

Tilsynet i henhold til grundlovens § 71
§71-tilsynet alm. del - Bilag 32
Offentlig

Folketinget – Tilsynet i henhold til grundlovens § 71

Christiansborg, den 30. november 2004

Til

udvalgets medlemmer og stedfortrædere.

**Materiale fra Dorrit Cato Christensen om det psykiatriske
behandlingssystem.**

Vedlagt er til orientering materiale fra Dorrit Cato Christensen, som Anne
Baastrup har holdt møde med.

Med venlig hilsen
Maiken Bork Clausen,
udvalgssekretær.

Anne Baastrup

Fra: Dorrit Cato Christensen [dorrit.cato@get2net.dk]
Sendt: 2. november 2004 20:15
Til: Anne Baastrup
Emne: ang. et møde om psykiatrien

Kære Anne Baastrup

Vi har følgende 5 punkter, som vi gerne vil snakke om:

- 1) Mindre bofællesskaber til sindslidende/ psykisk syge med højst 8 beboere skal oprettes.
- 2) Sindslidende med psykopatisk adfærd. Sindslidende med misbrug (alkohol og euforiserende stoffer). Kriminelle sindslidende eksempelvis med behandlingsdomme for alvorligere kriminelle forseelser skal have særskilt boform. Pt. er ovennævnte 3 grupper sammenboende med "almindelige" sindslidende på de nuværende mastodontbocentre.
- 3) Kvalificeret personale skal ansættes. FX. bør der ansættes flere psykologer, ligeledes andre faggrupper eksempelvis dietister, fysioterapeuter o.lign.
- 4) Psykiaterbetjeningen på bocentrene med fokus på medicinering
- 5) Pengene skal øremærkes til beboerne og i specielle tilfælde til de pårørende Dette contra uddannelse af personale.

Overordnet mener vi at der bør tilføres flere og bedre kvalificeret personaleressourcer til socialpsykiatrien.

Ad. 2: Fremover vil der ifgl. de oplysninger vi har, blive placeret endnu flere personer med de ovennævnte dobbeltdiagnoser.

Ad. 4: Størstedelen af beboerne på bocentrene er meget behandlings/omsorgskrævende og psykiateren har ikke tid til anden behandling end medicinering. Samtale med det faste personale og pårørende er der meget sparsom tid til. Se iøvrigt tilsendte papir "Psykiaterbetjeningen med fokus på medicinering" og kronikken. På os kunne det virke som om de nedlagte psykiatriske sengepladser er overflyttet til bocentrene.

Ad. 5: De penge psykiatrien får tildelt, er de øremærkede? og eksempelvis til hvad eller hvem?

Vi kunne godt tænke os, at nogle af pengene tildeles de pårørende, som eksempelvis har deres børn boende i en anden by, hvor det kræver rejse. Ligeledes pårørende som har deres børn boende hjemme og meget andet.

Tak fordi du vil møde os. Vi ser frem til mødet.

Vi sender kronikken og oplægget om psykiaterbetjeningen pr. brev.

Med venlig hilsen

Else Jørgensen
tlf. 38 74 70 42

Dorrit Cato Christensen
tlf. 35 38 79 72

Vi er begge pårørende (mødre) til 2 voksne sindslidende

POLITIKEN

Y2635585

Historien om Lone

Politiken 5. april 2002, kultur, side 9

Det psykiatriske behandlingssystem svigter. Der mangler værdighed og respekt, skriver en mor med en psykisk syg datter. Og så lytter læger og psykiatere ikke nok til de pårørende.

Af Dorrit Cato Christensen

Min datter er skizofren. Hun er en forsigtig og poetisk pige. Hun blev i 1992 indlagt på Rigshospitalet til en kortere psykiatrisk udredning. Denne indlæggelse udviklede sig til en regulær horror-story. Kort tid efter indlæggelsen fik hun medicinforgiftning, såkaldt 'malignt neuroleptika syndrom'. Dette er en alvorlig tilstand, og den forandrede hende fuldstændig. Efterfølgende virkede hun debil. Hun fik voldelige tendenser og havde flere selvmordsforsøg. Som rosinen i pølseenden fik hun en tidsubegrænset behandlingsdom for 'ildspåsættelse'. Hun er stadigvæk i behandlingssystemet og skal formentlig blive der resten af sit liv.

Lone er i dag 29 år. Hun er kærlig i sit livssyn. Hun har i mange år levet i flere verdener: den verden, vi andre 'normale' lever i, og sin egen verden med 'støtteuniverser'. Hun forsvinder ind i støtteuniverserne, når den normale verden bliver for belastende eller trættende. Hun kan bevæge sig mellem den normale verden og støtteuniverserne mange gange i løbet af en dag, og i perioder har hun slet ikke brug for støtteuniverserne.

Et støtteunivers, som hun jævnligt bruger, er 'Øerne'. Øerne er et smukt og frodigt sted, hvor folk er glade og gode mod hinanden. Der omgås hun mange mennesker, hvoraf en del er kendisser. Jeg kender dem alle, idet de har optrådt i hendes verden siden 1992. Hun er selvsagt på fornavn med dem - de er jo trods alt vennerne. Der er Margrethe (vores dronning). Hun er blot en ven. Bon Jovi er hendes bror, og Tom Cruise og Nicole Kidman hendes forældre. Lone har haft mange lykkelige oplevelser på Øerne og har det dejligt, når hun befinder sig i dette støtteunivers. 'Tunnellerne' er modpolen til Øerne. I Tunnellerne er der mørkt og koldt, og Saddam Hussein stikker folk med skorpioner. De smertefulde oplevelser, Lone har, når hun er i Tunnellerne, er nok, hvad man kan kalde hallucinationer. Lone bruger periodisk meget energi på at få folk fra Tunnellerne overført til Øerne. Det gør hun ved at knipse med fingrene. Denne overførsel lykkes gudskelov for det meste. Den eneste, hun aldrig har kunnet få overflyttet, er Jim Morrison fra The Doors. En overgang forsvandt Øerne, fordi folk dernede var begyndt at blive onde mod hinanden. Men hun har heldigvis fået dem reetableret. Når jeg sidder og hører de historier, kommer jeg uvilkårligt til at tænke på myten om Atlantis og på Zarathustras lære om kampen mellem det gode og det onde, hvor de gode magter får overtaget, når tiden er inde. Hallucinationernes karakter har ofte sammenhæng med Lones fysiske eller psykiske tilstand. Og i mange tilfælde synes de at kunne henføres til ubehagelige og nedværdigende oplevelser, hun har haft inden for det psykiatriske behandlingssystem. F.eks. oplever hun igen og igen, at personalet fra Rigshospitalets psykiatriske afdeling stikker sprøjter med beroligende stoffer ind i hendes lår. Det er en af de meget pinefulde hallucinationer. Ved gennemlæsning af hendes journaler kan jeg se, at hun i de tre år, hvor hun gentagne gange var indlagt på Rigshospitalet og Sct. Hans Hospital, har været udsat for hen ved 200 tilfælde af tvangsmedicinering, altså mod sin vilje fået medicin med sprøjte. I nogle tilfælde er denne tvangsmedicinering foregået 20 dage i træk og åbenbart ofte under megen modstand. Dog ikke altid, jævnfør et journalnotat fra 11. november 1992: »I dag yder patienten ingen korporlig modstand, men er angst ved medicineringen, og skal holde i hånd, og bagefter er hun noget grædende«.

Lones mareridt startede i juli måned 1992. 18. juli henvendte vi os sammen i visitationen på Rigshospitalets psykiatriske afdeling, fordi hun var hallucineret. Hallucinationerne kom kun en gang imellem, og de var ikke pinefulde - de må nok henføres under det tidligere omtalte støtteunivers. Men vi henvendte os i tillid til, at det psykiatriske system kunne hjælpe Lone. Denne tillid skulle vi senere så grundigt miste, men da det løbet kørt. Ved visitationen fremførte jeg, at Lone tidligere havde vist stærk følsomhed over for antiepileptiske midler, og at jeg derfor kunne formode, at den samme reaktion kunne komme ved behandling med antipsykotisk medicin (hun havde på det tidspunkt ikke fået medicin mod psykoser). Dette blev noteret. I øvrigt sagde visiterende læge, at Lone ikke var forpint, så det formentlig kun ville dreje sig om en kortere psykiatrisk udredning højst sandsynligt uden medicinering. Næste dag kom jeg for at besøge Lone. Hun lå på gulvet. Hun var så medicineret, at hun ikke kunne rejse sig. Jeg tilkaldte hjælp. Personalet ville ikke hjælpe. De sagde, at Lone faldt for at få opmærksomhed, og at det havde hun gjort mange gange i løbet af dagen. Jeg blev ret panikslagen og ønskede at tale med den læge, der havde visiteret hende aftenen før. Jeg kunne hverken få den læge eller nogen anden i tale og følte nærmest, at jeg blev *skubbet* ud af afdelingen. Næste dag det samme. Det var et mareridt, og Lone blev rasende på mig, fordi jeg ikke kunne hjælpe hende ud af dette mareridt. Fem dage efter var Lone overført til Sct. Hans Hospital. Jeg fortalte psykiateren dér, at jeg

var bekymret over Lones høje medicindoser. Svaret var, at Lone blev medicineret korrekt. Samtalen foregik i en venlig tone, men det var underforstået, at jeg skulle blande mig uden om deres behandling. Jeg kunne (ved mine besøg) se, at der var noget rivende galt på vej. Lone var begyndt at blive meget mærkelig: Hun gik usikkert, var fjern og virkede, som om hun havde høj feber. Det blev værre, for hver gang jeg besøgte hende. Den sidste dag gik hun med små slæbende skridt og med armene fremstrakte som en søvngænger. Faldt i tide og utide og kunne ikke selv rejse sig. Jeg var nu panisk. Jeg havde hver dag sagt til psykiateren, at hun ikke kunne tåle medicinen, men uden resultat. Da jeg kom for at besøge Lone den fjerde dag, var hun blevet akut indlagt på Roskilde Sygehus. Der fandt jeg hende med slanger og nåle alle vegne, og hun var blå og gul over det meste af kroppen. Hun havde en voldsom medicinsk reaktion. Det var - fik jeg at vide - en alvorlig tilstand. Det vil sige, at Lone, tolv dage efter hun var blevet indlagt til en kortere psykiatrisk udredning, var endt op med at være medicinforgiftet. Og jeg havde som pårørende intet kunnet stille op. Man ville simpelthen ikke lytte. Efter at Lone havde haft den voldsomme medicinske reaktion, var hun fuldstændig forandret. Fysisk var hun meget svag. Psykisk var hendes fremtræden som en fuldstændig debil. Hun ville/kunne ikke snakke. Proppede alt inden for rækkevidde i munden. Det kunne være cigaretskod, æbleskrog, sodavandskapsler osv. Hun reagerede meget aggressivt. Aggressionen var specielt rettet mod mig. Hendes kontaktperson troede virkelig, hun var debil, og han var overrasket over at høre, at Lone knap en måned tidligere var i Amsterdam, hvor hun solgte lopper på et loppemarked. Lone var virkelig blevet sindssyg, og hun blev nu for alvor medicineret. Hun nægtede at indtage medicin med følgende argument: (journalcitater 17. august 1992): »Patienten nægter at indtage medicinen, idet hun anfører, at hun har fået så meget medicin, så hun jo er blevet syg af det«. Det var jo rigtigt. Lone var blevet alvorligt syg, ti dage efter hun var begyndt at tage medicin mod psykoser. Men hendes argument blev overhørt som psykotisk tågetale, og den stod nu på daglig tvangsmedicinering i en længere periode. Under en af sine indlæggelser på Skt. Hans skulle Lone også opnå at få titel af 'ildspåsætter'. På det tidspunkt da ildspåsættelsen fandt sted, var Lone tvangstilbageholdt på lukket afdeling, fordi hun var til fare for sig selv. Hun var til fare for sig selv, fordi hun røg i sengen og på grund af den stærke medicinering faldt i søvn, mens hun røg. Lone faldt højst sandsynligt også i søvn med en tændt cigaret den dag på Skt. Hans Hospital. Der gik ild i sengetøjet. Ilden blev slukket af en ansat, men det fik en retssag til følge, bl.a. fordi den ansatte var sikker på, at Lone havde tændt ild med vilje. Lone har garanteret også 'indrømmet' det, for i den periode påtog hun sig skylden for alverdens ulykker. Hun sagde for eksempel, at hun havde dræbt sine 150 børn (hun har ingen), at hun havde solgt narkotika i USA og andet. Hvis man læser domsudskriftet, ligner det en helt almindelig retssag, hvor formalia er overholdt. Der var forsamtale med den beskikkede forsvarer. I domsudskriftet står der skrevet: »Anklagede erkender sig skyldig i ildspåsættelsen«. Ifølge dem, som fulgte Lone, erkendte hun sig også skyldig i et utal af andre 'forbrydelser', bl.a.: de førnævnte. Retssagen blev standset, da Lone kastede op. Resultatet blev en tidsbestemt behandlingsdom, hvilket er en alvorlig sag. Tænk, at en person, som er tvangstilbageholdt på en lukket afdeling, fordi vedkommende er til fare for sig selv, kan ildspåsette. Jeg ville have troet, at de netop var beskyttede mod den slags på et lukket afsnit. At vedkommende så oven i købet senere skal gennem hele retsmaskineriet i en tilstand, hvor hun er dybt psykotisk og stærkt medicineret, mener jeg er mere end ydmygende. Hun kan jo ikke med rimelighed 'forsvare' sig i sådan en tilstand. Landsforeningen Sind har desværre kendskab til adskillige lignende retssager fra psykiatriske afdelinger.

Begrebet 'den gode samtale' er meget anvendt nu om dage. Hvis jeg skulle sætte prædikat på psykiater-patient-samtalen, så vil det desværre blive 'den dårlige samtale'. Det er almindelig anerkendt, at psykiatrisk behandling først bliver optimal, når medicinering og samtaleterapi går hånd i hånd. Psykiatere er eksperter, hvad angår den menneskelige psyke. De ved, hvordan de forskellige medicinske præparater virker ind på de forskellige centre i hjernen, og det er en uundværlig ekspertise. Til gengæld er det ikke mit indtryk, at de anser den støttende samtaleterapi for at være særlig vigtig. Psykiateren afsætter ganske vist tid til patientsamtaler, men samtaltiden er kort, og det er som oftest psykiateren, der sætter dagsordenen for samtalen. Psykisk syge har også en dagsorden, de ønsker behandlet, men de har ofte det problem, at de ikke straks kan komme ind til sagens kerne, fordi der sidder en masse 'kaotiske tanker' og blokerer herfor. Hvis psykiateren havde tid til i fællesskab med patienten at få 'orden' på de kaotiske tanker, så ville der efterfølgende være basis for en 'normal' og værdig samtale. Et eksempel på en af de mislykkede samtaler, som jeg har overværet: Lone ønsker en samtale, fordi hun vil nedsættes i medicin på grund af bivirkninger. Hun kommer hektisk ind i samtalerummet, taler om svingler i hjernen og dårlige nyrer. Psykiateren insisterer på at tale om medicinering, og det kan hun slet ikke forholde sig til på grund af de kaotiske tanker, der blokerer. Psykiateren opgiver hurtigt samtalen og afslutter den uden forløsning. Lone føler sig ydmyget, fordi hun oplever, at psykiateren ikke lytter til hende. Hvis psykiateren havde haft mere tid, så ville Lone være nået frem til det med medicinen og ville have kunnet samtale derom på en fornuftig måde. Resultatet af 'samtalen' var, at hun blev opdoseret, altså det modsatte af hvad hun ønskede. Psykiatriske patienter føler alt for ofte, at psykiaterne tager vigtige beslutninger hen over hovedet på dem, og at de slet ikke kommer til orde. Det er en ydmygende følelse. Jeg mener, der kunne rettes en del op på dette gennem mere samtale på de psykisk syges egne præmisser. Når nu psykiateren ikke prioriterer samtale med patienten på patientens præmisser højt eller måske ikke har tid dertil midt i en stresset lægehverdag - hvorfor så ikke kaste håndklædet i ringen og ansætte nogle flere psykologer, som i samarbejde med psykiaterne og de pårørende, kunne varetage denne opgave. Som pårørende bruges man fortrinsvis til at give en historisk beskrivelse af patientens liv fra fødslen til nu. Denne beskrivelse får man til gengæld lov til at give ofte. En af de rigtig 'gode' psykiatersamtaler foregik på Skt. Hans

Hospital. Jeg havde på forhånd meddelt, at jeg ønskede samtale om Lones medicinering, idet jeg mente, hun fik for megen. Psykiateren indledte med at sige, at han ikke kunne udtale sig om Lones medicin, da han ikke havde journalen. Jeg ønskede så at tale om Lones fremtid. Lone havde en lejlighed i København, som hun gerne ville tilbage til. Det mente jeg var en rigtig god ide, fordi hun der havde et godt netværk og mange at tale med. Jeg ved ikke, hvor psykiateren var henne under 'vores samtale', men han hørte åbenbart kun ordet *tale* og reagerede prompte derpå. Han sagde, at hvis jeg havde brug for at tale med nogen, så kunne han tilbyde mig pårørendegruppen. Tænk, det var en mærkelig flad fornemmelse at have siddet og talt for døve øren om et emne, som var meget magtpåliggende for mig og for Lone. Jeg havde endda taget en fridag for at komme til den samtale. Skizofrene er meget følsomme og sårbare mennesker. De skal respekteres og tages alvorligt som individer. De skal ikke gang på gang udsættes for ydmygelser. De fleste skal have medicinsk behandling, det er der ingen tvivl om. Men lyt dog til dem. De kan som andre mennesker godt mærke, hvad der er godt og dårligt for dem. Lyt også til deres pårørende. De kender i de fleste tilfælde patienten godt og kan derfor hjælpe med til, at behandlingen bliver bedst mulig. Det må da være til alles fordel!

Billedtekst:

Hallucinationer. Hvordan ser de ud? Værk af den sindssyge kunstner Ovariaci. - Foto: Polfoto

InfoMedia Rubrik:

Kronik: Historien om Lone

Stednavne:

Dk

Emneord:

Behandling Psykisk_Sygdom

Personer:**Virksomheder:**

Alt materiale i InfoMedia er omfattet af lov om ophavsret og må ikke kopieres uden særlig tilladelse.

En del artikler i InfoMedia indeholder links til andre websites. InfoMedia påtager sig intet ansvar for, at sådanne links fungerer, eller at de angivne web-adresser er korrekte.

Luk

Problemfelter

- Der er afsat for få timer timer til psykiaterkonsulentordningen
- Der er kun een psykiater på de fleste bocentre og derfor ikke mulighed for faglig dialog og for kontinuitet i behandlingen.
- En klinisk farmakolog bør tilknyttes.
- Psykiaterkonsulentens rolle passer ikke til behovet. Hospitalsfunktionen må væk fra bocentret
- Kommunikationen psykiater/beboer, psykiater/personale og psykiater/pårørende fungerer ikke godt nok

Få timer til psykiaterkonsulentordningen

Ca. 20 timer ugl. til 150 - 200 beboere. Det er under 1/2 time til hver enkelt beboer om måneden. Den tid skal/burde bruges til:

- 1) samtale med beboeren
- 2) læse beboerens journal
- 3) samtale med beboerens pårørende, hvis beboeren giver tilladelse
- 4) Instruere personalet i, hvad de skal observere angående positiv virkning eller evt. bivirkninger af medicinen.
- 5) Skrive i journalen og andet praktisk arbejde.
- 6) Samtale med kontaktpersonen om beboeren + læse personalets optegnelser om beboeren. Give nyansatte kurser i medicin

Socialpsykiatri kontra hospitalspsykiatri

Beboerne på bocentrene i er socialpsykiatrisk regi - af navn, men ikke af gavn-

- Som det fungerer pt. -hvad psykiaterbistand angår-, kunne det se ud som om beboerne blot har fået et reduceret hospitalstilbud.
- En trekvart psykiater til 170 beboere-.

Det bekymrer os pårørende dybt, at "behandlingen" pga. ovennævnte hovedsagelig er baseret på medicin. Medicin i skræmmende høje doser og ved polyfarmacy. Det fastholder mange af vores pårørende i en tilstand, hvor bivirkningernes gener måske overgår "sygdommens gener"

Dokumentationen om beboeren er journalen -hvad det behandlingsmæssige angår-. På journalen står der Amager Hospital

"Hospitalskulturen" lever videre i bedste velgående på bocentrene.

- Der bestiles tid næste til stuegang eksempelvis, når en beboer har det dårligt.
- Psykiateren omtaler beboerne som patienter
- Boafsnittet omtales som afdelingen
- Boligerne omtales som værelser (hvilket de jo også er) men alligevel.
- Personalet skal låse sig ind i beboerens bolig og vække denne for at give natmedicinen. (så vedkommende kan sove)

Hvordan kan beboerne komme sig (recovery) når de selv i "egen bolig" er underlagt "hospitalskulturen" med dens restriktive regler.

Vi tør godt vove den påstand at: Hensigten med at "patienterne" kommer sig bedre i socialpsykiatrien end i hospitalsregiet er slået fejl. som det fungerer pt.

Manglende kontinuitet i behandlingen

Som pårørende oplever vi ikke kontinuitet i behandlingen.

Vi oplever, at forkerte behandlingsmønstre fortsætter i det uendelige.

Årsagen kunne være, at psykiateren kun kender beboeren fra "stuegangssamtalerne"

Vi mener:

- beboeren burde følges løbende, fx. ved at psykiateren også har jævnlige uformelle samtaler med beboeren

- Personalet bør have jævnlige uformelle og dybtgående samtaler med psykiateren om beboeren

Det er vigtigt, at psykiateren kender beboeren bedre som menneske.

- Vi som pårørende vil kunne bidrage til denne "menneskeliggørelse" af beboeren. Fordi:

Vi kender vores pårørendes forcer, vi kender deres svage punkter.
Vi ved hvordan de fungerede før de blev syge

- Vi kender også deres behandlingshistorie, hvilke behandlingstiltag der har været vellykkede og hvilke der ikke har været vellykkede.

De nedskrevne data i den omfattende journal giver tydeligvis ikke den nødvendige kontinuitet i behandlingen.

Forslag:

Evt. mulighed for at en uvildig person kan "sanere" og opdatere journalerne, så de kunne blive et bedre arbejdsredskab for behandlerne.

Hvad skal der til for at beboeren kan komme videre.

Nøgleordene er **Respekt og Empati og Forståelse**

- DU skal møde mennesket med respekt og der hvor vedkommende er: Mennesker er forskellige steder alt efter summen af deres tidligere liv/deres oplevelser.

Størstedelen af beboerne på bocentrene har en lang og i mange tilfælde traumatisk "behandlingshistorie" med i bagagen.

En behandlingshistorie som bestemt ikke har styrket beboerens selvværd.

Dette kan ikke blot stryges med et pennestrøg, under devicen

- Nu skal vi se fremad og komme videre.
- Nu skal vi tage ansvar for eget liv og arbejde på at komme tilbage i samfundet

For mange -måske alle- beboernes vedkommende er deres traumer ikke blevet bearbejdet - endsige talt om.

Beboerne må opleve det som en disrespekt, at deres tidligere traumatiske liv bliver tiet ihjel. Et led i din identitet er bl.a., at dit liv er kendt på godt og ondt af dem du er i blandt.

Samtalegrupper med psykolog kunne løse lidt op for dette. Det ønskelige ville være individuel psykologbistand.

Pårørendes rolle

Kommunikation pårørende/psykiater:

Vi tør godt vove den påstand:

at der ikke foregår reel kommunikation mellem psykiater og pårørende.

Vi pårørende opfattes ikke som troværdige samarbejdspartnere.

Vores bekymring om medicineringen -herunder bivirkninger eller manglende effekt af den medicinske behandling- tages ikke med ind i psykiaterens behandlingsovervejelser.

Vi oplever at "Antipsykiatri-teorierne fra 60'erne -den del der omhandler familiens negative indflydelse på og årsag til til sygdommen - stadigvæk lever videre, hvad angår synet på de pårørende.

Hvordan etableres "den gode dialog" mellem beboer og psykiater

Psykiateren er pr. definition en autoritet. Derfor er det vigtigt at psykiateren behandler beboeren med respekt. Det første møde er vigtigt for den gode behandlingsalliance.

En omfattende introduktionssamtale mellem beboer og psykiater. (Evt. med beboerens pårørende)

- Udgangspunktet for samtalen skal være beboeren som menneske ikke som diagnose
Beboeren får derved mulighed for at fortælle om sig selv.
Sit liv, sine håb og drømme

**DET KAN LADE SIG GØRE uanset hvor "SYG" beboeren er.
DET kræver blot tid og empati fra psykiateren.**

- Næste skridt er så behandlingen, herunder medicinering - medicinens virkning og bivirkninger
- Senere følges der op på samtalen. Her tales om evt. positiv virkning af behandlingen og bivirkninger. Stadigvæk er det vigtig beboeren gives den tid vedkommende har brug for. Beboerens nervøsitet kan ofte føre til lidt tågesnak i begyndelsen.
- Denne form for samtale signalerer respekt for beboeren og vil som følge heraf give en god behandlingsalliance.

Hvordan fungerer det i praksis

Beboeren møder fortrinsvis psykiateren i spidsbelastede situationer, såsom når:

- Vedkommende har det dårligt

Så bestilles der tid til "stuegang". Ved "stuegang" tales der fortrinsvis medicinering

- Hvis vedkommende er meget dårlig

Tilkaldes psykiateren til evt. indlæggelse

Mange oplever samtalen med psykiateren som et nederlag.

Mange beboere ender ofte op med følelsen af, at de ikke får forklaret hvordan de har det, fordi samtaletiden med er for kort .

Andre beboeres nervøsitet gør, at de bliver ekstra psykotiske og derfor måske slet ikke når frem til deres egentlige erinde.

De oplever ikke, at de har haft en god og respektfuld samtale.

Oplevelsen af ikke at blive respekteret giver en afmagt og en manglende tro på sig selv som menneske.

Følgelig

Beboeren ender op med at betragte sig selv som diagnosen og så er håbet om at komme sig og recovery-ideen borte.

Erving Goffman: Anstalt og menneske
Berkeley, Californien 1961

Sindslidende patienter kan komme til at opleve sig selv i en ganske særlig "klemme".

For at slippe ud af hospitalet eller lette tilværelsen derinde må de vise, at de accepterer den plads, man har tildelt dem. Og den plads, man har tildelt dem, består i at støtte den beskæftigelsesmæssige rolle hos de personer, som gennemtvinger denne ordning. Dette personlighedsafvisende moralske slaveri, som måske kan forklare, hvorfor nogle patienter bliver mentalt forvirrede, opnås ved at påberåbe sig den ekspertlige servicerelations stolte traditioner, navnlig i den lægelige version.

Sindslidende patienter kan komme til at opleve sig tromlet ned under vægten af et servicemønster, som gør livet lettere for os andre.

Der burde findes en mulighed for en second opinion

Vi som pårørende må konstatere, at der i alt for mange tilfælde sker fejlbehandling.

En fejlbehandling som ofte har katastrofal og invaliditet til følge

Der burde være mulighed for:

En uvildig og anonym psykiatervurdering (second opinion) i de tilfælde hvor behandlingen synes at mislykkes

Pårørende kan ikke klage over behandlingen . *Vi frygter*
- Det giver dårligt samarbejds-klima psykiater pårørende imellem

Vores pårørende sindslidende ønsker ikke at vi klager, da de ikke kan tåle eller klare at være involverede i en klagesag, Vores pårørende er også bange for repræsallier

Ingen kan være interesseret i at psykiateren "hænges ud", da man må formode at vedkommende handler efter bedste overbevisning.

Psykiaterkonsulentordningen med fokus på medicinering. På Københavns kommunes bocentre for sindslidende

Diskussionsoplæg

Argumenter -bl.a.fremsagt af forvaltningen- til fordel for psykiaterkonsulentordningen i dens nuværende form:

Det er ideelt, at den samme psykiater følger beboeren gennem hele behandlingsforløbet. Det giver kontinuitet og tryghed i behandlingen.

Gentagne indlæggelser på psykiatriske afdelinger kan undgås. Dvs. beboerne undgår hospitalisering ved denne ordning.

Ideen bag ordningen er ideel. MEN vi oplever ikke, at hensigterne bliver indfriet med ordningen, som den fungerer pt. Vi oplever tværtimod, at ordningen ikke fremmer beboernes livskvalitet.

Vi er efterfølgende blevet bekendt med, at der eksisterer en samarbejdssamtale mellem FAF og HS.

Ordningen er en umulig opgave for een psykiater i den nuværende form.

Vi vil påpege nogle grundlæggende problemer ved psykiaterkonsulentordningen. Demæst vil vi illustrere, hvordan problemerne udmønter sig. Beskrivelserne er et sammendrag, der er fremkommet ved samtaler med pårørende og beboere fra Sundbygård, men vi har også brede kontakthflader til pårørende, der har familiemedlemmer på andre bocentre under Kbh's kom. Deres oplevelser er de samme som vores.

Problemfelter:

- Der er afsat for få timer timer til psykiaterkonsulentordningen
- Der er kun een psykiater på de fleste bocentre og derfor ikke mulighed for faglig dialog og for kontinuitet i behandlingen. En klinisk farmakolog bør tilknyttes.
- Psykiaterkonsulentens rolle passer ikke til behovet. Hospitalsfunktionen må væk fra bocentret
- Kommunikationen psykiater/beboer, psykiater/personale og psykiater/pårørende fungerer ikke godt nok

Problemer med kommunikation belyses gennem hele materialet, derfor bliver det ikke behandlet særskilt

(2)

- Der er for få timer til psykiaterkonsulentordningen

Ca. 20 timer ugl. til 150 - 200 beboere. Det er under 1/2 time til hver enkelt beboer om måneden. Den tid skal/burde bruges til:

- 1) samtale med beboeren
- 2) læse beboerens journal
- 3) samtale med beboerens pårørende, hvis beboeren giver tilladelse hertil
- 3) Instruere personalet i, hvad de skal observere angående positiv virkning eller evt. bivirkninger af medicinen, bl.a. når der sker medicinændring.
- 4) Skrive i journalen og andet praktisk arbejde.
- 5) Samtale med kontaktpersonen om beboeren + læse personalets optegnelser om beboeren.

Men den manglende tid har som konsekvens

- 1) Der er ikke tid nok til samtale med beboerne og følgelig slet ikke tid til "uformelle samtaler". De uformelle samtaler er vigtige, for at beboer og psykiater lærer hinanden at kende uden for de "spidsbelastede situationer". Dette kan skabe "den gode alliance" mellem beboer og psykiater .
- 2) det er ikke vores oplevelse, at psykiateren kan nå at læse patientens journal
- 3) samtale med pårørende sker, men psykiateren har ikke tid til at høre om beboerens tidligere behandlingsforløb og de pårørendes evt. bekymring ang. medicineringen.
- 4) Dette sker
- 5) Psykiateren har ikke tid til at læse personalets optegnelser. Kontaktpersonen er ofte ikke til stede, når psykiateren er på "stuegang", og så bliver en anden medarbejder eller *afdelingslederen taget med i stedet.

* Afdelingsleder er den officielle betegnelse for lederen af en bolig.

(3)

Der bør være flere psykiatere. Det skaber mulighed for faglig dialog og bedre mulighed for kontinuitet i behandlingen. En klinisk farmakolog bør tilknyttes.

Vi pårørende, som følger vores pårørende sindslidende tæt og har kendt dem hele livet oplever, at der mangler kontinuitet i behandlingen. Dette ses bl.a. ved at uhensigtsmæssige behandlingsmønstre ikke brydes.

Vi oplever, at den nuværende psykiaterordning giver falsk tryghed, idet personalet har tillid til psykiateres medicinering, og de har ikke tilstrækkelig uddannelse til at observere evt. bivirkninger og derved stille spørgsmål til medicineringen og bivirkningerne ved medicinen. Iøvrigt er det vores opfattelse, at der foregår sparsom "faglig dialog" mellem psykiater og personale. Dette kan skyldes tidsmangel -se regnestykket-.

Eksempelvis kan beboere, der måske har været **fejlmedicineret/tungt medicineret** i mange år, og som sådan har været i/ er i en "neuroleptisk spændetrøje" fortsætte i denne spændetrøje i det uendelige. Dette bl.a. fordi der ikke er mulighed for en faglig dialog og for lidt tid til samtale og "behandling" af den enkelte beboer og til samtale med de pårørende.

Ligeledes kan beboere gang på gang **være medicinvægende** i lange perioder, hvilket ofte ender med en lang indlæggelse. Det mønster kører stadigvæk med den nuværende psykiaterordning. Dette mener vi i mange tilfælde kunne undgås, hvis der var tid til en løbende dialog mellem de implicerede parter. Dvs. psykiater/ beboer/ personale og de pårørende, hvis beboeren har givet sin tilladelse.

Det er vores indtryk, at forkerte behandlingsmønstre kan fortsætte, fordi der ikke er mulighed for en second opinion, og ikke tid til den "nødvendige dialog" med beboerne, med personalet og med de pårørende. Ligeledes er der ikke mulighed for en løbende faglig dialog for psykiateren.

Da det er vanskeligt for selv den dygtigste psykiater at følge med i strømmen af nye antipsykotiske midler, foreslår vi, at der en gang om året -mindst- hyres en klinisk farmakolog til at gennemgå hver eneste beboers medicin -også pn. og se på om interaktioner mellem medicinerne er dårlig for den enkelte beboer.

(4)

Psykiaterens rolle skal omdefineres. Hospitalsfunktionen skal væk fra bocentret.

Mange beboere oplever pt. deres bolig som et værelse i en hospitalsafdeling. Det oplever vi bl.a. den nuværende psykiaterordningen er med til at understøtte.

Bocentret er beboernes hjem. Derfor er det meget vigtigt, at psykiateren forlader hospitalsretorikken og hospitalstankegangen, når vedkommende har sit virke på bocentret.

Det er forkert,

- at Ps. og personalet taler om "stuegang". Eksempelvis: Når en beboer har det dårligt, bestilles der en tid til vedkommende ved næste stuegang

Eller:

- at psykiateren omtaler beboerne som patienter

Eller

- at boligen omtales som afdelingen osv.

Hospitalsretorikken dækker over en grundholdning, som virker umyndiggørende og sygeliggørende og giver beboerne en oplevelse af, at de opholder sig på en hospitalsafdeling - ikke i egen bolig. Denne omstændighed er ikke befordrende for recoverytankegangen.

Psykiateren er autoritet, men bør også være "nærværende" som menneske.

Det er vigtigt for behandlingen, at beboer og psykiater kender hinanden uden for de spidsbelastede situationer, så der kan opstå en "god alliance".

Psykiaterens funktion skal være andet end "Pillekaster" (et beboerudtryk)

Ergo psykiateren skal ikke gå rundt i "hvid kittel" og kun bruges, når der skal tales medicinering og indlæggelse. - Denne dobbelte rolle må være svær at forvalte, hvis man ikke har en sparingspartner.

Beskrivelse af hvordan 'manglende kontinuitet i behandlingen' kan udmønte sig. (Et sammendrag af udsagn fra beboere og pårørende.)

Ideen med en fast psykiaterkonsulent på bopcentrene er, at det skulle give kontinuitet i behandlingen. Der er ikke kontinuitet i behandlingen, som det fungerer nu!

Et par eksempler på uhensigtsmæssige behandlingsmønstre.

Beboere, som periodisk er medicinvægende.

Det er almindeligt kendt blandt psykiatere, pårørende og blandt personalet, at når en beboer er meget dårlig, er sygdomserkendelsen meget lille, og/eller beboeren ønsker ikke indblanding fra kontaktperson eller pårørende, men ønsker som oftest netop i denne tilstand selv at klare en samtale med psykiateren.

Beboere som er medicinvægende kan ofte undlade at tage deres medicin længe. De bliver dårligere, men oplever det tilsyneladende ikke selv. Personalet prøver at få dem til at tage medicinen og uden resultat. Psykiateren tager måske løbende samtaler med de medicinvægende beboere, men beboeren er ofte i stand til at "spille rollen" og psykiateren kan heller ikke få beboerne til at tage medicinen. Til sidst er beboeren så dårlig, at en indlæggelse er påkrævet. Medicineringen begynder forfra.

Hvis psykiateren og beboeren havde 'en god alliance', og der ligeledes løbende havde været tid til "en god dialog" mellem psykiater, personalet og evt. de pårørende. Så ville psykiateren måske have været bedre "klædt på" til samtalerne med beboeren og ville måske have kunnet påvirke beboeren til at tage sin medicin. Psykiateren er trods alt en autoritet for beboerne. Endnu bedre, hvis der havde været mulighed for samtale med "en anden psykiater" kunne denne måske få beboeren til at tage sin medicin inden vedkommende blev for dårlig.

Omvendt er en del beboere massivt medicineret.

Mange beboere er i mange år blevet massivt medicineret og med flere præparater ad gangen ofte fire til seks. Beboeren har stadigvæk skizofrene symptomer. Dette uhensigtsmæssige behandlingsmønster bliver ikke brudt med psykiaterordningen som den fungerer pt.

Hvis en beboer har det dårligt, fordi vedkommende lider stærkt under bivirkninger fra medicinen, så vil beboeren også mangle sygdomserkendelse og ønske at tage samtalen alene med psykiateren.

Beboerens hensigt med samtalen er eksempelvis medicinreduktion. Resultatet af samtalen vil ofte blive det modsatte eller status quo.

Hvis psykiateren havde mere tid til samtale, ville beboeren nå gennem sin psykotiske tåge snak og frem til sit virkelige ærinde, - nemlig bivirkningerne.

(6)

Beboerne og vi pårørende oplever ikke, at vi bliver taget alvorligt, når vi prøver at påpege over for psykiateren, at bivirkninger såsom opkastning, tågesyn, smerter i kroppen, stort søvnbehov, rastløshed o.a. opleves som et stort problem, og i mange tilfælde måske overskygger lidelserne ved sygdommen. Vi bliver mødt med ordene: "det er sygdommen der udvikler sig- eller vedkommende er meget syg, o.a". Beboerne oplever ikke, at de vises respekt ved sådanne "hurtige svar" og vi pårørende føler os langt fra trygge eller overbeviste ved disse svar.

Overlæge Birte Glenthøj (BG) og overlæge Jes Gerlach og andre psykiatere advarer gang på gang mod at undgå polyfarmacy og medicin i for høje doser. Begrundelsen herfor er, at bivirkningerne ved for massiv medicinering og med for mange præparater ad gangen kan blive så kraftige, at de overskygger den positive virkning, og at man derved kan påføre "patienterne" en stigmatiserende lidelse udover den lidelse de har i forvejen. BG opererer med, at ca. 60% af de patienter, som får de gamle præparater, har generende bivirkninger.

Beboerne og vi pårørende er utrygge ved psykiaterens blinde tro på medicin- som den eneste behandlingsmulighed. Hvis der var mulighed for en dialog flere psykiatere imellem, kunne man håbe, at et uheldigt behandlingsmønster ville blive brudt, hvilket vil betyde bedre kontinuitet i behandlingen.

Man skulle gerne med psykiaterkonsulentordningen kunne se resultater i form af, at uheldige behandlingsmønstre brydes, at beboerne på Københavns Kommunes bocentre for sindslidende får det bedre, end da de var indlagt på psykiatrisk afdeling. Dette skulle der netop være mulighed for med faste psykiatere på bocentrene. Men det må nødvendigvis kræve, at der tilføres flere psykiaterressourcer til området og fordelt på flere psykiatere på bocentrene, og mulighed for gennemgang årligt af medicineringen ved en farmakolog og bedre sparing med kolleger, personale og pårørende.

København d. 16. september, 2004

Lisbet Jørgensen

Dorrit Cato Christensen

Landsforeningen Sind

Pårørendeforeningen af 1998