

Psykiatrien blev min skæbne

Erik Olsen har i en menneskealder arbejdet for mere og bedre brugerinddragelse i psykiatrien. En antropolog og en journalist tog på besøg for at blive klogere på, hvordan man bedst lytter til brugerens stemme.

AF KATHRINE BRO LUDVIGSEN & SIGNE KIERKEGAARD CAIN

Nærmest hver eneste kvadratcentimeter er dækket af Erik Olsens mange interesser. Den toværelses lejlighed på Frederiksberg er fuld af bøger, guitarer, computerudstyr og hans egne farverige malerier. På bordet står the og rosinboller. Vi er taget på besøg hos Erik Olsen, fordi han siden 1980'erne har været repræsentant og talsmand for psykiatriske patienter, der sjældent høres i offentligheden.

Halvdelen af alle førtidspensioner i Danmark blev i 2010 tilkendt på grund af psykiske lidelser. Ti år tidligere var det kun en tredjedel. I en undersøgelse fra

2012 fremgår det, at mennesker med svære psykiske lidelser mister tilknytningen til arbejdsmarkedet hele seks år før, de får den psykiatriske diagnose. Og tilknytningen til arbejdsmarkedet bliver ikke genetableret senere.⁽¹⁾ Men hvordan undgår man bedst, at mennesker med psykiske lidelser udstødes? Det starter vi med at spørge Erik Olsen om. 'Hvis man skal undgå at blive psykiatrisk patient på livstid, er det vigtigste, at man ikke bliver ekskluderet i første omgang. Man kan sige, at den bedste form for inklusion er, at man ikke bliver ekskluderet til at starte med. I dag er det psykiatriske system ofte den første indgang til at blive handicappet, for når man har været i psykia-



trien, mister man sociale kontakter, sit arbejde og så videre, og så ender det med pension,' lyder hans svar.

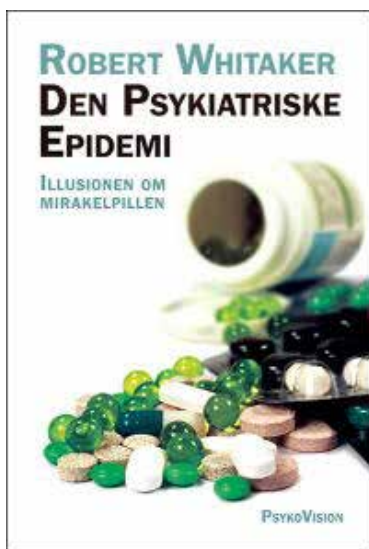
Erik Olsen er bestyrelsesmedlem i *European Network of (Ex-)Users and Survivors of Psychiatry*, som han var med til at starte i 1990. Desuden har han i mange år været meget aktiv i *Landsforeningen af nu-værende og tidligere psykiatrirugere (LAP)*, som han også var med til at stifte i 1999. Selv blev Erik Olsen psykiatrirugere tilbage i 1980'erne. 'Jeg var lærer på en skole og brød sammen, efter at der i lang tid havde været massive problemer med arbejdsmiljøet. Jeg havde på det tidspunkt en række forskellige problemstillinger, som jeg ikke rigtig kunne hitte rede i. Blandt andet tog jeg også nogle stoffer. Først var det stesolider, som jeg blev afhængig af, men jeg begyndte også at få et misbrug af amfetamin,' fortæller Erik Olsen. Han beskriver, hvordan han dengang blev indlagt på psykiatrisk afdeling, men ikke rigtig følte sig hjulpet. For eksempel ville han gerne i gruppeterapi, men det kunne ikke lade sig gøre på grund af stofmisbruget. Lige siden har han været involveret i arbejdet med at forbedre psykiatrien for brugerne. 'Det var måske ikke lige det, jeg havde regnet med, men psykiatrien er blevet min skæbne. Det skyldes også, at jeg kommer fra en familie, hvor rigtig mange har været ramt af psykiatrien. Det var især min storesøster, der nu er død. Hun havde diagnosen paranoid skizofreni, og jeg oplevede, at hun virkelig blev dårligt behandlet i psykiatrien. Jeg prøvede at hjælpe hende, og det var også en af grundene til, at jeg fik depression. På grund af hendes historie havde jeg en vrede, der gjorde, at jeg ville ændre det psykiatriske system.'

Erik Olsen er blandt andet kritisk over for det, han oplever som et alt for ensidigt fokus på medicinsk behandling. Han henviser til den amerikanske videnskabsjournalist Robert Whitakers bog *Den Psykiatriske Epidemi (2)*, der er stærkt kritisk over for brugen af psykofarmaka og argumenterer for, at medicinen er med til at gøre patienter kronisk syge. Den kritik vækker genklang hos mange af de patienter, han er i berøring med, fortæller Erik Olsen. Alligevel bruger mange medicin, men han oplever ikke, at der i psykiatrien i tilstrækkelig grad bliver lyttet til brugernes egne tanker om medicin.

Åben Dialog

Men hvordan bliver brugerne så bedst inddraget i den psykiatriske behandling? Til det svarer Erik Olsen, at et af formålene med at stifte LAP var, at patienterne selv skal kunne vælge, hvem der er deres talspersoner. LAP samarbejder desuden med andre patientforeninger som *SIND* og *Depressionsforeningen* og har været med til at sørge for, at der sidder brugerrepræsentanter i dialogfora på de psykiatriske hospitaler på Sjælland. 'Et af de helt store problemer er dog, at i selve indlæggelsesøjeblikket er man alene. Hvis man er underlagt tvang, kan man få en patientvejleder. Men vi har mange gange peget på, at det ville være en god idé at have en, der følger patienten under hele indlæggelsen og også gerne efter. Man støder jo på et hav af forskellige personer, og man er meget udsat, når man er indlagt,' siger Erik Olsen.

Og så begynder han fra sin lænestol at fortælle os om en af de anderledes behandlingsformer i psykiatrien, som han er allermost begejstret for. Det er den finske tilgang *Åben Dialog*, som bruges til psykotiske patienter. 'Det viser sig, at man med *Åben Dialog* kan forhindre, at folk bliver syge. Fidusen er, at man får fat i folk så tidligt, at man stadig kan komme i dialog med dem om deres eksistentielle problemer, hvilket kan gøre, at de ikke behøver at bryde helt sammen. Når vi får det skidt, har vi en evne til at lukke os inde i os selv for at beskytte os mod den ydre verden. Det er den bevægelse, hvor man går ind i sig selv, der skal forhindres. Den forhindres bedst, mens man stadig kan snakke om det – og før man begynder at få medicin mod skizofreni,' siger Erik Olsen. Han har været på besøg i Finland og set, hvordan man arbejder med *Åben Dialog*. Han lægger især vægt på, at man bruger meget lidt medicin, og at man inddrager brugerens netværk helt fra starten. 'Det bygger på en lidt anden videnskabelig indgang. Man ser ikke så meget det individpsykologiske, men mener, at det, der skaber et menneske, også er relationerne til andre. Hvordan man opfatter sig selv, og hvordan man har det med sit netværk. Selv om vi lever i et samfund, hvor det er 50 %, der bor alene i København, så har folk jo stadig en familie. De har en far og en mor, og de har venner og bekendte. Men psykiatrien har nærmest skubbet de pårørende væk med henvisning til tavshedspligt osv. Det skal vi væk fra,' siger Erik Olsen.



Den amerikanske videnskabsjournalist Robert Whitakers bog *Den Psykiatriske Epidemi* er stærkt kritisk over for brugen af psykofarmaka og argumenterer for, at medicinen er med til at gøre patienter kronisk syge

Følelserne skal med

Åben Dialog bliver brugt flere steder i Danmark (se faktaboks). Blandt andet har ungdomspsykiatrien i Augustenborg brugt tilgangen – som man der kalder *Åbne Samtaler* - i over ti år.⁽⁵⁾ Her har man gode erfaringer med at arbejde med patienten i centrum og finde frem til kreative løsninger ved hjælp af inddragelse af patienten og åbenhed over for netværket og dets oplevelser af situationen. Som eksempel på, hvordan Åben Dialog kan bruges, fortæller Erik Olsen en historie om en ung mand, der havde forsøgt at begå selvmord. 'Alle dem, der var tæt på ham – også hans venner – samledes så, og man gennemgik forskellige faser. Først laver man kaffe og te og sørger for at få en god start – det kaldes *retribalisering*. Så kommer en *polariseringsfase*, hvor alle stemmer skal høres. Her kan der let blive uenighed. Så kommer *depressionsfasen*, hvor man ikke rigtig ved, hvad man skal gøre. Og det kan godt være, at man ender med at sige, at man ikke ved præcis, hvad der skal ske. Så kommer der en fase, hvor der kan opstå dialog. I den konkrete sag, sagde en af hans venner, at han gerne ville holde tale – den tale, han ville have holdt, hvis den unge mand var død. Så holdt han en tale om, hvad han betød for ham. Det samme gjorde andre, og folk sad og græd. Da jeg var i Finland fortalte de, at det netop er, når der kommer følelser med, at folk kan flytte sig. Hvis man bliver på et intellektuelt niveau, så sker der ikke noget.'

Vi er nysgerrige efter at høre, om det ikke også kan være en belastning for patienten at skulle forholde sig til hele sit netværk. Hvad tænker Erik Olsen om det? Han svarer, at det er afgørende, at der er tale om ægte samarbejde. 'Hvis der ligger nogle skjulte dagsordener, så kan brugeren bliver taberen. Jeg har set eksempler, hvor man taler om Åben Dialog. Man har taget alle de syv principper, der er i metoden, men så har man for eksempel lige sprunget det med medicin over. Og så kan Åben Dialog faktisk bruges til at overtale folk til at tage medicin. Så ved jeg ikke, hvor langt man er kommet.'

Brugerens stemme

I samtalen med Erik Olsen bliver det tydeligt for os, at hans allervigtigste pointe er, at brugerens stemme skal tages alvorligt – også når det for eksempel er psykosen, der taler. Han nævner også det, der kaldes *Personligt Ombud* som eksempel på en måde at sørge for, at brugerperspektivet får plads. Det er en svensk model, hvor en uvildig person assisterer, støtter og hjælper patienten. I USA har flere stater en lignende ordning. Her er det brugeren selv som ansætter og afskediger den personlige hjælper, fortæller Erik Olsen. Da man lavede den danske ordning med støtte- og kontaktpersoner, var Erik Olsen og LAP med til at sørge for, at man fik elementer med fra den svenske model. 'For eksempel en definition af, at man som professionel skal være i stand til at arbejde fleksibelt i nuet. Hvis man ikke kan være til stede og tage højde for de ting, der er, så skal man ikke arbejde med det,' siger Erik Olsen.

Han fortæller, at han selv har haft flere oplevelser med at prøve at hjælpe folk med psykiske lidelser, der var indlagt. Og set, at deres version af sandheden ikke rigtig blev taget for gode varer. 'For eksempel var der en pige, der havde fået en operation i maven. Hun havde forfærdelige smerter, og så snakkede vi om akupunktur, og det ville hun måske gerne have. Men der sagde lægerne, at det kunne der ikke blive tale om, for de skulle først se, om hun virkelig havde smerter, eller om det var noget, hun forestillede sig – altså, om det var hendes psykiske lidelse, der gjorde, at hun sagde, at hun havde smerter,' fortæller Erik Olsen. Han beretter også om at besøge patienter på psykiatrisk afdeling og opleve, at personalet taler til



ham som besøgende i stedet for til patienten. Som han siger: 'Jeg har oplevet, at indlagte bliver behandlet, som om de var børn. Der sker sådan en infantilisering med sproget. Og netop sproget er helt centralt i Åben Dialog. Der var engang en psykiatrisk sygeplejerske, der sagde, at når man møder fremmede, der taler andre sprog, så gør man sig jo umage for at forstå dem. På samme måde burde man gøre med folk, der taler et psykotisk sprog. I Finland siger man, at et psykotisk sammenbrud sker, når man ikke længere kan sætte ord på. Så skal man have hjælp til at sætte ord på. Så i stedet for at sige, at man ikke har nogen sygdomsindsigt, så siger man, at man ikke er i stand til mere at sætte ord på. Det er en meget bedre måde at sige det på, ikke?'

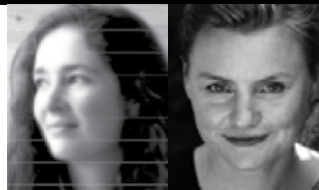
Åben Dialog og stoffer?

Interviewet med Erik Olsen sætter flere tanker i gang i forhold til stofmisbrugsområdet: Ville man kunne arbejde med Åben Dialog og de syv principper i forhold til misbrugsproblematikker? Det får vi ikke svar på i interviewet, men Erik Olsen siger dog: 'Jeg tror, at man er for specialiseret i psykiatrien. Dermed er man mindre åben over for folk med misbrug. Og så har man nok også en ide om, at misbrug kan man ikke gøre noget ved på

samme måde, som man kan med psykiske sygdomme.'

På mange måder kan man godt se specialisering som en barriere for den åbne tilgang, som Åben Dialog er. I ungdomspsykiatrien i Augustenborg konkluderes det også, at specialisering gør de professionelle til eksperter, der kender de rigtige svar, men at det ikke bør stå alene: 'Vi underkender ikke, at behandlingen af en række psykiske lidelser kræver inddragelse af ekspertviden, og den har vi også selv med i værktøjskassen. Men samtidig udgør unges og familiers almindelige problemer så stor en del af unges psykiske lidelser, at det er både urimeligt og uøkonomisk at gøre deres løsning til en ekspertopgave [...]. Når det gælder psykisk lidelse, er vores påstand, at specialisering øger inkompetencen hos dem, det handler om.' (5, s. 268) I Augustenborg er arbejdet med det, Erik Olsen omtaler som eksistentielle problemer, i centrum. Og her er patienten selv og vedkommendes netværk dem, som bedst kan fortælle, hvori problemerne ligger. For de professionelle består arbejdet derfor ikke så meget i at kunne komme med de rigtige svar, men i at kunne stille de rigtige spørgsmål og på den måde inddrage de involverede i at finde løsninger og muligheder. (5)

Og netop *eksistentielle* eller *almindelige problemer*, som omtales her, går igen i misbrugsfeltet. For ek-



sempel ser mange unge ikke stofferne som deres største problem. Der kan derfor gå lang tid, inden de henvender sig om hjælp i misbrugssystemet. For dem er det psykiske problemer, som er vævet sammen med problemer i familien, netværket, uddannelsen, arbejdspladsen, den manglende bolig og så videre. (6) I de senere år er der kommet en stigende interesse for at inddrage netværket omkring de unge i misbrugsbehandlingen. Ligesom man de fleste steder ikke fokuserer på én bestemt løsning medstoffrihed, men forsøger at have en mere åben og nysgerrig undersøgende tilgang til stofbruget hos den unge. Der er derfor ingen i tvivl om, at erfaringerne fra Åben Dialog, arbejdet med de syv principper, bruger- og netværksinddragelse er elementer, der med fordel kan inspirere og anvendes på misbrugsområdet, ligesom det også burde inspirere de steder i psykiatrien, hvor man endnu ikke har haft mod til at lægge de traditionelle ekspertsvar lidt på hylden til fordel for de gode og nysgerrige spørgsmål og brugerinddragende metoder. ■

Om Åben Dialog skriver Socialstyrelsen:

'Metoden har vundet stor anerkendelse verden over. For det første på grund af sin humanistiske og respektfulde åbenhed over for de menneskelige og sociale dimensioner af psykiske problemer. For det andet på grund af sine enestående resultater. For psykotiske patienter har man eksempelvis påvist, at i løbet af en femårig opfølgingsperiode vender de fleste tilbage til arbejde eller uddannelse, og mere end 80 % har ikke længere psykotiske symptomer overhovedet.'

www.socialstyrelsen.dk

I Åben Dialog arbejder man ud fra syv principper:

Umiddelbar hjælp i krisesituationer: Det første møde arrangeres inden for 24 timer efter første henvendelse fra patienten, de pårørende eller den visiterende enhed.

Det Sociale Netværksperspektiv: Er et inkluderende princip, der betyder, at patienten, vedkommendes familie eller andre fra det sociale netværk altid er inviteret til det første møde. Netværket inddrages for at støtte patienten og den nærmeste familie. Andre nøglepersoner som kolleger, arbejdsgivere, venner m.fl. kan også blive inviteret.

Fleksibilitet og mobilitet: Betyder, at de, der deltager i krisesituationen, tilpasser deres aktiviteter efter patienten og familiens behov og er fleksible i forhold til de ændringer, der sker undervejs i behandlingsforløbet. Behandlingsmetoder, samtaleform og varighed tilpasses patienten og familien. Der lægges vægt på, at møderne holdes steder, hvor familien føler sig tryk. Det kan fx være i patientens hjem.

Ansvar: Den, der blev første kontakt for familien, har ansvaret for at arrangere det første møde. Der lægges meget vægt på, at man ikke bliver sluppet, før en anden har taget over. 'Du er kommet til det rette sted', er således svaret på en hvilken som helst henvendelse. Derved undgår patienten at blive kastebold mellem afdelinger/systemer. **Psykologisk kontinuitet:** Betyder, at teamet tager ansvar for både ikke-indlagte og indlagte, så længe der er behov for det. Netværket er med i hele forløbet.

Tolerance og usikkerhed: Tolerancen styrkes i den fælles proces, og teamet søger at skabe så meget sikkerhed som muligt fx med planlægning af kontinuerlige møder og inddragelsen af netværket. Ofte er der tale om et intensivt interval i den akutte krise individuelt tilpasset den enkelte.

Men princippet Tolerance og usikkerhed går også på, at man ikke påbegynder en medicinsk behandling eller indlægger patienten med det samme. Man forsøger ikke at lægge sig fast på bestemte løsningsmodeller for tidligt i forløbet, men forsøger i stedet at forholde sig åbent til forskellige løsningsmodeller.

Dialogorientering som samtaleform: Sproget tillægges stor betydning i Åben Dialog. Den dialogorienterede samtaleform betyder, at der primært lægges vægt på at fremme dialogen, sekundært på at skabe forandring hos patienten eller i familien. Som det fremgår af de syv principper, anses netværket for at være en ressource i behandlingen. Og det overordnede mål er, at de involverede får en fælles forståelse af situationen og sammen med patienten er med til at finde mulige løsninger. Inddragelse af også det bredere netværk har betydning for, at patienten og nærmeste familie ikke ender i isolation med de negative konsekvenser, det fører med sig, af ensomhed, udstødelse fra socialt liv, arbejde og så videre.

KILDE: REFERENCE 3 & 5

REFERENCER

1. Jane Greve: Socioøkonomiske og helbredsmæssige forhold blandt personer med en svær sindslidelse – en beskrivende analyse: I: Jane Greve (red.): *Et liv i periferien. Levevilkår og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser*. Kap 3, s. 89-117. Rockwool Fondens Forskningsenhed & Syd-dansk Universitetsforlag, 2012.
2. Robert Whitaker: *Den Psykiatriske Epidemi*. PsykoVision, 2013.
3. Jaakko Seikkula: *Åben Dialog og netværksarbejde*. Kap. 10, s. 250-281. Hans Reitzels Forlag, 2008; se også: <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/metoder-og-tilgange/aben-dialog> ; Open dialogue principles: <http://www.power2u.org/downloads/OpenDialogueApproach.pdf>
4. Noter fra conferenceoplæg: Åben Dialog – en netværksbaseret tilgang til sårbare mennesker ved Finn Blickfeldt Juliussen. KABS VIDEN, Misbrugskonference 2014. (Se oplæg: <http://www.kabs.dk/organisation/oplaeg-og-praesentationer/stofmisbrug-2014---styr-paa-misbrugsbehandlingen.aspx>). STOF vil i et senere nummer følge op på Åben Dialog, men for interesserede skal det nævnes, at grundlæggeren af Åben Dialog gæster Danmark i august 2014 i forbindelse med en lukket konference om emnet. Den 29. august 2014 er imidlertid en konferencedag, som er åben for alle og vil omhandle det grundlæggende ved Åben Dialog. For mere information og tilmelding se: <http://www.conferencemanager.dk/19thInternationalMeetingRoskilde/programme.html>
5. Birgitte Vange m.fl.: Fire åbne samtaler og én lukket – en ungdomspsykiatrisk praksisbeskrivelse. I: *Fokus*, vol. 37, s. 256-270. Universitetsforlaget, 2009.
6. Ludvigsen, Kathrine Bro: Socialsygepleje i psykiatrien – udfordringer og muligheder. I: Ludvigsen & Brúnés (red.): *Socialsygepleje i somatik og psykiatri. En antologi over erfaringerne fra Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb*. KABS Viden. Kap. 4. 2013. - Se også tidligere artikler i STOF: Dobbelt diagnose – set fra Projekt Socialsygepleje. I: STOF nr. 20: s. 96-101 (2012/2013); Socialsygepleje i somatik og psykiatri. I: STOF nr. 22: s. 42-45 (2013/2014).