

nordisk konferans om

„PSYKISKT HANDIKAPPADES SITUATION“

Hasseludden 15. 16. mars 1990

SPECIALUNDERVISNING PÅ GRUNNSKOLENIVÅ SOM
LED I BEHANDLING AV VUXNA PSYKIATRISKA PATIENTER

Arnar Sverrisson
Brynjólfur Ingvarsson
Dániela Guðmundsdóttir
Minnie Eggertsdóttir
Sigmundur Sigfússon
Þormóður Svafarsson

INDLEDNING

I denna rapport redogöres för ett projekt där specialundervisning indgår som ett led i en integrerad behandlingsplan för ett selektivt urval patienter hänvisade till Norra Islands enda psykiatriska klinik. Vår utgångspunkt är att man med förbättrad undervisning och förbättrad kognitiv funktion skal kunna öka individens självförtroende och självrespekt och därmed rusta honom till att klara motgångar och kriser.

Fem-steps urvalsprocedur användes:

- Systematiska intervjuer och observationer beträffande allmänt umgänge på avdelningen i sökning efter kognitiva och intellektuella brister.
- Psykologisk testning med hänsyn till allmän begåvning, psykolingvistisk förmåga, minne och andra neuropsykologiska funktioner.
- Grundlig kundskapsprövning i grundskolans huvudämnen mätt med traditionella och hemmagjorda mätt.
- Skattning av individens motivation samt stöd från omgivningen.
- Psykiatrisk värdering där man bl.a. skattar individens belastningsförmåga knuten till utbildning samt ICD diagnos.

Inträdeskriterierna för att få delta i programmet äro:

- Bristerna i de ovannämnda psykologiska funktionerna är bekräftade.
- Skolgången är otillräcklig eller underkänd.
- Önskan om utbildning är hög och begrundad.
- Praktiska och emotionella omständigheter är gynnsamma både för individ och familj.

Dom grundläggande dragen i den integrerade behandlingen är:

- Skräddarsydd utbildningskurs - i flesta fall på grundskolenivå.
- Stödjande förhållningssätt från personalens sida.
- Privata psykoterapeutiska samtal.
- Reglerat medicinbruk.

Skattningen av det presenterade programmet är i huvudsak processorienterad. Eleverna är kontrollerade med jämna mellanrum med objektiva test. Framstegen diskuteras och värderas en gång i veckan av personalen. I den slutliga utvärderingen tar man också hänsyn till individens självskattning och använde därtill en speciell "självskattningsskala" samt en "mentalhälsoskattningsskala". Den skattningen utfördes för och efter behandlingen.

II. kapitlet.

Geografi.

Island er en ö i Atlanten med ungefär 250.000 invånare. Där talas isländska som betäcknas som ett av dom Skandinaviska språken. I huvudstaden Reykjavík med omnejd bor hälften av befolkningen. Den andra halvan bor spridd över övriga delar av landet. Akureyri är Nordöstra kvartsdelens största stad med omkring 14.000 invånare.

I Akureyri finns Lasarett som först och främst betjänar landets Nord-östra kvartsdel, men dit söker också patienter ifrån andra delar av landet fast i ett minde antal.

I landets Norra och Östra kvartsdelar bor cirka 50.000 invånare d.v.s. omkring femte delen av befolkningen.

Lasarettet i Akureyri kan jämföras med ett Centrallasarett i Sverige vad angår specialisering och storlek. Dom senaste åren har det i en ökad grad anknutits till ett nyetablerat universitet i Akureyri och man ser framemot ett betydande ökat utbildningsansvar i framtiden, speciellt vad beträffar sjukskötartutbildningen. Isländska läkarstudenter och kandidater har genom åren också erhållit sin praktiska utbildning där.

Den psykiatriska akutavdelningens verksamhet började vid Lasarettet 1974.

Denna verksamhet blev avlagd 1983 och efter en rekonstruering började man på nytt 1984 med nuvarande verksamheten.

Avdelningen består af 10 sängplatser för akut behov samt en plats för dagpatient. Till verksamheten hör också en långvårdsavdelning med 6 sängplatser.

På avdelningen arbetar 2 psykiatriker, 1 underläkare, 1 klinisk psykolog, 1 socionom, 4 sjuksköterskor, 1 arbetsterapeut samt 20 personer i olika vårddyrken.

Den nya akutavdelningen är inrymd i Lasaretets huvudbyggnad.

III. kapitlet.

Historik

När den nya akutavdelningens verksamhet varat i två och ett halvt år och man behandlat 180 patienter gjordes en sammanställning av hur många patienter som uppvisat en allvarlig kunskapsbrist som primärt kundepåras till ofullständig grundskoleutbildning. Dom individerna uppräknades vara 34. Avdelningens läkare och psykolog ansåg lämpligast att särskilja den gruppen och undersöka om specialundervisning kunde hjälpa individerna till en bättre och varaktigare hälsa.

I fortsättningen av dom erhållna resultaten - närmare bestämt i april 1987 - skickar avdelningens psykolog ärende till utbildningschefen i distriktet där man önskar efter en speciell undersökning av „Lämpliga åtgärder åsyftande att integrera specialundervisning i behandlingsarbetet av psykisk sjuka". Patienterna blev rangordnade på följande sätt:

- A. Patienter med allmänt bristfällig intelligens och inlärningsförmåga (IQ under 90 eller lägra än 25. percentil).
- B. Patienter med speciella intelligens brister och bristfällig inlärningsförmåga på vissa områden.

- C. Patienter med ofullständig utbildning d.v.s. dom som inte behärskar på acceptabelt sätt grundskolans grundämne såsom läsning, skrivning, rättskrivning och matematik.
- D. Patienter med intellektuell insnävring p.g.a. långvarig och förödande intellektuell understimulering som följd av känslomässige svårigheter.

Administratören för specialundervisning i distriktet önskade i ett ärende till utbildningsdepartementet att en speciallärartjänst skulle stå till avdelningens förfogande skollåret 1987/1988. Poängterat var i ärendet att det hela rörde sig om en försöksverksamhet och målsättningen skulle vara „En nödvändig undervisning i grundskolans huvudämnen i syfte att öka elvernas självförtroende och egna resurser". Departementet svarade i augusti 1987 där tjänsten beviljades.

IV. kapitlet.

Undervisningen och eleverna höstterminen 1987 till och med höstterminen 1989.

I början bestämte vi oss för att erbjuda dom patienter, som kom i kontakt med avdelningen, undervisning under höstterminen 1987. Vi förmodade att somliga skulle tacka nej. Några patienters första reaktion pekade också i den riktningen att utbildningssamarbete skulle vara förgäves. Resultatet blev att vi skulle inrikta oss på en integrerad behandling i de fall det var möjligt d.v.s. undervisning, arbetsterapi, medicinering, samtalsterapi och mentalvård inklusive sjukhusvistelse i syfte att få patienterna motiverade för samarbete. På det sättet blev det lättare att uthärda dom påfrestningar studierna utgjorde. Det visade sig också klart när studierna började kärva till sig och periodvisa bakslag kom av olika orsaker då var det vistelsen på avdelningen som gjorde utslaget om patienten forsatte eller ej. Studiematerialet är selektivt och anpassat efter varje patients behov, innanför grundskolans ramar. Läraren deltar varje vecka i sammanträde med läkare, psykolog och kurator angående undervisningens uppläggning och utvärdering, han deltar också i andra behandlingsmöten. Patienten får regelbunden privatundervisning ifrån två till nio månader.

I det hela har 28 patienter „upptäckts" över denna tidsperiod och har vi uppdelat dom enligt följande:

A. Allmänt bristfällig intelligens	16
B. Speciella intelligensbrister	5
C. Grundläggande kundskapsbrist i grundskolans grundämnen	3
D. Intellektuell insnävring	4
	<hr/>
	Totalt 28

Det totala antalet individer på avdelningen från årsskiftet 1987 till slutet av 1989 var 198. Där av stannade 42 patienter en vecka eller mindre. Det totala antalet behandlingspatienter är 156. Till vår målgrupp anslöts 28 individer ellert 19.9% av antalet behandlingspatienter. Ungefär hälften fick undervisning.

Det totala antalet innläggningar är under denna period 409. Det får påpekas särskilt att till målgruppen räknades ej dementa patienter eller andra som p.g.a. olika sjukdomar uppvisat tecken på presenilitet den sista delen av sitt livsskede. Också kan påpekas att utförlig psykologisk testning gjordes inte på alla inlagda patienter utan endast på dom som gav anledning till en grundligare undersökning.

V. kapitlet.

Målgruppen - Dom antagna eleverna.

Tidigare har vi berättat vilken procedur vi använt angående antagning av elever. Innan dom individerna erhöll det slutgiltiga erbjudandet om integrerad behandling fick dom genomgå en femstegs urvalsprocedur d.v.s.:

- A. Systematiska intervjuer och observationer beträffande allmänt umgänge på avdelningen i sökning efter kognitiva och intellektuella brister.
- B. Psykologisk testning med hänsyn till allmän begåvning, psykologisk förmåga, minne och andra neurologiska funktioner.
- C. Grundlig kundskapsprövning i grundskolans huvudämnen mätt med traditionella och hemmagjorda mått.
- D. Skattning av individens motivation samt stöd från omgivningen.
- E. Psykiatrisk värdering, där man bl.a. skattar individens belastningsgräns för utbildningen samt ICD diagnos.

Också måste dom uppfylla bestämda inträdeskriterier:

1. Bristerna i dom ovannämnda psykologiska funktionerna äro bekräftade.
2. Skolgången är otillräcklig eller underkänd.
3. Önskan om utbildning är hög och väl begrundad.
4. Praktiska och emotionella omständigheter äro gynnsamma både för individ och familj.

VI. kapitlet.

Metodbeskrivning.

Alla som antas till utbildningen får frågelistor som skall besvaras i början och slutet av utbildningsperioden.

Svaren poängsättes och jämföres. Det ena frågeskemat innehåller 22 frågor angående individens självskattning. Det andra skemat innehåller 55 frågor och avser att skatta individens mentala hälsa. Avdelningens sjuksköterskor och kurator äro ansvariga för att detta moment utförs enligt bestämda riktlinjer. Förutom frågelistorna utför avdelningens speciallärare kunskapstestning och vid studietidens slut göres en omfattande beskrivning av utbildningens framåtskridande, resultaten, samt utvärdering av patientens starka respektive svaga sidor. Dessutom stödjer vi oss vid en klinisk skattning utförd av psykiater och sjuksköterska. Arbetsterapi utgör i flesta fall en betydande del av den integrerade terapin. Behandlingsgrupp för varje enskilt patient träffas en gång i veckan för överläggning och diskussion om de förändringar som märktes. Målsättningar och studiematerial är specialanpassad för varje individs behov och förmåga. I flesta fall förpliktar eleven sig för en bestämd tid, vanligtvis 2-3 månader till en början, med inriktning på bestämda mål i undervisningen samt att överstiga vissa förhinder i takt med uppnått behandlingsresultat gentemot speciella symptom som kan uttrycka sig på olika sätt beroende på vederbörandes sjukdom. Vår kliniska skattning är att en förbättring och betydande framsteg har uppnåtts i dom flesta fallen.

Fallbeskrivningar:

Fall 1:

Trettioårig samboende arbetarkvinna utan barn, som först kommer i kontakt med avdelningen i april 1987. Patienten diagnostiseras med utvecklingsstörning (IQ 83), störd synuppfattning. Nedsatt räkneförmåga, rörelseförmåga och arbetsförmåga är spårat till anoxia i födelsen. Dessutom psykiska symptom som depression, suicidal försök, sömnsvårigheter, fölelsemessig underutveckling, förvrängningstendenser och generell intellektuell hämning (störning) enligt psykologiska testresultat och andra observationer. Dessa symptom har begränsat hennes sociala kontakter och i växande utsträckning eftir att patienten flyttade hemifrån i nov. 1986 och började ett samboende med en handikappad mågra år äldre man. Patienten fick diagnoserna: p.a.r. (309.2) och a.b.d. (348.1). Inlagt på avd. i sept. till des. 1987 för en integrerad behandling och visade ett särskilt intresse för specialundervisningen. Patienten gjorde avsevärda framsteg i många ämnen och uttryckte sin belåtenhet över framgångarna. I självskattningen ökade hun sina poäng ifrån 71 till 79 (medelvärde 66 p). I skattningen av mental hälsa ökade patienten sina poäng ifrån 98 till 117 (medelvärde 150).

Fall 2.

Fyrtioårig gift tvåbarnsmor, för det mesta hemmarbetande. Patienten hade en svår uppväxt och blev utsatt för allvarliga kriser. Först inlagt på psykiatrisk avdelning för tio år sedan p.g.a. n.d. (300.4). Återinlagd 1987 med samma diagnos och slutligen inlagd i jan. till april 1988 för en integrerad behandling. (Psykologisk testning visar 11.18.5.16.4.15. på muntliga delen av Wechsler och 7.12.11.9.10. på performanse delen vilket ger det totala resultatet 118). Resultat på Raven omkring 50. percentil. (Resultat angående visuellt minne är $\frac{1}{2}$.) Reaktioner på Rorschach peka på ett låst innre liv, hämmad kreativ tänkning och kännslor samt mycket begränsad bearbetningsförmåga. Svaren är få och fattiga. Rädsla, ångest och djupgående osäkerhet hämmar hela patientens livssituation. Intelligens mäts generellt som normal. Patienten fick undervisning drygt två månader 5-6 veckotimer och studerade flittigt hemma. Huvudvikten blev satt på modersmål, matematik, hälsovårdslära och geografi. Patienten gjorde avsevärda framsteg i matematik och hälsovårdslära enligt examensresultaten. Patienten hade liten tilltro på sin studieförmåga i början men det ändrades under tiden. Patienten blev intresserad av fortsatta studierna och hänvisades till brevskola. I självskattningen ökar hun sin poäng ifrån 53 till 63 (medelvärde 66 poäng) och vid skattning av mental hälsa höjs poängen ifrån 121 till 134 dvs. (medelvärde 165 poäng).

VIII. del.

Slutsatser.

Vi har resultatmässigt gjort en gruppering av alla dom individer som deltagit i undervisningen.

Grupperna har vi definerat på följande sätt.

- I. Elever som har visat betydliga framsteg i sina studier enligt egen bedömning och vår skattning. Anpassningsförmågan avsevärt förbättrad till den graden att eleven uppnått nytt och bättra förfäste i tillvaron.
- II. Elever som nått vissa framsteg i sin utbildning enligt egen bedömning och vår skattning, utan dock att man kan vänta sig en bestående framtida förbättring av deras livsförankring.

- III.: Elever som har haft nytta och glädja av undervisningen, ser mer positivt på sitt egenvärde, ljusare på tillvaron och har möjligheter att förändra och förbättra sitt liv.
- IV.: Elever som visar små framsteg undervisningsmässigt sätt och med oförändrad anpassningsförmåga.
- V.: Elever som visar inga framsteg och avbryder undervisningen mycket snabbt. Anpassningsförmåga oförändrat.

Antalet elever: 15

Fördelningen är följande.

Grupp	Antal elever
I	4
II	5
III	2
IV	2
V	2
<hr/>	
Totalt	15

Antal individer fördelade gruppvis enligt intellektuell differentiering och resultat.

Resultat

	I	II	III	IV	V	
A	2	4	1	2	1	10
B						
C	1		1		1	3
D	1	1				2
	4	5	2	2	2	15

Som framgår av denna tabell har 10 individer allmänt sätt bristfällig intelligens och inlärningsförmåga, och fem har ofullständig utbildning eller intellektuell insnärving. Också ser vi att 9 elever har visat betydliga eller vissa framsteg, två har haft nytta och glädja av undervisningen och ser ljusare på tillvaron men 4 har visat små eller inga framsteg och anpassningsförmågan är oförändrat.

Diskussion

I årsbörjan 1987 stod vi framför det faktum att ungefär var fente patient ansågs ha bristfällig intellektuell utveckling av olika slag. Uppväxtförhållanden och utbildning ansågs otillräckliga.

Vad skulle vi göra? Många av oss var pedagogiskt och/eller psyko-pedagogiskt utbildade och hade erfarenhet av pedagogiskt behandlingsarbete. Vår erfarenhet sträckte sig över vuxenutbildning, motiveringsarbete, undervisning, behandling av mentalt handikappade samt undervisning och träning av utvecklingsstörda barn och ungdomar på sjukhus eller i utbildningsapparaten.

Utifrån vår erfarenhet kom vi efter en granskning till följande slutsatser:

1. Utbildning och behandling administreras av olika myndigheter.
2. Integrering av undervisning och behandling var i flesta fall bristfällig.
3. För det mesta var psykologisk och undervisningsmässig diagnos ofullständig.
4. Studieplan var mycket sällan inriktat på individens behov.
5. Elevens attityder och reaktion gentemot läraren ansågs vara drag i hans personlighet vilka behövde i många fall bearbetas.
6. Nödvisning disciplin och trygghet kunne bäst tillgodoses med en dygnsvistelse på sjukhus.

Vi ansåg nu att vårt nästa steg var att försöka förskjuta den ansvarsmässiga konventionella ram - dvs. att hälsa skulle administreras av hälsovårdsmyndigheter och undervisning av läromyndigheter.

Undervisningen skulle integreras med avdelningens behandlingsarbete och administreras av en fagligt ansvarlig behandlingsgrupp.

Vi ansåg nödvändigt att definiera specialundervisningsbegreppet med hänsyn till den åsyftade integrationen och fastnade för

" terapeutisk specialundervisning". dvs.

1. Innehållsmässigt måste man förstärka elevens kunskaper i grundämnen - som man gör i specialundervisningen, men dessutom är det nödvändigt att välja och anpassa undervisningsämnen med till ett individuellt behandlingsplan, mental hälsa och belastningsgräns.
2. Relationen mellan elev och lärare skulle onekligen bli en betydelsefull stöttepelare i elevens utvecklingsstävanden och däremed kunna användas som redskap under instruktion och i samarbete med psykolog eller psykiater.

3. Undervisningen, vården och arbetsterapin har delvis gemensamma målsättningar som kan bearbetas på dom olika fälten allt efter behandlingens uppläggning - gemensamt kan dom också söka och bearbeta lämpligt utbildningsmaterial.
4. Man måste förmedla förståelse om elevens sjukdom, speciellt vilka reaktioner kan förväntas. Den förståelsen får bygga på noggran psykologisk och psykiatrisk diagnostisering.
5. Man bör försäkra ganska jämnt informationsflöde angående förändringar i elevens beteende, och samråd efter en regelbunden skattning av behandlingsprocessens framåtskridande.
6. Man bör försäkra sig om helhjärtat stöd för undervisningen av annan personal för att motarbeta oklara målsättningar.

Vi har börjat vår vandring med nyttig erfarenhet i baggaget. Inspiration har vi fått från många håll. Vi har sökt idéer till pionärer som Tomas Willis (1621-1675), en läkare som arbetade på sjuttonhundratalet. Han inriktade sig på undervisning och instruktion i det syfte att förbättra hälsan och anpassningsförmågan. Kring sekelskiftet 1700 frågar Pinell (1745-1826) och Eskirol (1772-1840) sig vilken skillnad det kunne finnas mellan psykiatrisk sjukdom och utvecklingsstörning. Båda inser hur bristfällig intellektuell utveckling kan leda till psykisk sjukdom. Fortfarande inriktar vi oss på uppfostran, instruktion och undervisning, men klyftan och förstökningen mellan dom olika faggrupperna är överhängande och nära.

I ljuset av dom tre sista decenniernas erfarenhet vill vi ta opp tråden ifrån Tomas Willis och söka en alternativ väg till mental hälsa genom undervisning och uppfostran. Vi vill söka oss till ett nytt perspektiv som bygger på en pedagogisk psykiatrisk inriktning.

Men vad innebär det då:

1. På optimism och den övertygelsen att man kan öka livs och anpassningsförmågan hos psykiskt sjuka och öka välbefinnande utan hensyn till sjukdomens ursprung. Vi anser det möjligt att utlösa livsenergi och glädje
2. På den tanken att mentala sjukdomar kan i många fall spåras till uppfostran a) Dålig påverknig, som kan leda till bristfällig bearbetningsförmåga och ofta till känslomässiga störningar av olika slag samt psykiska svårigheter. b) Okvalificerad träning av de som lider av olika slags intellektuella och perceptionella störningar som resulterar i anpassningssvårigheter eller mental otillräcklighet.
3. På den tanke att man kan övervinna de bristfälligheter som ganska klart kan härledas från uppväxten och den lämpligaste vägen åt det målet är i flesta fall terapeutisk specialundervisning och psykoterapi.
- 4.

4. På den tanken att individens självuppfattning / självförståelse är tyngdpunkten i hans personlighet och alla försök till behandling och undervisning måste utgå ifrån den förutsättningen.

5. På den tanken att visshet ^{om} ~~angående~~ egen kompetens och skicklighet är förutsättningen för en positiv självbild och självrespekt.

6. På den tanken att positiva attityder till en själv utvecklas i positiv och stimulerande gemenskap med andra och på detta antagande grundar vi vår behandlig och undervisning.

Conclusion:

In general the results of the pilot project are encouraging in terms of treatment results and the process as such. The action research method proved useful in this line of research maximizing the improvement of the education-psychiatric therapy. A vast majority of the project group improved and found the project meaningful and beneficiary to them.

A conclusive assessment is due to poverty of reserach in this area difficult if not impossible to make. Statistical analyses beyond descriptive statistics are meaningless due to the very modest size of the project group. Nevertheless the hope is, that this pilot project might inspire to similar projects on a larger scale to the benefit of a group of patients who seems to be overlooked in the psychiatric services.

The genuity and the authenticity of the above summary is hereby confirmed by the following participants of the project described:

Title/position/name/address/telephon number/date:

Dr. Kristín Þóralbjúsdóttir
Associate Professor
Faculty of Education
University of Akureyri
Þingvallaskvæði
600 Akureyri, Iceland
Tel. + 4608557

Minné Eggertsdóttir
B.Ed. Special Teacher
Berjarinnar 6
112 Reykjavík
Tel. + 5574313

19/7 2005.