

Struktur som psykososialt verktøy

Hvordan kan vi skape en struktur som hjelper pasienter med AD/HD, rusmisbruk og psykiatrisk tilleggspromblematikk til bedre mestring?

Av MARTHA LOMELAND

Pasienter med AD/HD kan i ulik grad ha vansker med en rekke kognitive funksjoner. I hvilken grad kan slike svakt fungerende pasienter etablere rutiner i sin egen hverdag? Og hvordan kan vi i hjelpeapparatet bidra til å øke pasientenes muligheter til egen mestring?

AD/HD-prosjektet

- Fem år gammelt prosjekt ved Avdeling for rus og avhengighet, Sørlandet sykehus, Kristiansand.
- Formål: å øke kunnskapen om AD/HD og rus både hos 1., 2. og 3. linjetjenesten og hos pasientene selv.
- Deltakerne i prosjektet har multiple komorbide (dvs. samtidige) diagnoser: AD/HD, rusmisbruk og psykiske lidelser eller annen atferds-/tilpasningsproblematikk.
- Forfatteren har bistått med koordinerende miljøarbeid i ca 15 slike enkeltsaker.
- Forfatteren har vært ansatt som miljøterapeut de siste tre årene med ansvar for tilrettelegging av hjelpetiltak og for etablering av samarbeid med den kommunale sosialtjenesten.

Medisin = suksess?

I medisinsk tradisjon oppfattes behandling av AD/HD som synonymt med medikamentell behandling med sentralstimulantia. Erfaringer med medikamentell behandling av rusmisbrukende AD/HD-pasienter er imidlertid ingen entydig suksesshistorie: Mange har vansker med å kvalifisere seg for slik behandling, mange har store vansker med å gjennomføre behandlingen (mange autoseponerer) og for mange er den sosiale situasjonen i utgangspunktet så belastende og vanskelig at symptomlindring ikke er nok til å «få orden på livet». En helhetlig behandling må derfor (også) inkludere betydelige psykososiale bidrag.

Struktur er et helt sentralt bidrag i dette landskapet.

Mangler trygge vaner

De fleste av oss har trygge, gode rammer og struktur fra vi står opp og til vi legger oss. Vi kaller denne indre strukturen for vaner og tenker ikke over dette til daglig. Mennesker med AD/HD kan i ulik grad savne slik indre struktur. En del mennesker med AD/HD, rus og psykiatriske tilleggsvansker kan derfor leve i en hverdag preget av kaos som en konsekvens av mangel på dette.

Mange tiltak rettet mot denne pasientgruppen har tradisjonelt blitt utløst av «øyeblikkets kriser»; en aktuell husleierestanse, en ikke-forberedt

løslatelse fra soning, en russprekk, en arrestasjon, et psykiatrisk residiv – eller en annen av hverdagens store eller små kriser. Resultatet av hjelpetiltaket har i verste fall blitt fragmentert og tilfeldig. Godt psykososialt hjelpearbeid bør ha som målsetting å unngå slik reaktivt intervensjon. Dette forutsetter at en utarbeider proaktive handlingsplaner. Nøkkelen her er struktur og forhåndsstilrettelegging.

Dags- og ukeplan

I AD/HD-prosjektet (se ramme) har vi anvendt dags- og ukeplan som verktøy: en konkret og tydelig oversikt over dagens/ukens gjøremål. En slik struktur kan avlaste pasientens vansker med å huske, planlegge og organisere.

Enhver slik plan må være individuelt tilpasset og kan være utformet i en Filofax, notatbok eller på et A4 ark som er lett tilgjengelig. Den kan også legges inn som avtaler og alarmer på mobiltelefon. Noen pasienter synes å være helt avhengig av å bli minnet på avtaler av andre personer.

Det kan være lurt å starte opp med betydelig relasjonell bistand slik at pasienten får en innkjøring som er mest mulig korrekt og hensiktsmessig. I neste runde kan hjelpen trappes ned slik at pasienten får mulighet til selv å administrere planen. Planen skal ikke være et statisk dokument; den må evalueres og justeres fortløpende.

Alle rutiner må med

En dags- eller ukeplan bør inneholde de mest sentrale aktiviteter og rutiner for den enkelte pasienten, eksempelvis morgenrutiner, medisinerutiner, transportrutiner og fritidsaktiviteter.



MINNEHJELP: Ukeplaner kan hjelpe AD/HD-pasienter å mestre hverdagen. Arkivill.: r&a

- **Medisinutlevering:** Mange pasienter har behov for bistand for å sikre at medisin blir inntatt til rett tid. For noen vil elektronisk påminning være nok, for andre er det påkrevd at ansvarlige andre kontrollerer at medisinene tas. Vi har god erfaring med at dette delegeres til hjemmesykepleien som da samtidig kan ta en gjennomgang av dags- og ukeplanen sammen med pasienten for å sikre pasientens oversikt over «dagens videre løype».
- **Private/sosiale avtaler:** Besøk av familie og bekjente kan gjerne også legges inn i planen. Formålet er ikke å begrense kontakt, men å unngå at spontane møter og avtaler stresser pasienten og eksponerer ham eller henne for impulsive valg som i sin tur kan redusere oppmøtet til andre viktige avtaler (arbeid, behandling osv).
- **Behandlingsavtaler:** Faste avtaler med koordinator og andre i behandlingsapparatet bør legges inn i planen. Vi anbefaler å avtale faste dager og tidspunkt. Pasienter med AD/HD har lettere for å huske slike avtaler enn tilfeldige avtaler.
- **Urinprøvetaking:** I russektoren kan urinprøvetaking være en nødvendig kvalifisering for å få anledning til medikamentell behandling med sentralstimulantia. Å legge avtaler for urinprøvetaking inn i dags-/ukeplanen har vært naturlig for oss. I første omgang er det viktig å fokusere på selve oppmøtet, og når dette er innarbeidet som rutine, kan prøveresultatet evalueres.
- **Innkjøp:** Noen pasienter trenger hjelp til å lage en liste over planlagte innkjøp for å unngå impulsjøp. Avtaler i planen kan også involvere andre, for eksempel med den lokale kjøpmannen om å bringe varer regelmessig til hjemmet.
- **Pauser:** En rekke pasienter har behov for stimuliforandring for å hindre hyperfokusering som fort kan føre til at resten av planene for dagen ikke fullføres. Stimulusforandring bør ha en sentral plass i en dags- eller ukeplan, både for å sikre nødvendige pauser og for å muliggjøre planlagte aktivitetsskift.
- **Møter:** For å øke forutsigbarhet hos pasienten og hindre stresseskalering hos pasienter med AD/HD og angst for alvorlig sykdom, kan det være

lurt å sette opp faste tider hos legen. En del av pasientene har begrenset samtykkekompetanse, vansker med å ta valg eller se konsekvenser av valg og oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker. Derfor anbefaler vi at pasienten ikke deltar i alle møter med hjelpeapparatet.

Økonomisk bistand

Mange pasienter med AD/HD, rusmisbruk og psykisk lidelse har store vansker med å administrere penger. De handler på impuls, glemmer ofte å betale regninger eller de vet ikke hvordan innbetaling foregår.

Økonomisk bistand omhandler både frivillig og tvungen forvaltning (jfr. FTL § 12.6) hvor sosialtjenesten, hjelpeverge eller andre kan bistå med å administrere regninger og faste utgifter. Pasientene kan ha jevnlig møter med økonomiansvarlig for å holdes oppdatert. De får da kun utbetalt lommepenger. For andre kan vi øremerke penger til matvarer, toaletsaker og lignende hvor pasienten må levere kvitteringer for å vise at pengene går til det de er ment å gå til. Ved utbetaling til pasient forekommer ulik praksis.

Proaktive planer

For å unngå å komme i situasjoner hvor vi må ta hurtige avgjørelser, utarbeider vi i størst mulig grad planer i forkant av ulike situasjoner. Slikt proaktivt

planarbeid kan være med på å skape forutsigbarhet og tydelighet både for pasient og hjelpeapparat.

Noen pasienter har for eksempel behov for innleggelse på institusjon. For å skape forutsigbarhet og hindre at ikke-planlagte reaksjoner utløses, kan det være hensiktsmessig å utarbeide en konkret bestilling til institusjonen i forkant. Her kan innhold og varighet avtales, blant annet håndteringsplaner for situasjoner som erfaringsvis kan oppstå, som russprekk, forverring i psykisk helse eller atferdsproblemer.

Parallelt med innleggelsen legges en plan for hva som skjer etter utskrivelse, og ved utskrivelse evalueres oppholdet i forhold til bestillingen, slik at nødvendige endringer kan gjøres før eventuelt neste innleggelse.


Overføringsverdi?

Hva kan så læres av struktur og tilrettelegging som psykososialt verktøy? Har våre erfaringer med AD/HD-pasienter med komorbide rusrelaterte og psykiatriske diagnoser en overføringsverdi til andre brukergrupper?

Struktur er viktig i de fleste menneskers liv, spesielt for nevnte pasientgruppe. Jo mer vi kan lage struktur på, desto bedre – både for pasient og behandlingsapparat. Slik reduseres sjansene for uheldige overraskelser.

Yrkesgrupper i russektoren tenker gjerne tradisjonell rusbehandling inn

i et rehabiliteringsperspektiv, også for denne pasientgruppen. Når vi vet at AD/HD er en hjerneorganisk funksjonssvikt, bør vi imidlertid være åpne for at flere pasienter med denne diagnosen – og da ikke minst de med alvorlig psykiatrisk og rusrelatert komorbiditet – kan ha et faktisk kognitivt og psykososialt hjelpebehov som gjør at vi bør se mot en mer helhetlig behandling i retning av habilitering. Kommunene har i lengre tid hatt mye kompetanse nettopp på dette, blant annet gjennom å yte tjenester til borgere med utviklingsforstyrrelser, hjerneskerader og utviklingshemming, men kompetansen synes ikke å ha blitt overført til denne pasientgruppen – ennå.

Å bringe latent kompetanse og kunnskap til anvendelse overfor denne målgruppen handler hovedsakelig om to ting: Å gjøre lokale fagfolk trygge på at deres faglighet og kompetanse faktisk har anvendelsesmulighet og å gjøre dem nysgjerrige på å hente mer kunnskap om de spesifikke aspektene ved trippeldiagnosene AD/HD, psykisk lidelse og rus. Klarer vi det, har vi et godt utgangspunkt for å kunne gi et tilrettelagt tilbud til pasientgruppen. 

*Martha Lomeland er vernepleier ved Sørlandet sykehus
martha.lomeland@sshf.no*

forebygging.no

Kunnskapsbase og interaktiv arena for forebyggende og helsefremmende arbeid. Nett-tjenesten utvikles gjennom et bredt samarbeid mellom fagmiljøer i Norge. Forebygging.no inneholder mer enn 10.000 fagemner med særlig fokus på rusforebyggende arbeid