

Folketinget – Tilsynet i henhold til grundlovens § 71

Christiansborg, den 20. oktober 2006

Referat for § 71-tilsynets studietur den 5. og 6. september 2006 til Lapland i Finland

Indholdsfortegnelse:

1. Referat
2. Artikel af § 71-tilsynets medlemmer vedrørende besøget
3. Udleveret materiale powerpoint show vedr. åben dialog-modellen, uddannelsesprogram og statistisk oversigt over udviklingen efter indførelse af åbne dialog metoden.
4. Program
5. Deltagerliste

1. Referat af § 71-tilsynets studietur den 5. og 6. september 2006 til Lapland.

Den 5. september 2006 en introduktion til Open Dialogue in Psychosis

Tilsynet holdt møde på Kerupodas Hospital i Vestlapland om den åbne dialog i psykoser med:

Chefpsykiater professor dr. Birgitta Alakare
Psykolog Kauko Haarakangas
Psykiatrisygeplejerske Riita-Liisa Heikkinen

Kopi af power point showet fremgår af afsnit 3.

Åben dialog i en psykose

Behandling via reflekterende samtale, hvor den psykisk syge deltager med sit netværk og derudover er der mellem 3 behandlere fra hospitalet med som deltagere. Behandlingen starter inden for de første 24 timer og kan f.eks. foregå i eget hjem. Der gives ikke psyko-farmika ved første møde – måske er der behov for noget beroligende.

For at sikre den tilgang er der en åben telefon 24 timer i døgnet bemandet med en sygeplejerske. Den der får opringningen er endvidere ansvarlig for at starte teamet op. Der er ikke behov for skriftlig henvisning for at få en samtale. – Gennemsnitligt er det 10 til 15 opkald pr. døgn.

Initiativet til at ringe kan komme fra familie eller naboer.

Åben dialog som begreb

Det er vigtigt, at den åbne dialog ikke bliver set som en metode men en tilgang til "verden", som også skal gennemsyre hele organisationen for at få fuld effekt.

Rammen for en åben dialog

Den psykisk syge bestemmer selv, hvem der skal inviteres med til dialogmøderne. Emne for dialogen er, hvad den psykotiske patient har lyst til at tale om.

Mødet er, hvor man gør alt. Der tales ikke om patienten og evt. initiativer uden denne er til stede.

Det skal være sikkert at deltage. Patienten er ikke i fokus som sådan, alle deltager på lige fod. Dialogen er på det første møde ikke symptomorienteret, men er rettet mod situationen pt. – Den er kriseorienteret.

Emne og form for samtalen er ikke besluttet på forhånd. Tid er vigtigt – varighed er gerne 1½ time. Hverdagsmøder er nok, så de ansatte kan godt holde fri i weekenden. Behandlerne må ikke besøge patienten alene. (Teamet på 3 holder på skift ferie osv. for at sikre sig kontinuitet i behandlingen). Der er samme team på hospitalet og i distriktet.

Man taler også med stemmerne hos den psykotiske. Det blev bemærket, at når man først taler til stemmerne, stiller hv-spørgsmål - er det som om de forsvinder eller bliver ubetydelige. Stemmerne bruges af den psykotiske som et forsvarsværk mod noget, der er værre end døden. Her blev det understreget, at en patient der er psykotisk ikke er det hele tiden. Når det sker, spørges der også indtil, hvad der medførte denne forandring. (Det blev understreget, at patienten godt kan lide at høre, hvad behandlerne mener).

Behandlerne har forpligtelse til:

- At sørge for at adfærdsproblemer nævnes.
- Psykiateren har det afgørende ord i sidste ende. Men f.eks. så drøftes medicinering med patienten først og alle kan byde ind med deres holdning til behandlingsinitiativer.
- Ikke diagnosticerer med det samme.

Behandlerne har alle været igennem den familierapeutiske uddannelse og skal have erfaring med familiekrise terapi, have stor indlevelsesevne, innovation og tro på at dialog er vejen frem. Socialrådgivere er også ved at blive uddannet inden for området. Den skal betragtes som en multiprofessionel uddannelse for flere forskellige faggrupper også uden for psykiatrien.

Problem: Manglen på psykiatere, der skulle være 8, der er pt. 6.

Der er mulighed for at forældre kan få sygeorlov til at passe den unge.

Etiske udfordringer

Tilsynet rejste en del spørgsmål vedrørende de etiske udfordringer, der kunne ligge i en sådan model:

- Situationer hvor offer og voldsperson begge deltager i dialogen, hvorledes agerer behandlerne, hvordan sikres fortrolighed?
- Hvad gør man ved de aggressioner, der er mellem de forskellige parter? – De giver sjældent råd, men hvis patienten er meget farlig, så vil der ske indlæggelse.
- Bliver man ven med patienten?
- Relationen mellem netværket og behandlerne, kan den blive for tæt?
- Hvad med ensomme patienter? – Det er meget sjældent, at en patient ikke kender nogen. Der er altid nogen og måske er succesen for behandlingen, at det ikke er en storby, men oplandet er på 68.000 indbyggere, hvor 80 pct. bor tæt på hospitalet.
- Hvad med psykiatrien som tabu? – Hospitalet er tabubelagt, men ikke distriktspsykiatrien. Men modsat andre steder i Finland er holdningen nemmere at ændre her, da der ikke er så mange traditionalister i behandler-systemet.
- Hvem udover den psykisksyge kan være den mest syge? Ofte er det en helt anden end den psykisksyge, der har mest brug for behandling.
- Hvad hvis de professionelle er uenige under et møde? Så tales der åbent om det foran alle. I sidste ende er det psykiateren, der har beslutningskompetencen i henhold til loven på området.
- Hvorledes overdrages oplysninger til evt. nye behandlere, når der ikke må tales om patienten uden dennes tilstedeværelse. Der føres patientjournal.

Diagnoser, indlæggelse og resultater

Der forefindes alle diagnoser på hospitalet. Der er stadig mange kroniske patienter på hospitalet. Nogle har været der i over 20 år. I dag behandles de fleste i distriktspsykiatrien eller hjemme. (Der kan ikke anvendes tvang i eget hjem). Unge under 18 skal til hospitalet i Oulu.

80 pct. stopper med medicin efter 2 år. En behandling er ikke færdig før medicineringen er afsluttet. Det er meget få genindlæggelse i en 5 års periode. Antallet af psykotiske tilfælde er faldet fra 35:100.000 til 7:100.000.

Der foreligger en videnskabelig undersøgelse af, at majoriteten af psykiatriske patienter klarer sig bedre uden neuroleptika. Det er dog ikke muligt at få den publiceret.

Det var hospitalets opfattelse, at deres metode er billigere end almindelig psykiatrisk behandling eftersom behandlingstiden er kortere og uden de fordyrende indlæggelser.

Den 6. september 2006 om behandlingstilgangen på den psykiatriske afdeling i Vest Lapland

Tilsynet holdt møde på Kerupodas Hospital i Vestlapland om behandlingstilbuddene og baggrunden herfor med:

Psykolog Tapio Salo

Psykiatrisygeplejerske Reino Ukkonen

Behandlingstilbud

Den overordnede behandlingsstrategi er, at alle behandlingsformer skal være tilgængelige.

Baggrund for udviklingen i behandlingsformerne i Vestlapland

Fokus er en sammenhæng mellem den historiske udvikling i Finland siden 1800-tallet og op til i dag.

I 1800-tallet gik Finland fra at være en del af Sverige til at blive en del af det russiske imperium. Finland var relativt autonom under imperiumtiden og de demokratiske institutioner og forvaltningsstrukturer blev skabt den gang.

Borgerkrigen i 1917 til 1918 var traumatiserende men blev healet ved vinterkrigen i 1938 til 1939, hvor de kæmpede med nazisterne mod Rusland. Senere var krigen mod nazisterne, hvor de brugte den brændte jords teknik, så der var et land, der skulle opbygges bagefter.

I Vestlapland var der jord og arbejde til alle – et traditionelt bondesamfund.

Psykiatrien har fulgt den traditionelle udvikling de sidste 150 år fra indlæggelse på livstid til ambulantbehandling i dag. Men samtidig var der i i 1980'erne et stærkt politisk ønske om at videreudvikle psykiatrien i Vestlapland bl.a. også fordi der var en del arbejdspladser forbundet med området. Heldet for området var så også, at der kom en ung psykiater ved navn Jaakoloo.

Fokus var uddannelse – uddannelse og atter uddannelse. – Uddannelse til at tale naturligt med hinanden.

Resultatet af den ændrede behandlingsstrategi kan ses i afsnit 3. Her til skal bemærkes at max 30 af sengepladserne på hospitalet er akutsengepladser. Hertil skal endvidere bemærkes, at inden for de seneste 10 år har de ikke fået så mange ny kronikkere. (Kronisk er

defineret som 2 gange indlæggelse inde for 2 år.) De nye psykotiske tilfælde tages endvidere i opløbet med denne behandlingsform. Derved udvikles der ikke så mange egentlige skizofrenier.

Diagnoser er her også kun relevant i forhold til systemet, da tilførslen af ressourcer afhænger heraf.

Området har ikke særlige problemer med narko og flygtninge og indvandrere. Derudover er laplændinge anderledes end resten af det finske folk, de er mere sociale og snakkende. – Måske er det også forklaring på, at åben dialog giver så gode resultater her.

Hvilke værktøjer bruges under en samtale?

- Som behandler skal man være tæt på patienten og samtidig opretholde bevidstheden om, at man er den professionelle.
- Der bruges refleksion også behandlere imellem. Vi skaber et spejl for familien.
- Dialogen går ud på at fremme dialog og inkludere forandringer i såvel patient som familie.
- Alt diskuteres åbent.
- Vise familien, at man kan agere i kaos.
- At det er muligt at skifte behandlere, man er utryk ved. (Men det er vigtigt med de samme 3 behandlere især i en psykose. Opsamling sker via teammøder. Al opfølgning formidles til patienten på næste møde.)

Derudover er der selvfølgelig en masse konkret ting, der skal tages stilling til ved især første samtale, ex. sygeorlov, parterapi for forældrene, individuel terapi for patienten udover denne netværksbehandling. Evt. medicinsk behandling tages der også stilling til. Det hele i samtale med patienten og netværket.

Det er muligt for besøg efter 16.00, således, at det er muligt for så mange som muligt at deltage.

Rollefordeling blandt personalet

Det kan være vanskeligt for professionelt personale ikke at være eksperterne især for lægerne. Men i sidste ende har de behandlingsansvaret. Dog er proceduren således, at lægens beslutninger om evt. tvangsindlæggelse drøftes åbent i gruppen med såvel de andre behandlere som patient og familie.

Behandlingsformen skaber også mere selvværd i de forskellige personalegrupper, da alle er lige.