ha bred kontaktflate mot de kommunale helse- og sosialtjenestene og ta i mot pasienter etter direkte henvisning fra primærhelsetjenesten (St.meld. 25, 1996-97). Solheimsviken psykiatriske senter skal etter planen bestå av psykiatrisk rehabiliteringspoliklinikk, almennpoliklinikk, dagavdeling, ettervernshjem og sykehjem (se figur 2).

Det er typisk for distriktpsikiatriske senter at de gjerne er plassert lengre bort fra de psykiatriske sengeinstitusjonene og nærmere brukernes lokalmiljø. Bakgrunnen for opprettelse av psykiatriske senter har blant annet vært :

- behov for koordinerte og sammenhengende tjenester overfor brukere,
- behov for å utvikle samarbeid mellom 1. og 2.linjetjenesten,
- behov for å drive mer forebygging og
- behov for mer kunnskap om årsak, risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer når det gjelder psykiske vansker (Hordaland Fylkeskommune, 1995).

psykiatrisk klinikk
(sengepostene)
Haukeland sykehus



3 BYDELER I BERGEN

- psykiatriske sykepleiere/PLOMS
- dagsenter
- primærleger
- sosialkontor
- boligkontor
- kommunalt arbeidsmarked

dessuten

- arbeidskontor
- trygdekontor
- voksenopplæring, mm.

Figur 2: Solheimsviken psykiatriske senter og samarbeidspartnere.

3. Psykiatrisk rehabiliteringspoliklinikk eller langtidspoliklinikk.

Psykiatriske sentra og poliklinikker har gjennomgått en vesentlig utvikling i Norge på 70- og 80-tallet. Endringen var i liten grad rettet mot pasientgrupper med alvorlig sinnslidelser. Disse hadde fram til da i stor grad vært innlagt i institusjoner. I de senere år har de psykiatriske sentrene vært gjennom en ytterligere differensiering. De psykiatriske

sykehjemmene har vært omorganisert for å kunne tilrettelegge et helhetlig tilbud til pasienter med kroniske psykiatriske lidelser. Enkelte steder har en utviklet egne psykoseteam, rehabiliterings- og langtidspoliklinikker, tidlig-intervensjonsenheter, rehabiliteringsleiligheter, avlastningsenheter m.v. (St.meld. 25, 1996-97).

4. Solheimsviken psykiatriske rehabiliteringspoliklinikk.

Solheimsviken psykiatriske rehabiliteringspoliklinikk ble opprettet 1.4.97, med full drift fra 1.08.97. Den var administrativt og faglig underlagt avdelingsoverlege og psykiatriblokken ved Haukeland sykehus. Poliklinikken ble lokalisert ved trafikk-knutepunktet Danmarks plass, som også er mest mulig sentralt i forhold til de områder den skulle betjene. Det fullstendige distriktspsykiatriske senteret er i mai -99 ennå ikke opprettet og det er ingen felles administrative kanaler over til det psykiatriske sykehjemmet og ettervernshjemmet. Selv om en hadde administrativ tilknytning til allmennpoliklinikken og dagavdelingen på sykehuset var det liten aktivitet i retning av forberedelser til et felles senter de første 2 årene.

Poliklinikken har i stedet brukt denne tiden til å formulere sin egen virksomhet (bl.a. henvisningsrutiner, målgruppe, behandlingstilbud, samarbeid) i forhold til primærhelsetjenesten i bydelene, sengepostene ved psykiatrisk klinikk og i noen grad det psykiatriske sykehjemmet. Alle ansatte ble tilsatt i perioden april-august 1997, med unntak av en utskiftning sommer -98. Utviklingen av poliklinikkens virksomhet har i hovedsak foregått i det tverrfaglige teamet som utgjør poliklinikken, og alle faggrupper har bidratt. Min egen interesse og eget bidrag i dette arbeidet har i hovedsak vært knyttet til blant annet utarbeiding av rutiner, organisasjonsmessige forhold, kompetanseheving innen psykosebehandling og bredde i tilbud.

Pr. mai -99 ser det ut til at Solheimsviken psykiatriske senter nærmer seg en realisering. Det betyr at rehabiliteringspoliklinikken, dagavdelingen og allmennpsykiatrisk poliklinikk skilles ut fra psykiatrisk klinikk ved Haukeland sykehus og samorganiseres med Fredheim ettervernshjem og Knappentunet psykiatriske sykehjem i et distriktspsykiatrisk senter (se figur 2).

4.1. Bemanning.

SPRP har for tiden følgende bemanning :

- 1 overlege (besatt/delt av 2 psykiatere)
- 2 psykologspesialist-stillinger (besatt av 1 spesialist i klinisk psykologi og 1 ikke-spesialist på vei mot spesialiteten i samfunnspsykologi i 80 % stilling)
- 1 avdelingssykepleier (besatt av psykiatrisk sykepleier)
- 1 ledende ergoterapeut
- 1 kordinator/konsulent (besatt av sosionom)
- 1,5 stilling for kontorpersonale

4.2. Målgruppe.

Ved SPRP er målgruppen personer med alvorlig sinnslidelse (bipolar affektiv lidelse, schizofreni, paranoide lidelser) som er ferdig utredet og gjennom første behandlingsfase. De har likevel en betydelig funksjonsnedsettelse og trenger derfor kombinert oppfølging av psykisk helsevern og kommunetjenestene i et langtidsperspektiv (SPRP, årsmelding 1997).

4.3. Opptaksområde.

SPRP's opptaksområde er bydelene Landås, Løvtakken og Ytrebygda med tilsammen ca 54.000 innbyggere. Pr. desember 1998 hadde poliklinikken tilsammen 113 pasienter i behandling. Dette er sannsynligvis noe i underkant av det antall pasienter i vår målgruppe som har behov for poliklinikkens tjenester (SPRP, årsmelding 1998).

4.4. Generelle målsettinger.

Generelle målsettinger for SPRP (årsmelding, 1997):

- Ha et særlig ansvar for behandlings- og rehabiliteringstilbudet til en definert gruppe psykiatriske langtidspasienter.
- Gi et tilbud direkte til pasienter og deres pårørende
- Arbeide for en samordning og utvikling av det totale tilbudet til målgruppen og medvirke til utvikling av nye tilbud der disse ikke finnes.

- Nært samarbeid med bydelene, de psykiatriske sykehusene i midtsektoren og andre instanser som har ansvar for målgruppen.

Disse målene søker en oppnådd sammen med bydelene og de andre aktørene i det psykiatriske senteret

4.5. Individuelle målsettinger.

Individuelle målsettinger i forhold til den enkelte pasient ved SPRP (årsmelding, 1997):

- «få til en bærende kontakt med pasienten, slik at vi kan få en viktig rolle i hans/hennes streven etter å få et bedre liv
- med den hensikt, ut fra vår kunnskap om psykiske lidelser og dere behandling, å samvirke med pasienten, familien og andre instanser, slik at pasienten kan oppnå et bedret funksjonsnivå og en bedret psykisk helse
- samtidig som vi arbeider sammen med øvrige deler av behandlings- og hjelpeapparatet for å utvikle bedre tilpassete tilbud til den enkelte pasient».

5. Arbeidsområder i en integrert langtidsbehandling.

Pasientenes hjelpebehov er svært varierende:

- ulike behov til ulike tider
- ønsker og forståelse for sine psykiske, sosiale og praktiske vansker varierer,
- en har ulikt behov for kontaktfrekvens og tidsrammer,
- en er i ulik fase i forhold til sykdomsforløp.

I tillegg har deres familier varierende ressurser og krefter til samarbeid og deltagelse i et tiltaksnettverk.

5.1. Psykosepsykoterapi og behandling.

Grunnen til at pasientene får plass ved denne poliklinikken er deres alvorlige sinnslidelse. Vårt primære arbeidsområde er pasienten psykiske helse, hans opplevelser og erfaringer. Psykodynamisk teori om personlighets- og følelsesutvikling og stress-/sårbarhetsmodeller veileder personalet, også samfunnspsykologen, i utviklingen av en trygg relasjon til pasienten og i den psykoterapeutiske behandlingen. Moderne medisinsk forståelse og behandling er også en viktig del av behandlingstilbudet.

SPRP har satset på en spesifikk kompetanseheving innen psykosebehandling. En har sett det som en målsetting å få alle teamets medlemmer til å gå inn i SEPREP (senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser) sin 2-årige videreutdanning for helse- og sosialarbeidere.

5.2. Rehabilitering.

Poliklinikken ser pasientene i en utvidet og mer helhetlig sammenheng enn den psykiske lidelsen alene. Grunnen til dette er sannsynligvis at poliklinikken er helt nyopprettet og dermed kan tenke nytt i retning moderne psykosebehandling innen en sentermodell. Det har vært viktig med en tverrfaglig sammensetning, og også at en har hatt en samfunnspsykologisk påvirkning.

En har sett at de alvorlig sinnslidende kan få øket sin livskvalitet og som en sekundæreffekt også få bedret psykisk helse ved at det settes inn tiltak - etter pasientens ønsker og behov - i forhold til de mer praktiske sider av livet. Dette er i tråd med samfunnspsykologisk teori og tenkning som peker på hvordan en person påvirkes av sine praktiske og økonomiske omgivelser, sin opplevelse av egen situasjon, opplevelse av mestring og sosial tilhørighet (Orford, 1992).

Det er flere områder som kan være gjenstand for kartlegging. Personenes egen kompetanse, ressurser og styrke er viktigere bidrag til bedring enn mangler, behov og svakheter. Men det er også viktig å forstå hvordan samfunnets strukturelle mangler kan ytterligere belaste en persons livsopplevelse og derved påvirke den psykiske helse

5.3 Rehabiliteringsområder.

I det følgende beskrives rehabiliteringsområder som en i ulik grad har vært opptatt av ved poliklinikken. Områdene beskrives slik en ser de kan være viktige fra et samfunns-psykologisk ståsted.

* Bo- og boligsituasjon.

Det har vært et mål innen desentralisert psykisk helsevern at flest mulig av pasientene skal bo i egne boliger. Noen av våre pasienter har så langvarig eller hyppig kontakt med psykiatriske institusjoner at en kan si at de fremdeles bor på institusjon. De har gjerne sitt lille enerom, ofte sterilt preget og lite hjemlig, og med knapp mulighet til andre aktiviteter enn soving og å være alene. Men svært mange av våre pasienter bor etterhvert i sin egen bolig. De fleste som leier bolig, leier fra ordinær kommunal boligmasse. Boligene er små og standarden er ofte dårlig. Omgivelsene kan mange ganger være svært urolige og forstyrrende på grunn av kommunens andre leietagere. Noen bor i kommunale bofelleskap med tilknyttet miljøbolig og personale. Disse boligene er ofte nyere, større og med høyere generell standard. Noen få bor hos foreldre eller i egne selveier-boliger. Disse pasientene har de materielt beste boligene og de roligste omgivelsene.

SPRP har arbeidet aktivt sammen med andre for å kartlegge pasientgruppens boligbehov og også tenke videreutvikling og framtidsbehov.

* Praktiske dagliglivsferdigheter.

Det har vært en holdning innen desentralisert psykisk helsevern at det er positivt for en person med en alvorlig sinnslidelse å ta ansvar for sine egne praktiske behov i det daglige livet. Etter mange år under institusjonens eller foreldres omsorg og pleie er det mange som trenger hjelp

til å utvikle sine egne praktiske ferdigheter for å ivareta egenomsorg og stell av bolig. De har hatt liten anledning eller få forventninger om å lære å klare seg selv. Mange av våre pasienter klarer seg utmerket rent praktisk. Andre trenger tilbud om ADL-trening for å kunne ivareta egne praktiske behov.

SPRP har egen ergoterapeut som blir benyttet til ADL-trening i poliklinikkens regi og i samarbeid med bydelene og andre. Noe av treningen foregår på poliklinikken, men også i brukerens hjem. Ergoterapeuten blir også benyttet i planleggingsarbeid i forhold til rehabiliteringsområdet.

* Økonomisk situasjon.

De fleste personer med alvorlig sinnslidelse har eller kommer til å få uføretrygd, mange med minstepensjon som pr. mai -99 er på kr. 6.780,- pr. mnd. For personer som ble alvorlig mentalt syke før 24-26 år kan det i tillegg gjøres vedtak om en tilleggspensjon som ung ufør, pr. mai -99 ca kr. 2000,- . Inntekten er skattbar, skatteprosent kan variere fra helt fritak og oppover alt avhengig av om de har eiendom, annen inntekt etc. Mange har tatt private forbrukslån med skyhøye renter i sykdomsperioder. Noen av våre pasienter sitter igjen med netto-inntekter på nivå med sosialhjelpsmottakere. De har liten mulighet til å øke sin livskvalitet ved å kjøpe seg trivselbringende aktiviteter eller varer.

SPRP søker å hjelpe den enkelte til en best mulig økonomisk situasjon. Dette betyr for noen å få til interimskonto ved dårlig økonomistyring, hjelpe med selvangivelser , hjelpe med søknader til sosialkontor og trygdekontor og legater for søknad om penger, eller private finansieringsinstitusjoner og offentlige lånegivere om fritak eller reduksjon i betalingsforpliktelser.

* Situasjon i forhold til arbeid og aktiviteter.

Folk flest opplever det sunt og meningsfullt å ha arbeid og belastende å gå arbeidsledig. Slik er det også for mange av våre pasienter. Mesteparten av våre pasienter er avhengig av særlig tilrettelagte aktiviteter eller arbeid for å kunne delta i et arbeide eller en aktivitet. De fleste bydeler har etterhvert opprettet lavterskeltilbud som for eksempel dagsenter, og det har vært en økning i antall vernet arbeidsplasser. Våre pasienter opplever det meningsfullt å komme i aktivitet, selv om det også for mange er svært følelsesmessig belastende (se neste punkt).

SPRP har vært opptatt av å hjelpe den enkelte til ønsket aktivisering og arbeid. En har også i noen grad deltatt i generell videreutvikling av arbeids- og aktiviseringstilbudet for psykiatriske pasienter.

* Sosial fungering og nettverk.

Mange av menneskene poliklinikken kommer i kontakt med har et svært marginalt sosialt nettverk og opplever et savn i forhold til sosial kontakt. De har ofte vært sosialt tilbaketrukket siden barndom, og har utviklet svært lav sosial selvfølelse og sosial-fobi-lignende tilstander i forhold til andre mennesker. Når noen av dem i tillegg har «brukt opp» sine egne pårørende etter mange vanskelige år sier det seg selv at det ikke er mange muligheter for sosial støtte igjen. Manglende sosial kontakt er for mange det største savnet, og det er ofte knyttet opp til følelse av manglende verdighet.

SPRP har gjennom individuell oppfølging vært opptatt av samarbeid med pasientenes pårørende og støtte til det sosiale nettverk. En har prøvd å få til sosial deltagelse og støttekontaktordninger der dette har vært nyttig. Ergoterapeut har drevet gruppe med formål å bedre sosial fungering etter ESL-metoden (Et selvstendig liv) (Lieberman, 1985).

En har ikke arbeidet med familie- og pårørendegrupper, for eksempel i forhold til temaet expressed emotions (EE) og psykoedukativt arbeid (Leff, 1985 og 1994). En har heller ikke arbeidet i forhold til nettverk lokalt, nærmiljø, brukerorganisasjoner m.v. Dette ville være interessante arbeidsområder for en samfunnspsykolog. Pårørendearbeid innen helsevern for alvorlig sinnslidende er viktig (Kristoffersen, 1997).

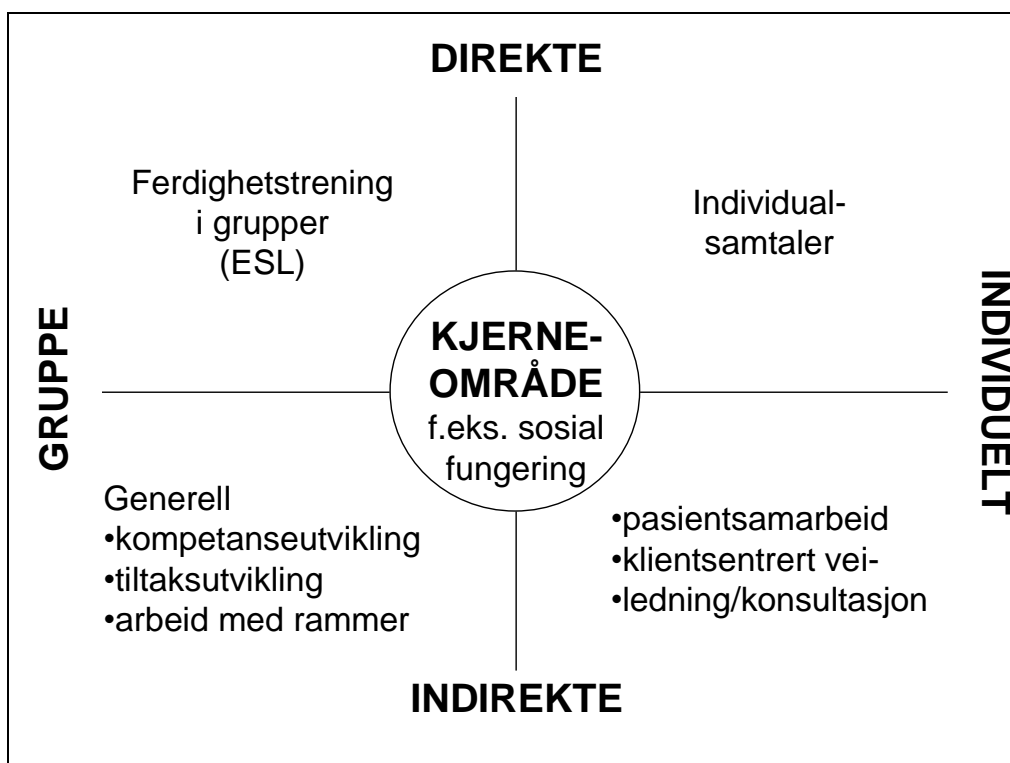
6. Arbeidsmetoder.

Variasjon i metodisk tilnærming avhengig av brukers behov er viktig i samfunnspsykologisk tenkning. Den samfunnspsykologiske videreutdanning gir bevissthet og kompetanse på mange

metoder i tillegg til de individuelle kliniske. Det er mange metodevalg, blant annet:

- teamarbeid vs. alenejobbing / tiltakskjede vs. tiltaksnettverk ?
- direkte vs. indirekte / behandling vs. konsultasjon og veiledning ?
- forebygging vs behandling vs. rehabilitering vs. vedlikehold ?
- individuell vs. gruppekontakt ?
- individuelt perspektiv vs. fokus på systemer og rammer ?

En kan planlegge mange forskjellige tiltak for å møte de behovene en kartlegger, fra individuelt nivå, via grupperettete tiltak til nærmiljø- eller befolkningstiltak. En kan også velge mellom direkte og indirekte tiltak, alt avhengig av behov og for eksempel tilgjengelige personalressurser (se figur 3).



Figur 3: Ulike metodevalg i tilnærming til et definert rehabiliteringsområde.

Ved SPRP har en sett at det er nyttig å arbeid i team og tenke helhet i et tiltaksnettverk. En har arbeidet både direkte og indirekte, både individuelt og på system og rammenivå. Det er stor grad av informasjonsutveksling og samarbeid internt, både på pasientsaker og innen generelle organisasjonsmessige forhold. Fordi poliklinikken sine pasienters behov varierer

svært både i omfang og type er det vanskelig å sette opp ett felles behandlingsprogram for alle, en trenger individuell tilpasning. Derfor er det viktig med bredde og fleksibilitet i metoder.

7. Arbeidsmodeller.

Totalt sett søker en å hjelpe poliklinikkens pasienter å leve et mest mulig selvstendig og meningsfullt liv, og å stabilisere pasienten utenfor institusjon. Dette betyr å bedre funksjonsnivået gjennom reduksjon av sårbarhet, frigjøring av egne ressurser, reduksjon av stressorer, og økning av sosial støtte. På grunn av pasientgruppens store hjelpebehov og behovet for koordinerte tjenester bør rehabiliteringen være et planmessig, helhetlig arbeid der det er utarbeidet en samlet plan, utpekte prioriterte områder og der resultatet evalueres. Samtidig må arbeidet være integrert, flerfaglig og tverrfasettert. Samarbeidslinjer i forhold til arbeidsområder er nødvendige, ansvarsfordeling og rollebevissthet i forhold til arbeid på ulike områder er viktig. En må se på pasientens liv som helhet, og inkludere livskvalitet, privatliv, rettigheter, autonomi vs. avhengighet i forhold til ferdigheter og funksjonsområder mv. (Ruud, 1998). Dette er målsettinger som faller godt sammen med samfunnspsykologisk tenkning om bredde i behandlingsmålsetting.

Ved SPRP har en forsøkt å få til en slik helhetlig innfallsvinkel. En har prøvd å sette pasienten i sentrum for aktivitetene som foregår, noe som har ført til et svært individuelt tilpasset behandlingstilbud.. Samtidig har vi helle tiden for øye de generelle problemområdene og systemene rundt. En har klart å være tilgjengelig og mobil for både brukere og samarbeidspartnere, og satt mye inn på særlig å støtte bydelene i deres arbeid. Dette gjør oss annerledes enn mange andre allmennpsykiatriske poliklinikker og sykehusets sengeposter.

Totalt sett har en i mindre grad klart å bli tydelig på individuelt planleggingsarbeid og evaluering i poliklinikkens arbeid. En har også arbeidet lite på systemnivå overfor de aktuelle samarbeidspartnere med rammer, reguleringer og rutiner i forhold til dette området.

7.1. En modell for individuell integrert langtidsbehandling.

Som en oppsummering kan en si at en modell for integrert individuell langtidsbehandling kan inkludere (Ruud, 1998):

- Samarbeidsallianse og reelt samarbeid med pasient og pårørende
- Case management / psykososial koordinering
- Ferdighetstrening og kognitive teknikker
- Støttepsykoterapi og gruppeaktiviteter
- Familie- og nettverksarbeid
- Emosjonell bearbeiding/differensiering
- Medikamentell behandling
- Arbeid/meningsfylte daglige gjøremål
- Støtte i forhold til bolig/boligbehov og økonomi

Å nå fram til en individuell og integrert langtidsbehandlingsmodell som beskrevet ovenfor vil være nyttig for en poliklinikk som vår, både fra et samfunnspsykologisk og et klinisk-psykologisk ståsted.

8. Den spesifikke samfunnspsykologrollen.

På denne poliklinikken arbeider vi med pasienter med langvarig alvorlig sinnslidelse, hovedsakelig psykotiske pasienter. Det settes krav til kunnskap om-, erfaring fra- og interesse for pasientgruppen. Det ligger en del klare forventninger til hva vi som psykologer skal gjøre, særlig knyttet opp til praksis og tenkning fra tradisjonell klinisk psykologi. Forventninger kommer fra kollegaer (både psykologer og andre), samarbeidspartnere, pasienter og pårørende. Som samfunnspsykolog i et klinisk behandlingsmiljø kan en utvidet samfunnspsykologrolle tydeliggjøres. Noen nye linjer kan trekkes opp.

Det uttalte samfunnspsykologiske bidrag er vår vektlegging av et bredt spekter av metoder og innfallsvinkler til forståelse av psykisk lidelse og livssituasjon, sammen med ressurs- og mestringsfokusering. Det vil også være av viktighet for en samfunnspsykolog, gjennom direkte kontakt med pasienter, å samle opp informasjon om psykiske helse og livssituasjoner i pasientgruppen. Oppsamlede erfaringer er viktig for å kunne påvirke og utforme samarbeid, informasjon, kompetanseutvikling og i organisasjons- og systemarbeid i forhold til brukernes behov (Grinde, 1977). Alle disse sistnevnte arbeidsområder er interessant og viktig for samfunnspsykologer .

8.1. Samfunnspsykologen som behandler.

I psykosepsykoterapi arbeides det som oftest ut fra en psykodynamisk forståelsesramme. Dette er også et nyttig perspektiv for en samfunnspsykolog. Psykosepsykoterapi kan bl.a. tilføre:

- en utvidet forståelsesramme av personer
- ivaretagelse av tanker og følelser
- utvikling av identitet og relasjoner
- bearbeiding av traumer og minner
- utvikling av en sammenhengende historie
- mer enn koordinering, trening og støtte (Ruud, 1998).

I tillegg til individuell behandling av pasienter kan noen arbeidsområder i en psykiatrisk poliklinikk synes å være særlig interessante for en samfunnspsykolog, bl. a:

- nettverksbygging,
- familie/pårørendearbeid (EE og psykoedukative tiltak, Leff 1985 og 1994)
- nærmiljøarbeid / holdningsarbeid
- drift av- og veiledning i forhold til ulike grupper (pasient/pårørende, selvhjelpsgrupper, ESL/ferdighetstrening (Lieberman, 1985), tema/interesser og grupper med demografiske utgangspunkt)
- konsultasjon til andre instanser (sosialkontor, arbeidskontor, trygdekontor m.fl., på individuell basis)
- forebygging/tidlig identifikasjon av psykoser

8.2. Samfunnspsykologen som systemarbeider/organisasjonsutvikler.

Systemarbeid og organisasjonsutvikling er i denne sammenhengen arbeid som ikke er individuelt rettet. Det kan likevel ha et individuelt utgangspunkt ved at informasjon og kunnskap er samlet gjennom kunnskap om den enkelte. Målet er vårt eget team, våre samarbeidspartnere (gjerne også pårørende grupper), våre egne profesjonsgrupperinger, samt eksterne organisasjoner og etater. Systemarbeid kan på denne poliklinikken defineres som arbeid i forhold til blant annet:

- hvordan poliklinikken kan organiseres (innad og i forhold til andre avdelinger) til beste for pasientene
- rammer og systemer på ulike nivå som regulerer og påvirker vår virksomhet
- våre og andre etaters rammer og systemer som regulerer og påvirker våre brukere og deres pårørende
- å ha en integrerende funksjon, individuelle behov i forhold til arbeid med systemer
- hvordan våre tiltak organiseres og videreutvikles
- intern kvalitetssikring/evaluering av virksomhet
- samarbeid og konsultasjon (internt/eksternt)
- informasjons- og formidlingsarbeid

9. Oppsummering og konklusjon.

Utvikling av psykisk helsevern for psykotiske pasienter i retning mer psykososial rehabilitering og tverrfaglig samarbeid internt og mellom kommunal helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten har gjort arbeidsområdet innen DPS mer aktuelt for samfunnspsykologer. SPRP setter dessuten fokus på pasientenes og de pårørendes erfaringer og forståelse som viktige bidrag til planlegging av behandlingsopplegg. Dette er også i tråd med samfunnspsykologisk tenkning om personers behov for opplevelse av myndighet, respekt og eget ansvar beskrevet innledningsvis (Fryer, 1998 og Orford, 1992). Derfor har det blitt

opplevd som svært meningsfullt å være med å utvikle behandlingstilbudet ved poliklinikken. Det har også vært svært interessant å bli kjent med planleggingsprosesser innen behandlingstilbudet for denne pasientgruppen.

Den samfunnspsykologiske videreutdanning har blitt opplevd som en nyttig tilleggs-kompetanse. Dette gjelder på den ene side i forhold til individuell kontakt med psykotiske pasienter. De praktiske livsområdene blir sett på som viktige, i tillegg til pasientenes følelsesmessige tilstand, og en ser pasientene som hele mennesker. Videreutdanningen kan likevel ikke erstatte klinisk kunnskap og kompetanse om psykoseutvikling og behandling.

Men kanskje særlig har det opplevdes som nyttig med samfunnspsykologisk kompetanse i forhold til mer generelle og systemorienterte arbeidsområder (se pkt. 8.2.). Både denne typen arbeid og tiltak rettet mot både grupper (pasientgrupper, pårørende grupper) og samfunn (nærmiljø- og holdningstiltak) kunne det være interessant å arbeide videre med. Samfunnspsykologi ville være nyttig både som forståelsesramme og for metodevalg i utvikling av tiltakene.

I noen psykiatriske rehabiliterings- og langtidspoliklinikker har en ansatt koordinatorene til å gjøre deler av system- og organisasjonsutviklingsarbeidet beskrevet ovenfor (pkt. 8.2.). Slike stillinger kan være særlig interessante for samfunnspsykologer som i mindre grad ønsker individuelle behandlingsoppgaver, men likevel ønsker å arbeide innen psykisk helsevern for psykotiske pasienter.

Forventninger fra sentralt hold og den sterke satsingen på psykisk helsevern (St. meld. 25 og st.prop. 63) gjør at det ikke blir mindre aktuelt og nyttig med samfunnspsykologer innen dette området i framtiden (Gjertsen, 1999).

REFERANSER:

- Fagutvalg i samfunnspsykologi: Nyhetsbrev nr. 2. NPF, Februar 1998.
- Fagutvalg i samfunnspsykologi: Utdanningshåndbok, NPF, 1997.
- Fryer, D.: Community Psychology; Practicing what we (don't) teach. Clinical Psychology Forum, Vol. 12, 1998.
- Gjertsen, A.: Opptappingsplan for psykisk helse, 199-2006, Lederartikkel i Tidsskrift for norsk psykologforening. Vol. 36, april 1999, s. 313-314.
- Grinde, T.V.: New roles for the community psychologists i Norway. Tidsskrift for norsk psykologforening. 1977, 14 (4), 3-27.
- Hordaland Fylkeskommune: Helse- og sosialplan Hordaland fylkeskommune, 1996 - (1999) 2010. Mål og strategiar 1996 - 2010. 1995.
- Kristoffersen, K.: Opplevelse av å være søster eller bror til en person med langvarig mental lidelse. 1997, Institutt for samfunnsmedisinske fag, seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen.
- Leff, J.: Working with the families of schizophrenic patients, British Journal of psychiatry, Suppl., 23, 71-76.
- Leff, J. & Vaughn, C.: Expressed emotions in families. It's significance for mental illness, 1985, New York: Guilford press.
- Lieberman, R.P.: Psychosocial therapies for schizophrenia. In Kaplan H.I. & Sadoc, B.J. (Eds.): Comprehensive textbook of psychiatry (3rd edition), 1985, Baltimore, MD: Williams and Wilkens.
- Orford, J.: Community psychology. Theory and practice. 1992, Wiley & Sons.
- Ruud, T.: Tverrfaglig samarbeid om individuelt tilpasset rehabilitering. Seminar om psykososial rehabilitering. Bergen, oktober 1998.
- Solheimsviken psykiatriske rehabiliteringspoliklinikk: Årsmelding 1997. Hordaland fylkeskommune.
- Solheimsviken psykiatriske rehabiliteringspoliklinikk: Årsmelding 1998. Hordaland fylkeskommune.
- Stortingsmelding 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet.
- Stortingsproposisjon 63 - 1997/98. Om opptappingsplan for for psykisk helse 1999 - 2006. Sosial- og helsedepartementet.