

### **Tid til det menneskelige**

v. Medlemmer af Folketingets paragraf 71 – tilsyn

(Inge-Lene Ebdrup (V), Karen J. Klint (S), Tina Pedersen (DF), Elsebeth Gerner Nielsen (RV) og Anne Bastrup (SF))

Stiger du på en bus i Lapland falder du straks i snak, fortæller chefpsykologen på Keropudas-Hospital i Vest Lapland. Laplændinge kan godt lide at snakke. Måske derfor er det også faldet naturligt at bruge dialogen som det vigtigste værktøj i behandlingen af psykisk syge i Lapland. Og det virker. På 10 år er antallet af skizofrenitilfælde faldet fra 35 pr.100.000 til 7! Den udvikling fik os – Folketingets paragraf 71-tilsyn – til at tage turen til polargrænsen. Vi ville ved selvsyn se og forstå, hvad det her med ”åben dialog” gik ud på. Efter 2 intense studiedage er vi hjemme igen, fyldt med ideer og lyst til at revolutionere hele det danske psykiatriske system. Ikke meget mindre! Et mønstersystem kunne bestå i:

- at enhver med en psykose i løbet af 24 timer kan komme i behandling
- at familie og netværk involveres mest muligt i behandlingen, selvfølgelig med den syges biligelse
- at behandlerne er de samme, uanset om patienten er hjemme eller indlagt
- at alle former for tvang begrænses mest mulig til fordel for omsorg og samtale
- at alle behandlere forpligtes til eksplicit at forklare, hvad de gør og hvorfor der f.eks. gives en bestemt medicin eller bruges tvang.
- at behandlerteamet i forhold til psykisk syge udvides med flere faggrupper, herunder psykologer
- at personalet løbende uddannes, således at alle efterhånden får suppleret deres kvalifikationer med en terapeutuddannelse.

Inspirationen til denne vision, hentede vi bl.a. under besøget i Vestlapland, hvor arbejdet med den ”åbne dialog” efterhånden har stået på i mange år.

Åben dialog er - som chefpsykologen på Keropudas udtrykte det - ”en måde at være i verden på”. Det lyder umiddelbart noget flyvsk og i alt fald umulig at benchmarke eller effektivisere. Men definitionen viser sig alligevel at være meget præcis. Åben dialog er en ny tilgang til psykisk sygdom. Udgangspunktet er, at psykotiske symptomer er patientens måde at beskytte sig mod noget, der er værre end døden. Sygdomsbehandlingen drejer sig derfor først og fremmest om at italesætte den del af patientens verden, som hidtil har været ordløs. Som der hidtil ikke har kunnet tales om. Måske fordi familie og venner ikke har kunnet eller villet tale om det syge i deres kære indre. Af samme grund indgår familie og evt. venner, naboer og kollegaer næsten altid i gruppe, som det psykiatriske behandler-system opretter omkring den enkelte patient. Gruppen vil ud over patienten og dennes netværk også et fagligt team bestående af en psykiater, en psykolog og en sygeplejerske eller anden fra behandlingsstedet. I gruppen taler man sig ind i og – oftest også - ud af patientens sygdom. De professionelle opgave består fortrinsvis i at få samtalen i gang; i at få patienten og netværket til at tale om det, de føler, sørger og tænker over. Samtalen kan strække sig over mange timer og mange møder. Empati og medfølelse synes således at være de vigtigste kvalifikationer, den professionelle skal være i besiddelse af. Altså evnen til at se mennesket bag sygdommen, herunder at se det som en del af de sociale relationer, vi alle skabes af og ikke kan være foruden.

Principperne i behandlingen på Keropudas Hospital består bl.a. i:

- at alle 68.000 borgere i det distrikt, som hospitalet dækker, døgnet rundt kan få fat i et menneske, der kan hjælpe dem – hvis de selv eller en af deres bekendte – bliver psykisk syg (psykotisk)
- at der kun tales om patienten, når patienten selv er til stede
- at der inden for 24 timer gennemføres et møde med den syge og dennes netværk
- at der aldrig gives neuroleptika ved det første møde, men at der kan ordineres beroligende medicin
- at alle behandlingsmuligheder efterfølgende kan bringes i anvendelse: indlæggelse, personlig terapi, gruppeterapi, medicinering med neuroleptika, tvangsbehandling mv.
- at der er samtalemøder så snart, der er behov. Møderne foregår på hospitalet eller hjemme.
- at det altid er det samme personale, som tager sig af patientens behandling.
- at alle i teamet er ligeværdige, men i sidste instans er det lægen, som står med det endelige ansvar

Tid er således en afgørende ressource i behandlingen. At der handles i tide og at der er tid nok til at lytte og tale. Når antallet af skitzofrenitilfælde er faldet så dramatisk, skyldes det fortrinsvis, at sygdommes tages i opløbet. At behandlingen kommer i gang, inden sygdommen når at blive kronisk. Det kræver selvfølgelig et meget fleksibelt system, dvs. et personale, der er parat til at rykke, så snart et menneske kommer ind i en psykose. Den tid har og tager man sig i Vestlapland. Succesraten er som sagt til at tage og føle på: Næsten ingen bliver længere kronisk syge; de fleste er medicinfrie efter 2 års behandling. Hertil kommer, at antallet af akut-sengepladser er nede på ca. 1 pr. 2400 indbyggere. I Danmark har vi til sammenligning 1 sengeplads på de psykiatriske hospitaler pr. 1500 indbyggere.

Mange danskere har allerede besøgt Keropuda og er - som vi forstår det - kommet tilbage med den samme positive oplevelse som os. Alligevel går det meget trægt med at gennemføre den åbne dialog som behandlingsmodel i det danske psykiatriske system. Sådan må det næsten være. Gennem mange år har man vænnet sig til at se på de psykisk syge som nogen, der lider af en biologisk/kemisk defekt. Og en sådan kurerer man næppe med snak, tænker vi uvilkårligt. Det mener de heller ikke i Lapland. Til gengæld er de også overbeviste om, at medicin ikke er nok. At blive rask er en kompleks proces, som kræver omgivelserne støtte og involvering.

I efteråret skal vi forhandle en ny psykiatriplan på plads. Det arbejde går vi klogere ind i, efter studieturen til Lapland. Vi er overbeviste om, at vores hovedindsats bør bestå i at skabe grobund for et behandler-system med TID til det enkelte menneske. Tid til at snakke. Tid til at lytte. Sådanne også til de "stemmer", som mange psykotiske slås med. Stemmer, der måske bliver ligegyldige, hvis de får lov at blive en del af den fælles samtale.

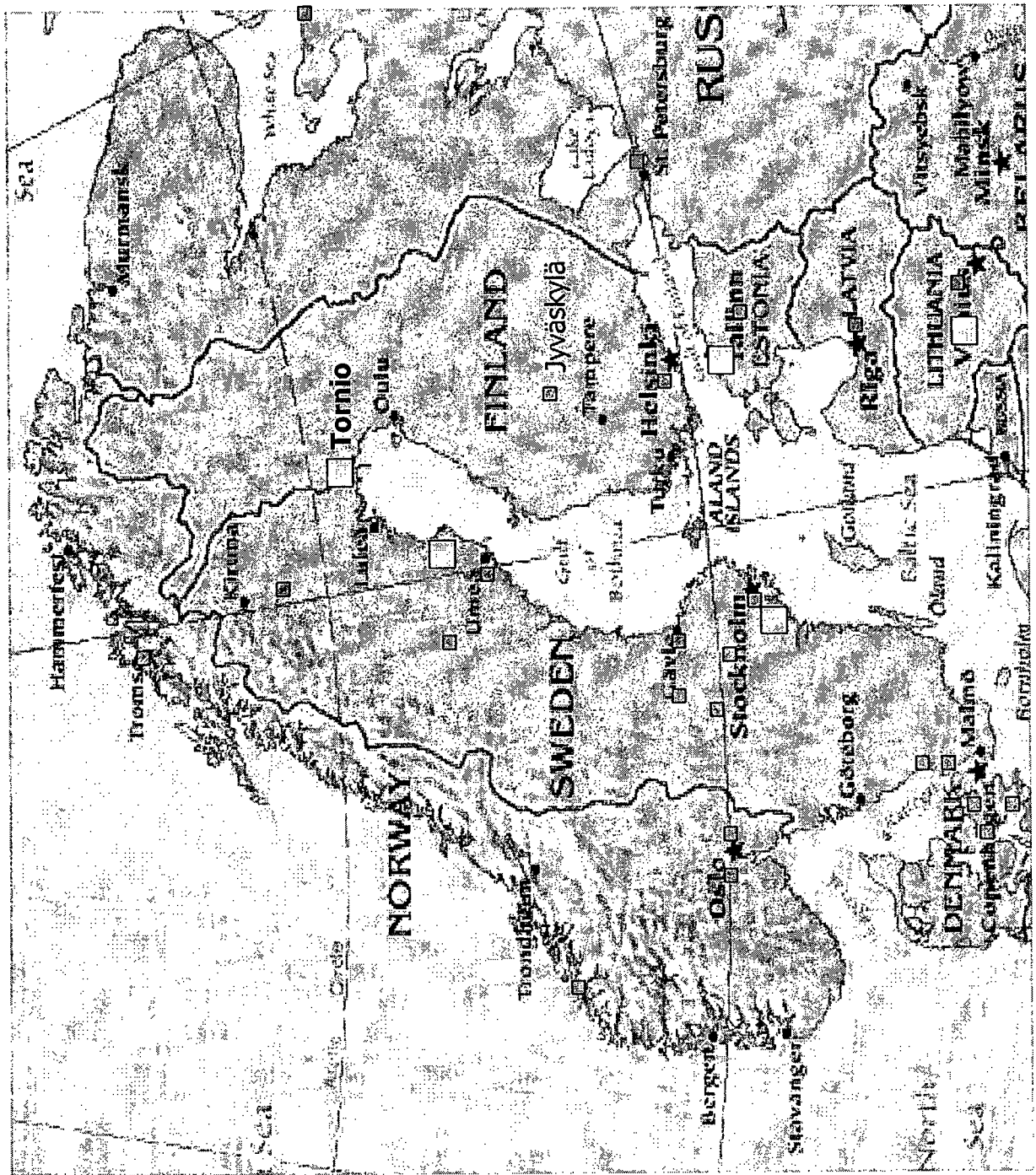
Vi ønsker at være med til at skabe en ramme for behandlingen af psykisk syge, som sikrer, at den enkelte betragtes som et helt menneske, der hele tiden indgydes håb og tro. Herunder håb om, at det kan lade sig gøre at blive rask. Eller i alt fald at få det bedre.

....

Paragraf 71-tilsynet bliver tit omtalt som Folketingets psykiatriudvalg. I sit daglige arbejde fører udvalget bl.a. tilsyn med psykisk syge, der udsættes for tvang.

**OPEN DIALOGUE:**  
**Systemic community**  
**crisis work**





# Origins of open dialogue

- ◆ Initiated in Finnish Western Lapland since early 1980's
- ◆ Need-Adapted approach – Yrjö Alanen
- ◆ Integrating systemic family therapy and psychodynamic psychotherapy
- ◆ Treatment meeting 1984
- ◆ Systematic analysis of the approach since 1988 – “social action research”
- ◆ Systematic family therapy training for the entire staff – since 1989 (continuing)

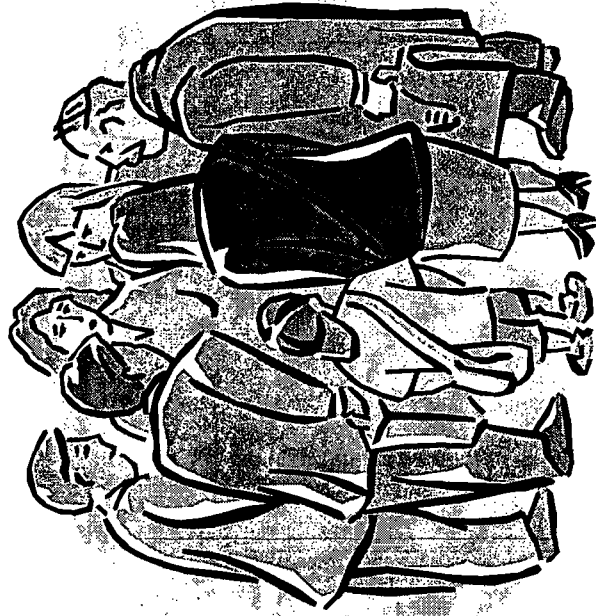
# **MAIN ELEMENTS OF OPEN DIALOGUE**

- 1. Dialogue**
- 2. Network perspective**
- 3. Principles of work**



# 1. Open Dialogue

- Dialogue is important through the whole organisation
- The non-hierarchical and respectful atmosphere
- Everyone's voice should be heard in all situations, both in the treatment meetings and in other discussions



## MAIN ELEMENTS OF OPEN DIALOGUE

The basic element of the treatment is **“Treatment meeting”**, where patient, family and network and also the case specific team together

**in dialogue** are finding new understanding about the whole situation and the needed treatment.

Also difficult issues are discussed as openly as possible.





# **MAIN ELEMENTS OF OPEN DIALOGUE MEETINGS/1**

- ◆ Everyone participates from the outset in the meeting
- ◆ All things associated with analyzing the problems, planning the treatment and making decisions are discussed openly and decided while everyone present



## **MAIN ELEMENTS OF OPEN DIALOGUE/2**

- ◆ Themes for dialogue are not planned in advance
- ◆ Form of dialogue is not planned in advance



## **MAIN ELEMENTS OF OPEN DIALOGUE/3**

- ◆ The emphasise in generating dialogue
  - not primarily in promoting change in the patient or in the family
- ◆ The aim is to build up new words and new joint language for those experiences, which do not yet have words



## MAIN ELEMENTS OF OPEN DIALOGUE/4

- ◆ Every team member participates in interviewing during the meeting
- ◆ Task for the team is to open the meeting with open questions; to guarantee every voice becoming heard; to build up a place for reflective comments among the professionals; to conclude the meeting with definition of what have we done.



## **MAIN ELEMENTS OF OPEN DIALOGUE/5**

- ◆ Professionals discuss openly of their own observations and thoughts while the network is present
- ◆ There is no specific reflective team, but the reflective conversation is taking place by changing positions from interviewing to having a dialogue



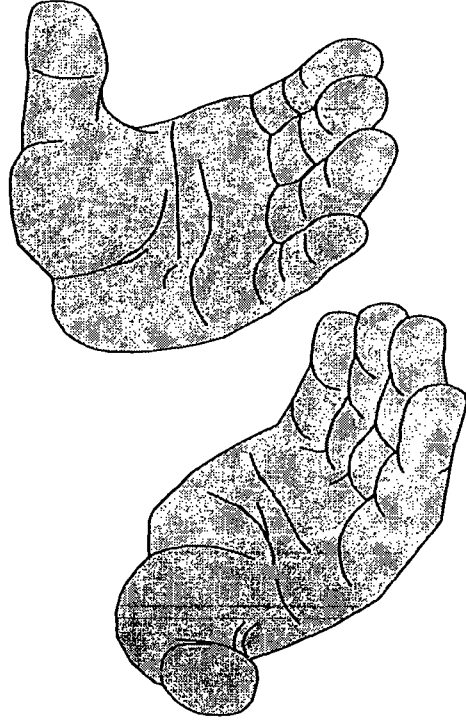
## MAIN ELEMENTS OF OPEN DIALOGUE/6

- ◆ In the conversation the team tries to follow the words and language used by the network members instead of finding explanations behind the obvious behavior
- ◆ Uncertainty is tolerated and immature and rapid conclusions and decisions are avoided



# Uncertainty

- The most difficult but most important in the meeting
- The team is needed to tolerate uncertainty and anxiety



## **TOLERANCE OF UNCERTAINTY**

- ◆ To build up a scene for a safe enough process
- ◆ To promote the psychological resources of the patient and those nearest him/her
- ◆ To avoid premature decisions and treatment plans
- ◆ To define open

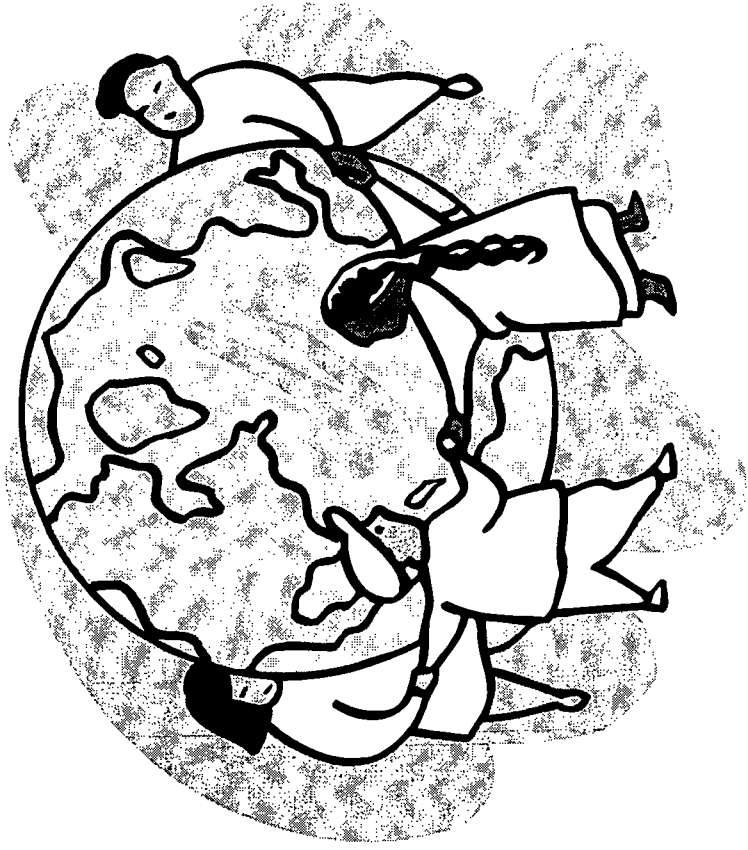




**Anxiolytics if needed**

## 2. Network is needed

- The family and network are invited from the first beginning
- Family and network is the resource and not object of the treatment



## **SOCIAL NETWORK PERSPECTIVE**

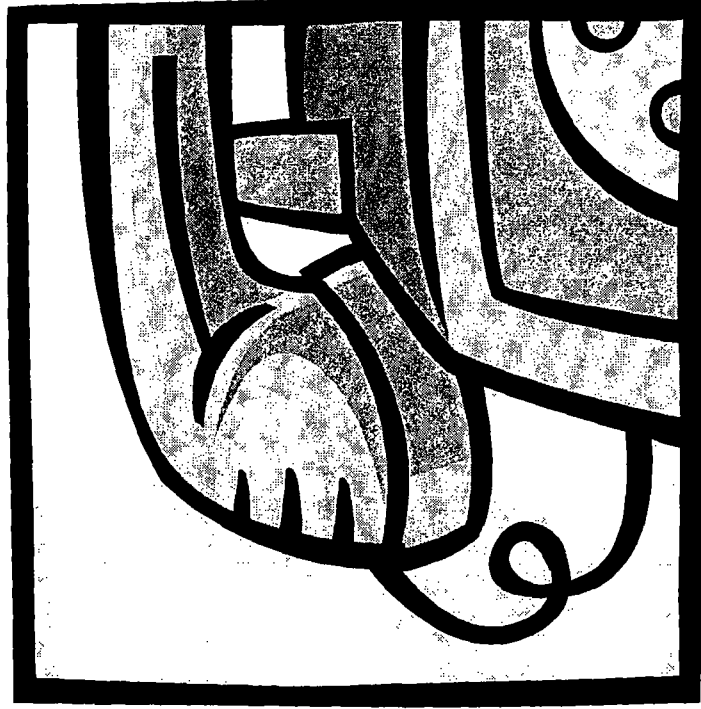
- ◆ Those who define the problem should be included into the treatment process
- ◆ A joint discussion and decision on who knows about the problem, who could help and who should be invited into the treatment meeting
- ◆ Family, relatives, friends, fellow workers and other authorities



# Principles of work

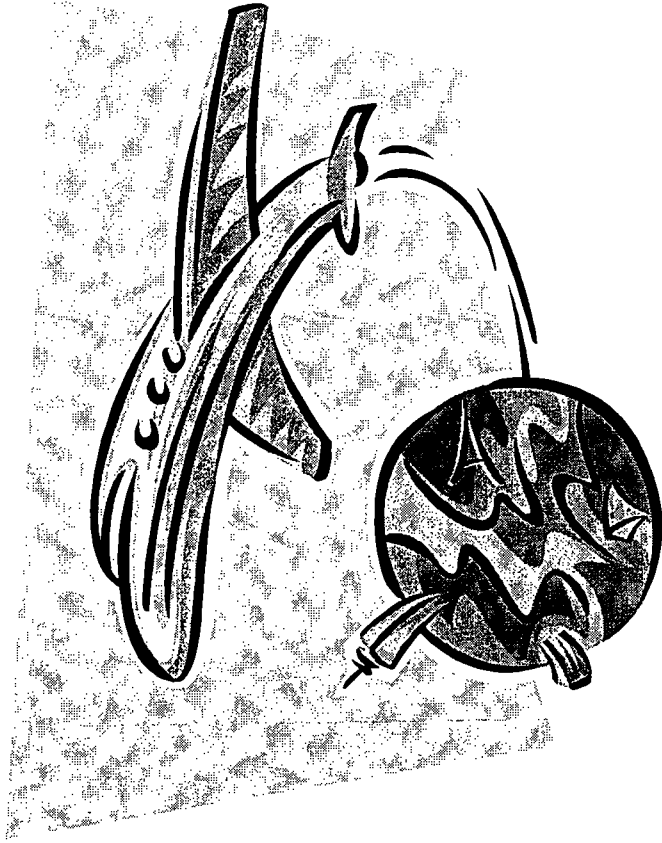
## First contact

- The written referrals are not needed
- A phone call is the most usual way to contact our policlinic
- Patient himself, family member, school nurse or social worker usually contact us



# 1. Immediately

- The first meeting is arranged in 24 hours
- There is always a crisis in the network if they contact psychiatry
- The crisis facilitates changes



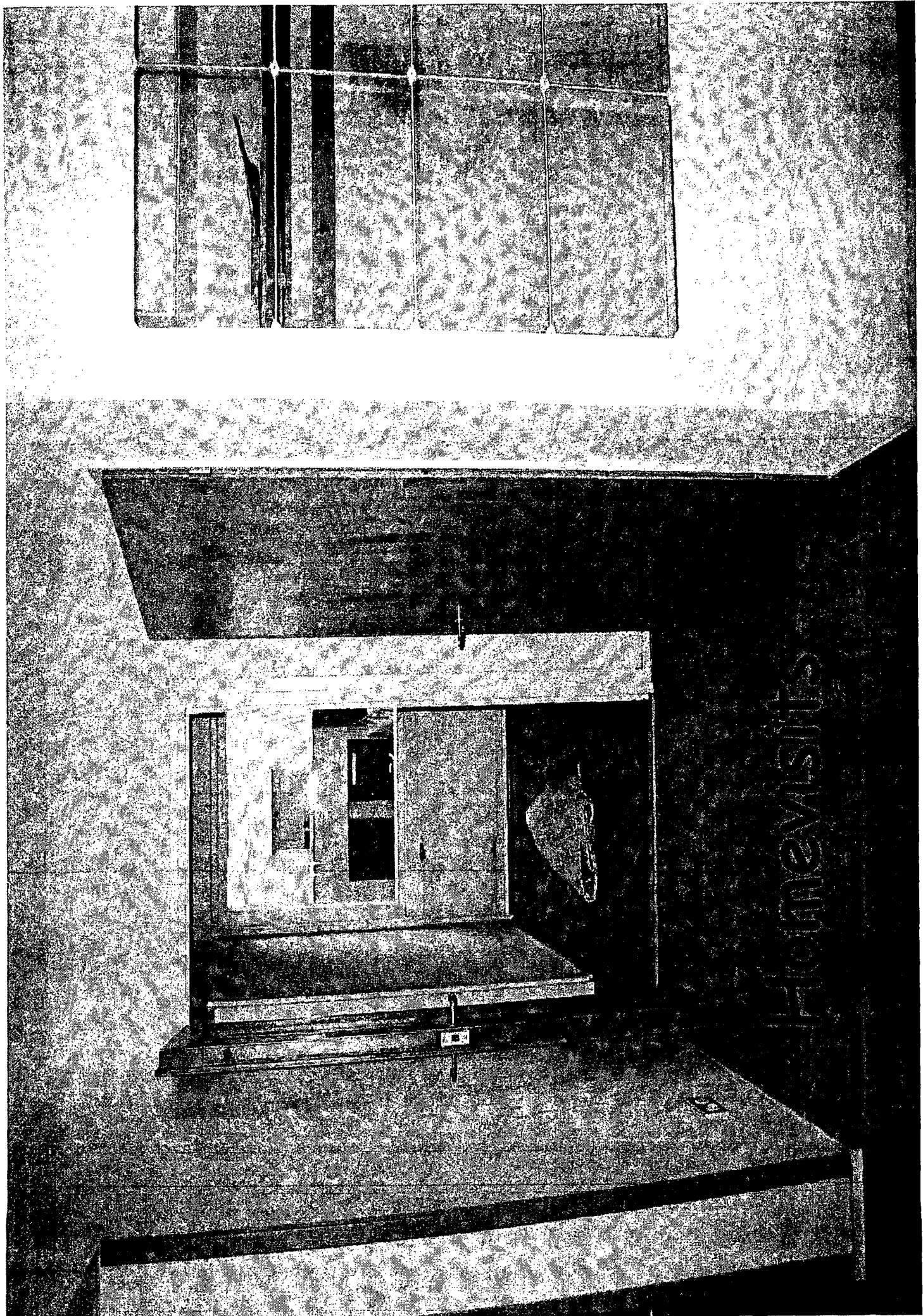
## **IMMEDIATE HELP**

- ◆ First meeting in 24 hours
- ◆ Crisis service for 24 hours
- ◆ All participate from the outset
- ◆ Psychotic stories are discussed in open dialogue with everyone present
- ◆ The patient reaches something of the “not-yet-said”





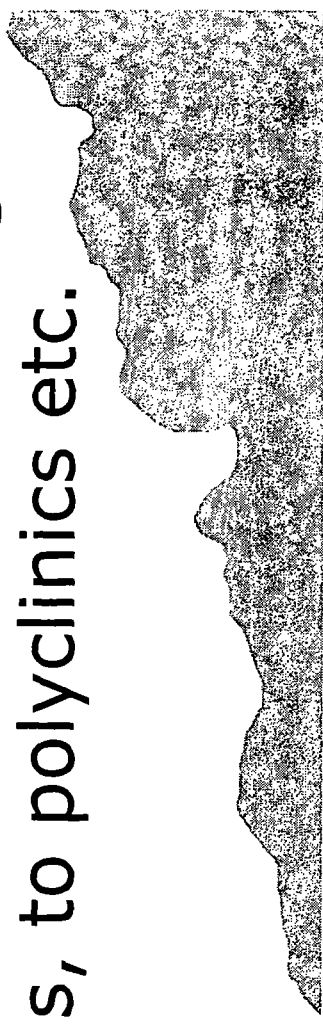
flex





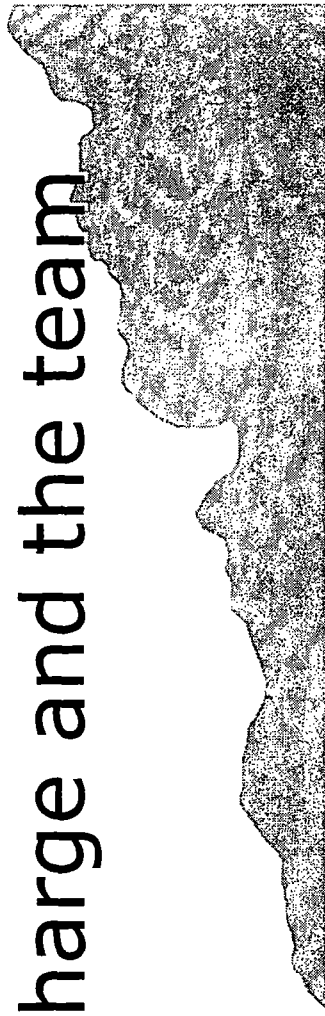
## 2. FLEXIBILITY AND MOBILITY

- ◆ The response is need-adapted to fit the special and changing needs of every patient and their social network
- ◆ The treatment meetings are arranged as often as needed
- ◆ The place for the meeting is jointly decided
- ◆ From institutions to homes, to working places, to schools, to polyclinics etc.

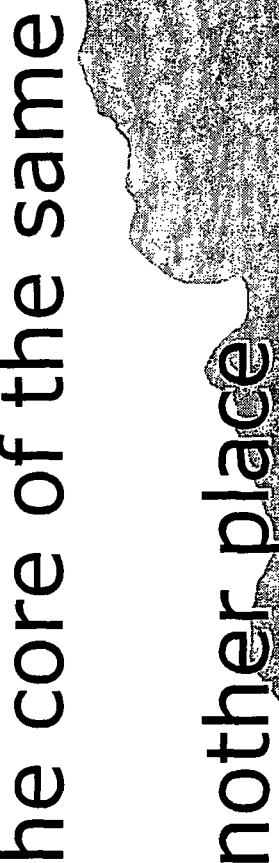


### 3. RESPONSIBILITY

- ◆ The one who is first contacted is responsible for arranging the first meeting
- ◆ The team takes charge of the whole process regardless of the place of the treatment
- ◆ All issues are openly discussed between the team members also the doctor in charge and the team



## 4. PSYCHOLOGICAL CONTINUITY

- ◆ An integrated team, including both outpatient and inpatient staff, is formed
  - ◆ The meetings as often as needed
  - ◆ The meetings for as long a period as needed
  - ◆ The same team both in the hospital and in the outpatient setting
  - ◆ In the next crisis the core of the same team
  - ◆ No reference to another place
- 

**NUORISOPSYKIATRIAN  
POLIKLINIKKA**

► Riitta-Liisa Heikkinen  
sairaanhoitaja,  
psykoterapeutti

Kauppakatu 25  
94100 KEMI

Puh: 016 - 243 600  
040 - 836 91 49

Email: riitta-liisa.heikkinen@lpshp.fi

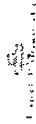


Lääkäriliiton shp

**NUORISOPSYKIATRIAN  
POLIKLINIKKA**



Timo Haaranieni  
sairaanhoitaja



Lääkäriliiton shp

Kauppakatu 25  
94100 KEMI

Puh: 040-8309868

Email: timo.haaranieni@lpshp.fi

**NUORISOPSYKIATRIAN  
POLIKLINIKKA**



Sirkku Makkula  
sairaanhoitaja,  
psykoterapeutti

Kauppakatu 25  
94100 KEMI

Puh: 016 - 243 600  
040 - 836 91 49

Email: sirkku.makkula@lpshp.fi

Same team  
continues

## **MAIN PRINCIPLES**

- ◆ **IMMEDIATE HELP**
- ◆ **SOCIAL NETWORK PERSPECTIVE**
- ◆ **FLEXIBILITY AND MOBILITY**
- ◆ **RESPONSIBILITY**
- ◆ **PSYCHOLOGICAL CONTINUITY**
- ◆ **TOLERANCE OF UNCERTAINTY**
- ◆ **DIALOGISM**



## 5 years follow-up of Open Dialogue in Acute psychosis

- ◆ 01.04.1992 – 31.03.1997 in Western Lapland, 72 000 inhabitants
- ◆ Starting as a part of a Finnish National Integrated Treatment of Acute Psychosis –project of Need Adapted treatment
- ◆ Naturalistic study – not a randomized trial
- ◆ Aim 1: To increase treatment outside hospital in home settings
- ◆ Aim 2: To increase knowledge of the place of medication – not to start neuroleptic medication in the beginning of treatment but to focus on an active psychosocial treatment
- ◆ N = 90 at the outset; n=80 at 2 year; n= 76 at 5 years
- ◆ Follow-up interviews as learning forums

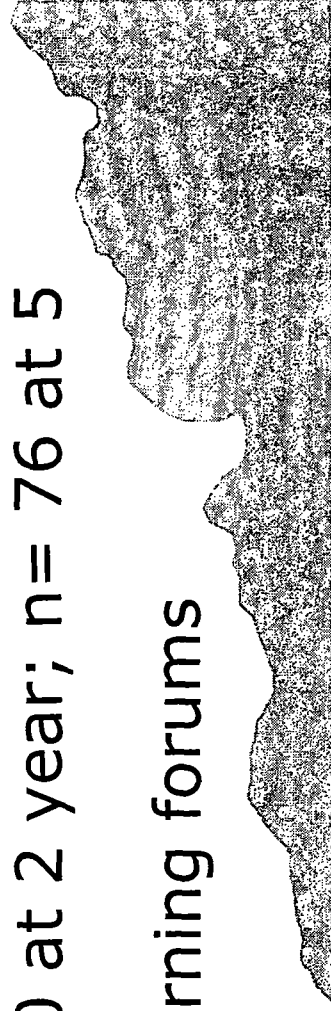
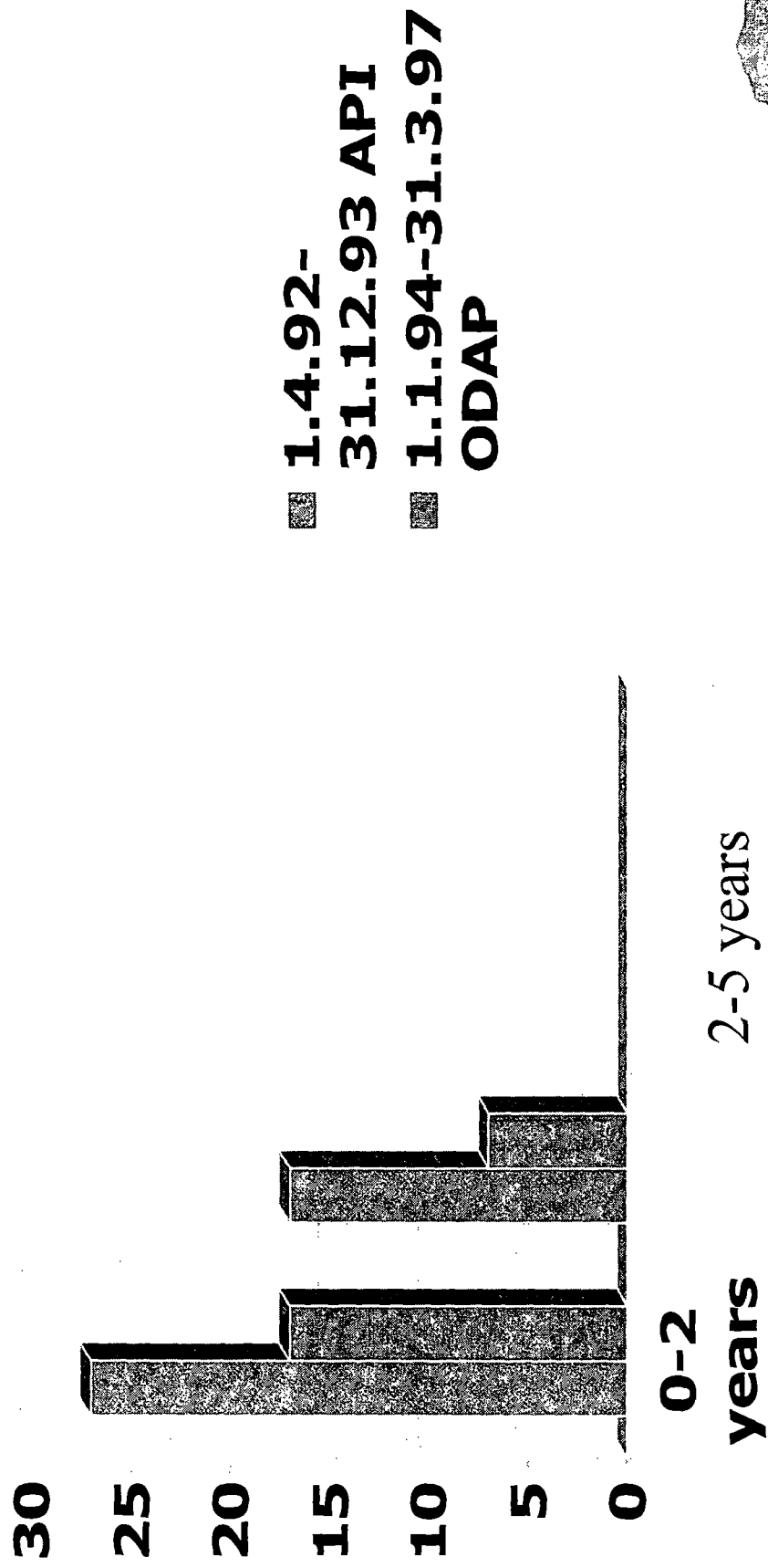


Table 1. Characteristics of the patients at the baseline (N=80)

	Male	Female	Total
Age (mean)	26.9	25.9	26.5
Employment status			
Studying	12	12	24 30%
Working	27	11	38 48%
Unemployed	7	2	9 11%
Passive	4	5	9 11%
Diagnosis (DSM-III-R)			
Brief psychotic episodes	12	7	19 23%
Nonspecified psychosis	8	6	15 18%
Schizophreniform psychosis	9	8	17 21%
Schizophrenia	20	10	30 38%

# OPEN DIALOGUE IN ACUTE PSYCHOSIS

Figure 1. Means of hospital days at 2 and 5 years follow-ups





# OPEN DIALOGUE IN ACUTE PSYCHOSIS

Table 3. Psychotic symptoms at 5 year follow-up compared to neuroleptic medication during the first 2 years/ %

Neuroleptics	Rating of symptoms				Total
	0	1	2	3	
Not used	85	9	3	3	100
Used or cont.	58	17	8	17	100
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Chi-square 5.93; df=3; p=.145 (NS)



# OPEN DIALOGUE IN ACUTE PSYCHOSIS

Table 4. Relapses compared to use of neuroleptics during the early phase of the treatment

P	Neuroleptics		Total/%	Chi-sq.
	Not-used	Used		
Relapses 0-2 years	56	7	63/ 82	8.97;3 .030
At least 1	9	5	14/ 18	
Relapses 2-5 years	47	9	56/ 73	2.96;2 ns
At least 1	16	3	19/ 27	

Total number of relapse cases 28%

# OPEN DIALOGUE IN ACUTE PSYCHOSIS

**Table 5. Employment status at 2 and 5 years follow-up/ %**

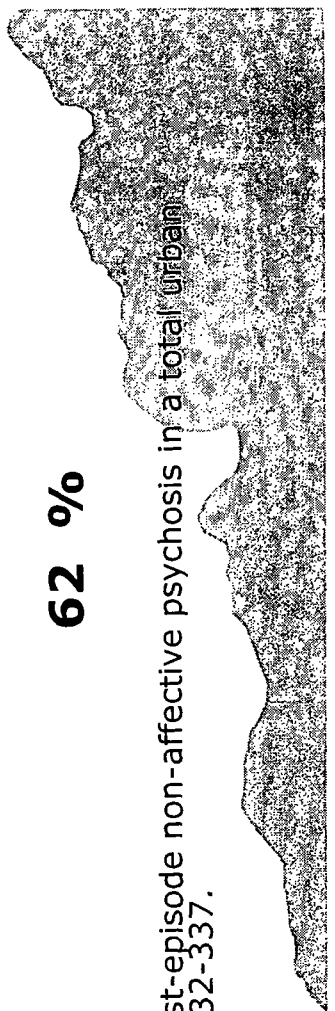
	<b>2 years (N=79)</b>	<b>5 years (N=73)</b>
<b>Studying</b>	<b>28</b>	<b>19</b>
<b>Employed</b>	<b>42</b>	<b>55</b>
<b>Unemployed and job-seeking</b>	<b>14</b>	<b>7</b>
<b>Disability allowance or passive</b>	<b>16</b>	<b>19</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



# COMPARISON OF 5-YEARS FOLLOW-UPS IN WESTERN LAPLAND AND STOCKHOLM

	ODAP Western Lapland 1992-1997 N = 72	Stockholm* 1991-1992 N=71
<b>Diagnosis:</b>		
Schizophrenia	59 %	54 %
Other non-affective psychosis	41 %	46 %
Mean age years		
female	26.5	30
male	27.5	29
Hospitalization days/mean	31	110
Neuroleptic used	29 %	93 %
- ongoing	17 %	75 %
GAF at f-u	66	55
Disability allowance or sick leave	19 %	62 %

♦ \*Svedberg, B., Mesterton, A. & Cullberg, J. (2001). First-episode non-affective psychosis in a total urban population: a 5-year follow-up. *Social Psychiatry*, 36:332-337.



**Family therapy and  
Open dialogue training  
as workplace learning in  
Western Lapland**

**Years 1989 - 2006**

# Needs for Training

- Treatment from Hospital to Homes
- Open Dialogue Research and Theory
- Personal Competence
  - to tolerate not – knowing position
  - to tolerate anxiety
  - to trust dialogue and social network

# Multiprofessional training for:

- Mental nurses, psychiatrist nurses  
psychologists, social workers, psychiatrists
- From different workplaces; from different organisations
- Altogether 100 people has been trained in our area, all working in public health care
- Now the training group is from the whole Lapland
- 11 persons can be trainers ( 6 years training in family therapy) and two are individual psychotherapy trainers

# Methods of training

- Three years training schedule
- Theory: from family therapies to open dialogue and network
- Supervision in family situations and reflections
- Autobiography of participants
- Integration of individual therapy
- Readings: articles and novels
- Individual final thesis



# The Impact of Training

## Needs

- Open Dialogue Research and Theory
- Personal competence and satisfaction:
  - to tolerate not – knowing position
  - to tolerate anxiety
  - to trust dialogue and social network's help
- Treatment from Hospital to Homes

## Evaluation

- Open dialogue model
  - expanded
  - maintained
  - developed
- Personal job satisfaction and trust to their competence
- From Hospital to outpatient treatment also in severe situations  
(humanism and economy)

# Open Dialogue training

- For the new workers in psychiatry
- Theory, supervision and work practice  
( a new workplace learning model)
- One year training
- With partnership of Oulu city now:
  - 8 participants from our organisation and
  - 10 from Oulu city psychiatry
- Workplace learning and finance

# Open dialogue training

- Open dialogue theory and practice
- Crisis orientation in all situations
- Integration of different treatments
- Network theory

- Teoriaopetus 200 t
- Suora työnhajaus pienryhmissä 120 t
- Koulutuspsykoterapia 60 t
- Kirjallinen lopputyö 60 t
- Erityisseminaarit 80 t
- Perheterapiatyöskentely 360 t

1984 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03

TREATMENT MEETINGS TOGETHER WITH THE PATIENT AND HIS SOCIAL NETWORK, YOU ARE ALLOWED TO SPEAK ABOUT THE PATIENT OR THE FAMILY WHEN THEY ARE PRESENT

THE FIRST TREATMENT MEETING IMMEDIATELY BEFORE THE POSSIBLE REGISTRATION IN THE HOSPITAL

MOBILE STAFF GROUPS FOR EACH PATIENT WITHIN THE POLICLINIC

MOBILE GROUPS FOR EACH PATIENT/FAMILY IS THE COMMON PRINCIPLE IN THE WHOLE AREA

THE STAFF STUDIES THE PSYCHOTHERAPY OF SCHIZOPHRENIA AND FAMILY THERAPY

THE FIRST OFFICAL QUALIFICATIONS IN THE FAMILY PSYCHOTHERAPY: 7 THERAPISTS GRADUATE IN LEVEL 1

THE FIRST FAMILY-THERAPY TRAINING PROGRAM WITHIN THE TREATMENT-ORGANISATION: 21 THERAPISTS IN LEVEL 1

THE SECOND FAMILY-THERAPY PROGRAM : 24 THERAPISTS IN LEVEL 1 AND 8 FAMILY-THERAPY THERAPISTS IN LEVEL 2

THE THIRD FAMILY-THERAPY PROGRAM : 16 THERAPISTS IN LEVEL 1

THE FOURTH FAMILY-THERAPY PROGRAM: 24 THERAPISTS INTEGRATED EDUCATION

6 THERAPISTS GRADUATE IN INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY IN LEVEL 1

THE FIRST INDIVIDUAL PSYCHO-THERAPY PROGRAM 21 STUDENTS

3 THERAPISTS GRADUATE IN INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY IN LEVEL 2

BEDS IN THE HOSPITAL

58

90

72

66

63

55

4

## Program for § 71-tilsynets studietur til Lapland den 5. og 6. september 2006

### Tirsdag den 5. september 2006 (alle tider er lokaltider)

8.00: Tjek in i Københavns lufthavn terminal 2 (sekretariatet er ved tjek in fra kl. 7.45).

9.00: Afgang fra København – til Helsinki med AY 0662.

12.45: Afgang Helsinki – til Kemi/Tornio med FC 0373.

13.55: Ankomst Kemi/Tornio lufthavn. Efter afhentning af bagage afventer en chauffør uden for (med skilt), der vil køre tilsynet til Keropudas Hospital.

14.30 – 17.00: Møde på Keropudas Hospital i Tornio.

På mødet introduceres:

- Vest Laplands distrikt.

- Hospitalets behandlingsmodel inden for psykiatrien – Open Dialogue in Phychosis/Psychiatry.

*Mødedeltagere:*

Chefpsykiater professor dr. Birgitta Alakare

Psykolog Kauko Haarakangas

Psykiatrisygeplejerske Riitta-Liisa Heikkinen.

(Direktør for Vest Laplands Central Hospital Riitta Lousujärvi, deltager sandsynligvis også i mødet).

Der serveres kaffe under mødet.

**17.00:** Afgang til - og tjek in på hotellet

Hotel Kaupunginhotelli/Stadshotellet

Itäranta 4

Tlf. + 358 016-43311

Fax + 358 016-482920

E-mail: [kristiina.laiho@tornionkaupunginhotelli.fi](mailto:kristiina.laiho@tornionkaupunginhotelli.fi)

Der er reserveret 7 enkeltværelser med morgenmad, prisen er inklusiv morgenmad 106 euro, som betales af sekretæren ved afrejse.

**18.30: Afgang til middag**

Tilsynet er vært ved en middag på restaurant Kattilakoski Gastronomi

Tlf: + 46 (0) 927 – 510 13

**22.00: Afgang til hotellet fra restauranten**

(Tiderne er finsk tid, men restauranten ligger på den anden side af grænsen til Sverige, som er en time "bagud".)

**6. september 2006**

**8.30:** Tjek ud fra hotellet. Bagagen medbringes til mødet på hospitalet.

**8.45:** Afgang til Keropudas Hospital i Tornio

**9.00 – 12.00:** Møde på Keropudas Hospital i Tornio

1. En nærmere gennemgang af behandlingsmetoden Open Dialogue in Phychosis/Psychiatry.

2. Introduktion til behandlingsmøderne.

3. Der vil være mulighed for at deltage i et behandlingsmøde. Der arbejdes endvidere på at arrangere en mulighed for at komme med på et hjemmebesøg.

*Mødedeltagere:*

Psykolog Tapio Salo

Psykiatrisygeplejerske Reino Ukkonen

Psykiatrisygeplejerske Pia Husso.

**12.00 – 13.00** Frokost på Keropudas Hospital.

Hospitalet er vært.

**13.00** Afgang til lufthavnen Kemi/Tornio.

**13.45:** Tjek in i Kemi/Tornio.

**14.15:** Afrejse til København over Helsinki med FC 0374.

**17.00:** Tjek ind tid i Helsinki til København.

**17.45:** Afrejse til København med AY 0667.

**18.25:** Ankomst København.



**Deltagerliste til § 71-tilsynets studietur til Lapland den 5. og 6. september 2006:**

Inge-Lene Ebdrup (V)

Karen J. Klint (S)

Tina Pedersen (DF)

Elsebeth Gerner Nielsen (RV)

Anne Baastrup (SF)