

Det fremstår dog som uklart for oss hvordan forfatteren på basis av det ovennevnte i slutten av sitt innlegg plutselig kommer til konklusjonen at anbefalinger om tospråklig oppvekst for barn med cochleaimplantat – som vi tidligere har kommet med (2) – «i verste fall [kan] bidra til å sette dette arbeidet [(re)habilitering av barn med cochleaimplantat] i et uheldig lys» (1). Vi kan ikke finne argumenter i artikkelen for en slik konklusjon. Hvis man for øvrig skulle fremføre et teoretisk, ikke-empirisk argument om hva man burde anbefale for barn med hørselshemming og spesifikke språkvansker, ville det være naturlig å anbefale primær tegnspråklig oppvekst. På denne måten ville barn med modalitetsuavhengige språkvansker lære et språk hvor de ikke i tillegg blir konfrontert med modalitetsbetingede vansker på grunn av sin nedsatte hørsel. Dette er imidlertid spekulasjon – på basis av eksisterende kunnskap mener vi fortsatt at det er riktig å anbefale tospråklig oppvekst (2).

Frank Becker

Sunnaas sykehus og St. Olavs Hospital

Sonja Erlenkamp

Høgskolen i Sør-Trøndelag

Litteratur

1. Lian A. Cochleaimplantat og spesifikke språkvansker. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 712.
2. Becker F, Erlenkamp S. Et språkløst liv med cochleaimplantat? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2836–8.

A. Lian svarer:

Språklige utviklingsvansker hos barn med cochleaimplantat kan i noen tilfeller være forårsaket av spesifikke språkvansker. For disse vil det være urealistisk å anbefale en tospråklig oppvekst. Imidlertid tror jeg vi her trenger en begrepsmessig avklaring.

Barn som må lære andre kommunikasjonsformer (tegn som støtte) i tillegg til norsk talespråk blir ettspråklige. Tegn som støtte er sannsynligvis en nødvendig forutsetning for den ettspråklige utviklingen, noe som betyr mer omfattende læringskrav enn hos normalthørende barn. Dersom disse barna også skal bli tospråklige ved at de i tillegg må lære norsk tegnspråk (som har en annen syntaks enn norsk), stilles de overfor enda mer krevende læringsmål. I de tilfeller der barna i utgangspunktet har spesifikke språkvansker, blir disse læringsmålene høyst urealistiske. Om språkvanskene ikke er for store kunne alternativet kanskje være at de bare lærer norsk tegnspråk – men trenger de da noe cochleaimplantat?

Arild Lian

Bredtvet kompetansesenter

Tegnspråk er et språk

I Tidsskriftet nr. 8/2008 hevder Hørselshemmedes Landsforbund ved Thorbjørn Johan Sander at tegnspråk ikke er et språk (1). Norsk tegnspråk er et minoritetsspråk i Norge, med flere tusen førstespråkbrukere. Det hersker ikke tvil om at det er et like fullverdig språk som engelsk, norsk og samisk. Å hevde at norsk tegnspråk ikke egentlig er et språk, når forskning har påvist det motsatte, er ikke bare uvitenskapelig, det uttrykker også en nedlatende holdning overfor denne minoriteten. Tegnspråkbrukerne har, i likhet med andre minoriteter, i mange år vært en diskriminert gruppe i Norge. I et samfunn som viser en stadig større anerkjennelse av og forståelse for sine minoriteter bør man ikke lenger utsette tegnspråkbrukere for slike diskriminerende utsagn.

Guri Amundsen

Forening for norsk tegnspråk

Litteratur

1. Sander TJ. Barn med cochleaimplantat må sikres fullverdig opplæring i norsk. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 943.

Likeverdige språk – like rettigheter

I debatten om oppfølgingstilbudet til hørselsopererte barn i Tidsskriftet vil Hørselshemmedes Landsforbund (HLF) gjerne presisere følgende:

Hørselshemmedes Landsforbund organiserer både talespråklige og tegnspråklige hørselshemmede. Vi anerkjenner norsk tegnspråk som et fullverdig språk. Vi respekterer foreldrenes valg av språk fullt ut, uansett om de velger tale eller tegn for sine hørselshemmede barn. Vårt hovedanliggende er et likeverdig oppfølgingstilbud uansett valg av språkform. Det er dokumentert at tilbudet til tegnspråkbrukere er vesentlig bedre utbygd, både lovmessig og ressursmessig, enn tilbudet til talespråkbrukere.

Med en avansert hørselsoperasjon (cochleaimplantat) får nå de fleste døve barn hørsel. De vil ikke bli normalthørende, men fungere som moderat tunghørte. De fleste foreldre til hørselsopererte velger derfor en talespråklig oppfølging for barna. Tegnspråkbrukere har eksplisitte rettigheter i opplæringsloven § 2.6. Tilsvarende rettigheter har ikke hørselsopererte barn som skal lære talespråk. Til tross for at 90 % av døve barn får hørselsoperasjon, brukes under en firedel av hørselsressursene i Statped på dem som skal lære tale. For at døve barn som får hørselsoperasjon skal kunne lære tale, er det nødvendig å gi også denne gruppen en lovfestet rett til oppfølging og sikre dem et fullgodt tilbud gjennom kom-

munene med bistand fra det statlige pedagogiske støttesystemet (Statped).

HLFs arbeid for bedre rettigheter for dem som skal lære tale må ikke oppfattes som noe angrep på dem som velger tegnspråk. Vårt standpunkt på vegne av både tegnspråklige og talespråklige hørselshemmede er at likeverdige språk skal ha like rettigheter.

Geir Lippestad

Hørselshemmedes Landsforbund

Sykmelding – helsetjeneste eller bjørnetjeneste?

I en kronikk i Tidsskriftet nr. 8/2008 spør Andreas Joner fra NAV om hvorvidt det å sykmelde ved psykiske lidelser kanskje er å gjøre pasienter en bjørnetjeneste (1). Innholdet bygger på antakelsen om at folk med sosial fobi og depresjon ikke forstår sitt eget beste, at deres leger med gode intensjoner velger å sykmelde dem av medfølelse og at dette faglig sett ofte er feil. Videre antar Joner at folk flest (og fagfolk med dem) tror at fravær fra arbeid og hvile er helsefremmende. Han bruker teori fra kognitive modeller for å peke på at fravær kan være *trygghetssøkende atferd* som vedlikeholder de psykiske plagene.

I enkelte tilfeller kan det være Joner har rett, men i det store og det hele tror jeg dessverre at resonnementet ikke holder. Jeg stusser over antakelsen om at pasienter tror at fravær fra arbeidet er helsefremmende. Min erfaring er at de aller fleste ønsker å arbeide, tjene sine egne penger og mestre sitt eget liv. Å være borte fra jobb blir sett på som et nederlag. Resonnementet basert på kognitiv teori stemmer i teorien, men i praksis er det ofte umulig å gjennomføre eksposisjonstrening på arbeidsplassen. Jeg har behandlet mange med sosial fobi, og eksponeringstrening krever mer kontrollerte omgivelser (2). Å få til et slikt opplegg i arbeidslivet er meget ressurskrevende og i praksis oftest ikke gjennomførbart. For NAV ville det kreve et enormt faglig og ressursmessig løft. I dag har NAV-ansatte etter min erfaring utfordringer nok med i det hele tatt å forstå hva psykisk lidelse er, i tillegg har de store problemer på grunn av omstillingsprosessene.

Når det gjelder (selv milde) depresjoner, er disse ofte svært invalidiserende og belastende. Ofte oppleves selv små nye utfordringer som uoverkommelige, og de krav som automatisk blir stilt i en arbeidssituasjon, er som regel ikke riktig medisin. Hvis kravene overstiger mestringsevnen, fører det til forverring.

Forhold som ikke er diskutert i kronikken, men som trolig også spiller en viktig rolle, er arbeidslivets krav, sosialt klima og holdninger overfor folk med psy-

kiske plager (3). Hvis vi hadde et tolerant arbeidsliv for *folk*, med mindre vekt på effektivitet og lønnsomhet og andre av dagens idealer, hadde vi trolig også hatt mindre utstøting fra arbeidslivet.

Steinar Krokstad

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Litteratur

1. Joner A. Sykmelding – helsetjeneste eller bjørnetjeneste? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 940–41.
2. Krokstad S, Holthe H. Gruppeterapi for pasienter med sosial angst. Kognitiv terapi i Norge 2000; 1, nr. 4: 3–7.
3. Krokstad S, Westin S. Disability in society. Medical and non-medical determinants for disability pension in a Norwegian total county population study. Soc Sci Med 2004; 58: 1837–48.

A. Joner svarer:

Steinar Krokstad hevder at undertegnede mener at folk med sosial fobi og depresjon ikke forstår sitt eget beste, at deres leger med gode intensjoner velger å sykmelde dem av medfølelse og at dette faglig sett ofte er feil. Dette er en misforstått gjengivelse av innholdet i kronikken. Mitt poeng er at den læringspsykologiske konsekvensen av unnvikelse ved for eksempel sosial fobi i første omgang er positiv. Fravær av krav til møtedeltakelse kan være en stor lettelse for en arbeidstaker med sosial fobi. Imidlertid kan denne unnvikelsen virke vedlikeholdende på symptomene, fordi vedkommende ikke får reelle opplevelser som kan kaste lys over det dysfunksjonelle tankegodset som utgjør kjernen i plagene (1). Mitt poeng er ikke at pasienter ikke forstår sitt eget beste, men at den kortsiktige effekten – mindre plager – kan skygge for det som er det beste alternativet i det lange løp.

Videre hevder Krokstad at arbeidsplassen ikke er noen egnet arena for eksponering og atferdsekspesimenter, da dette krever mer kontrollerte betingelser. Her er vi nok faglig uenige. Via prosjektet Jobbmestrende oppfølging i NAV er det gjennomført korttids terapeutisk behandling av over 100 personer de siste to årene, og arbeidsplassen er i stor grad blitt brukt som arena. Erfaringer herfra viser at jobben kan være godt egnet for eksponering og atferdsekspesimenter og har ofte større generaliserbarhet til det virkelige liv enn konstruerte situasjoner.

Jeg stiller meg videre undrende til at arbeidsplassen ikke kan utgjøre kontrollerte omgivelser og opplever dette som en oppfatning av behandling som en relativt isolert virksomhet. Forskning viser at integrert bistand er avgjørende for at personer med psykiske lidelser skal kunne komme tilbake på jobb (2). I dette samarbeidet er arbeidsgiver en viktig deltaker, som gjennom tilrettelegging kan minske uforutsigbarheten og legge til rette for progresjon i krav og eksponeringsnivå. Mange mennesker med

milde depresjoner vil kunne stå i jobb forutsatt at arbeidsgiver tilrettelegger for den enkeltes behov i tilstrekkelig grad.

Andreas Joner

NAV arbeidsrådgivning Østfold

Litteratur

1. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. I: Heimberg R, Liebowitz M, Hope DA et al, red. Social phobia: diagnosis, assessment and treatment. New York: Guilford Press, 1995.
2. Drake RE, Becker DR, Bond GR et al. A process analysis of integrated and non-integrated approaches to supported employment. Journal of Vocational Rehabilitation 2003; 18: 51–8.

Kvar skal dei gamle behandlast?

Eg deler stort sett synet til Lars Helling i lesarinnlegget i Tidsskriftet nr. 7/2008 på sjukeheimsfunksjonen (1), men reagerer på dei mange udokumenterte påstandane hans. Helling skisserer verdfulle opprustingstiltak for sjukeheimane som, om dei vart gjennomført, ville resultere i at «svært mange sykehusinnleggelser unngås». Finst det adekvat dokumentasjon på dette? Innlegging i sjukehus vert styrt av haldningar og krav så vel som sjukeheimsressursar.

Det blir feil å samanlikne legedekninga i sjukehus og sjukeheim per seng. Ei medisinsk avdeling med 80 senger har 6 000–7 000 pasientar per år og 12 000–15 000 polikliniske konsultasjonar. Ein sjukeheim med 80 senger har neppe meir enn 300–600 innleggingar. Minst halvparten av legane ved ei tradisjonell medisinsk avdeling er i utdanningsstilling, og mykje legetid går med til vaktfunksjon, dokumentasjon, fagutvikling mv.

Utsegna «De medisinske problemene hos sykehjemspasientene er således antakelig større enn sykehuspasientenes» kan Helling neppe meine. Eg er likevel samd i at legedekninga (og sjukepleiardekninga) ved sjukeheimane er altfor dårleg. Eg deler synet til Helling om at flytting av gamle sjuke er uheldig. Men «flytteargumentet» brukt mot intermediæravdeling blir likevel feil – fordi Helling og Garåsen og medarbeidarar (2) snakker om ulike pasientkategoriar.

Intermediæreiningar vil sikkert kunne fungere som supplement i nokre tilfelle, men neppe som eit etablert ledd i helsetenestetilbodet til gamle. Den nyanserte konklusjonen til Garåsen og medarbeidarar styrker meg i dette synet: «... i hovedsak handler det om den strukturerte og systematiske kommunikasjon med ansvarspersoner i pasientens sosiale nettverk og med kommunenes helse- og omsorgstjenester – foruten enhetens helsefaglige kompetanse og ressurser.» Kan ein ikkje oppnå dette utan ein ny type «mellomstasjon» dersom aktørane i heile behandlingsskjeda tek sin del av samhandlings samstundes som

alvoret i kompetanse- og ressursvikten på sjukeheimssektoren blir teken på alvor?

Dette inneber ei satsing både i spesialisthelsetenesta og i kommunane så dei gamle kan få ta del i spesialisthelsetenesta når dei treng det, på *sine* premiss og etter følgjande tre prinsipp: minst mogleg flytting, rask hjelp av kompetent helsepersonell og rehabilitering/aktivering som ein naturleg og integrert del av behandlingstilbodet. Vi treng ei djuptgåande drøfting av krav og forventningar, fagleg opprusting av sjukeheimane og tilrettelegging for gamle på sjukehuset (spesielt integrert aktivisering/rehabilitering og personale med geriatrisk kompetanse).

Kanskje vi då ikkje treng «nyskapinga» intermediæreining, som eg er skeptisk til. Ho kan bli teken til inntekt for noko ho ikkje er, nemleg eit reelt alternativ til spesialisthelsetenesta – med svekking av det ansvaret sjukehuset har i høve til dei gamle og som konsekvens forringe tilbodet totalt sett. Heller ikkje opprusting av sjukeheimane må tolkast og gjennomførast på ein måte som gir slik konsekvens.

Odd-Roe Skogen

Ålesund

Litteratur

1. Helling L. Sykehjem og medisinsk behandling. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 843.
2. Garåsen H, Magnussen J, Windspoll R et al. Eldre pasienter i sykehus eller i intermediæravdeling i sykehjem – en kostnadsanalyse. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 283–5.

L. Helling svarer:

Jeg takker for Odd-Roe Skogens konstruktive og utfyllende kommentarer. Undertegnede har ingen dokumentasjon for mine påstander og har ikke lett etter det heller. Jeg har bare rent logisk – og ut fra erfaring – kommet til konklusjonene.

Det er meget mulig at «holdninger og krav» har så stor innflytelse at rasjonelle innleggelsesrutiner er vanskelig å få til, og problemene er mange. Mange av sykehusinnleggelsene går via legevakt, ofte ganske sjablongmessig og uten særlig vurdering. Ordningen med «beordring» av fastleger som tilsynslege (mer eller mindre motvillig) er ikke noen god løsning. Jeg ser heller ikke intermediæravdelinger som noen løsning. Vi er antakelig også enige om at vi må finne en bedre løsning enn dagens ordning med de gamle som pakkepost inn og ut av sykehus.

Jeg er helt enig i Skogens ønske slik han legger dem frem i de to siste avsnittene av sitt innlegg. Men hvordan skal vi få dette til? Hva skal vi foreslå for våre helsebyråkrater lokalt og sentralt?

Lars Helling

Lillehammer