



DEI BESTE HJELPARANE: Ved den tiande innlegginga møtte Inger-Mari Eidsvik ein annleis psykiatri. Ho vart frisk etter kort tid. (Ill.foto: www.colourbox.com).

-Lat ikkje psykiatrien påføre traumer til enda ein generasjon

Inger-Mari Eidsvik kjem no med forslag til korleis Bent Høies medisinfrie post kan innrettast. Sjølv har ho lang erfaring på begge sidene av hjelpeapparatet.

Inger-Mari Eidsvik
Barnevernspedagog (ik@mimer.no)

I november 2015 sende Helseminister Bent Høie eit skriv til alle helseregionane, der han påla dei å starte opp eit medisinfritt behandlingalternativ i sine områder. Dette skal skje ved ein post på eit DPS og vere i drift innan 1. juni 2016.

Pålegget om eit medisinfritt behandlingalternativ kjem mellom anna etter press frå «Fellesaksjonen for medisinfrie behandlingsforløp», bestående av brukarorganisasjonane Aurora, Hvite Ørn, LPP, Mental Helse og WSO.

Klare råd om medisinfritt tilbod

Med ti tvangsinnleggingar bak meg, ni rundar med tvangsmedisinering og isolat, samt eit langt yrkesliv der eg har jobba med menneske som slit med rus og psykisk sjukdom, ønsker eg å gi nokre råd om kva eit medisinfritt tilbod bør vere.

Det er viktig for meg å meine noko om dette. Eg er nemleg redd for at det kan bli eit «kvasiprojekt», der psykiatrien kan formidle at dei gjorde eit forsøk, men at det dessverre ikkje fungerte.

Skal det fungere, må den etablerte medisinske psykiatrien utfordrast både når det gjeld forståing av kva psykose er, og ein må tenkje terapeutisk om rammetilhøve, fagleg innhald og måten ein ivaretek personalet på. Det er desse forholda eg vil utdjupe i det følgjande.

Inger-Mari Eidsvik, forfatter av denne artikkelen på NAPHA's kunnskapsbase

- Er utdanna barnevernspedagog, har første og andre avdeling i spesialpedagogikk, SEPREP (Psykiatriutdanning med vekt på relasjonen som redskap), og vidareutdanning i veiledning og i leiing og administrasjon).
- Har vore medlem av krise og omsorgsteam i kommune i mange år.
- Har røyntle som ansattrepresentant i eit helseforetak.

Forståing av psykose

I kampen for å få medisinfrie behandlingalternativ har psykosepasientar stått i fokus, sidan desse i dag i stor grad blir medisinert med nevroleptika. Etter mi erfaring og vurdering er dette ein type medisin som legg lokk på den krafta som er i pasienten sjølv, og slik hemmar tilfriskning.

Sjølv om symptoma vert dempa på kort sikt, kan eit medikamentelt behandlingsregime, slik vi har det i dag, føre til at lidinga blir kronisk på lengre sikt.

Ein person i psykose er eit menneske som i følge Svein Haugsgjerd «mangler toleranse for frustrasjon på grunnlag av en mangel på et stabilt, trøstende indre objekt eller en mangel på psykisk hud i Esther Bicks forstand. Dette fører til hypertrofi av de schizoide mekanismene eller en utvikling av en second skin-dannelse som erstatning, med sviktende evne til å tåle depresjon og angst som følge.» (Haugsgjerd 1983, s. 76).

Å leve vidare etter eit indre jordskjelv

Han nemner og at det å leve med å ha vore psykotisk, er som å leve vidare etter eit indre jordskjelv – ei erfaring som vil leve med ein resten av livet.

Denne forståinga av psykose gjev mening for meg, og den ligg til grunnlag for det eg skriv. For meg vil medisin aldri kunne bli eit stabilt indre trøstande objekt. Medisin kan heller aldri gi meg den huda i psykologisk forstand, som eg trenger for å leve livet mitt utanfor institusjon. Dette kan eg berre få i relasjon til andre menneske gjennom møter i trygge rammer - møter som gjev grunnlag for vekst, undring og utvikling. Skal dette fungere må rammene fungere terapeutisk.

Må ikkje ha isolasjon og isolat

I brevet frå Høie er det klare føringar: Ein skal nytte ein DPS-post i regionen. Haugsgjerd gjorde seg erfaringar frå arbeidet han leia ved Kastanjabakken. Han er klar på at avdelinga ikkje må vere for stor. Dette tenker eg er klokt om ein skal få til eit godt miljø for pasientar og personalet.

Mi vurdering er at ein ikkje bør overstige 8-10 pasientar. Det må også vere tilhøve for god skjerming for alle pasientane. Skjerming betyr at pasienten kan trekke seg tilbake ved behov. Det å vere psykotisk byr på mange inntrykk, og det kan vere godt å ha høve til å trekke seg tilbake. Men skjerming skal ikkje bety isolasjon og isolat slik det er vanleg i behandling av psykotiske pasientar i dag.

Steng ikkje pasienten inne med makt

Ved skjerming trekker pasienten seg sjølv tilbake, gjerne etter ei drøfting med personalet, om det er behov for dette. Pasienten sjølv bestemmer i kva posisjon personalet skal vere. Om personalet skal gi trygghet ved å sitte inne med pasienten, eller om ein skal gå til og frå rommet, eller sitte utanfor ei åpen dør.

Personalet skal ikkje gjere slik praksisen er i dag: Å stenge inne pasienten med makt. Personalet sit då på utsida av døra og stenger denne. Dette er isolasjon og medfører ikkje anna enn at pasienten blir desperat og urolig – og på sikt resignerer. I tillegg er det fornedrande og gjer pasienten liten.

Ved akutt psykose er høve til skjerming kanskje det viktigaste. Dette gjev pasienten vern mot å blamerer seg i miljøet, samt ro til å bearbeide og ta imot alle inntrykka ein får i psykoson. Ein slik post vil derfor kreve god og høg bemanning.

Må kunne gå ut

Det må også vere rom for å gå ut. I dag får psykiatriske pasientar i ei akutfase ofte ikkje utgang på fleire dagar eller veker. Draumen er ein post på bakkenivå, med utgang rett frå avdelinga. Gjerne rett ut på ein terrasse - i naturskjønne omgivelser. Det må og vere rom for å røyke under tak.



INGER-MARI EIDSVIK: -Sjølv har eg alltid vore medisinfri på utsida av psykiatrien, til tross for klare råd om å ta nevroleptika. Eg har levt eit rikt og godt liv, til tross for psykiatrien.

Aktuelt

Artikkelen er også publisert på erfaringskompetanse.no

Mange psykiatriske pasientar røyker, og det er ikkje i denne situasjonen at ein skal starte med røykeslutt. Og sjølv sagt skal pasienten sjølv ha kontroll på eigen røyk. Å avgrense røyk til ein gong i timen, eller liknande er ledd i eit behandlingsregime som eg ikkje trur på i møte med menneskjer.

Fysisk aktivitet og kreativitet

Det bør og vere tilrettelegging for fysisk aktivitet: Lengre spaserturar, lett jogging, svømming, fjellturar og anna trening, og eventuelt kontakt med dyr. Det å slite seg ut fysisk er viktig i ein akutfase, og kan gi betre søvn hos pasienten. I dag er ofte pasienten innesperra på eit rom døgnet rundt, og det er minimalt med fysisk aktivitet.

For mange pasientar kan det vere viktig med tilbod om kreative aktiviteter. Ein kan gjennom teining, maling, skrivning eller andre aktiviteter uttrykke det ein ikkje klarer å sette ord på. Kreative aktiviteter kan fremme vekst i forståelsen for den enkelte pasient. Det bør derfor vere eit breitt spekter av ulike tilbod innanfor posten, og tilbod av høg kvalitet. Det krev kompetent personale.

Psykosjen formidlar noko av pasientens historie

Etter å ha opplevd psykose og jobba tett opp mot pasientar som har vorte/ har vore psykotiske er det mi overtyding at ein må finne fram til ei forståing frå det førspråklege stadiet i pasienten sitt liv. Psykose har mange bilder, og det kan vere vanskelig å finne ord. Det kan vere sorg i familien, brotne relasjonar eller anna. Mi tru er at psykosa som uttrykk formidlar noko om sårbarheita til pasienten frå tidlege år.

Dette er det ein må jobbe med i psykoterapi over tid. Ein jobb som kan startast opp inne i posten, eventuelt ute etter utskrivning. Likedan har pasienten behov for terapi for å forstå, og leve med det psykosa har gitt. Eit indre jordskjelv, men og mange bilder og inntrykk som det tek lang tid og sjå og analysere for vidare vekst.

Om dette ikkje blir teke tak i og jobba med, vil pasienten kunne bli i eit vakum der mangel på forståelse gir ei uro og ein redsel som det kan vere vanskelig å leve med.

Sjå på den nære fortida

Men først må ein prøve å forstå kvifor pasienten vart psykotisk her og no, og då må ein sjå på kva som nyleg har skjedd i pasienten sitt liv. Personalet kan ved hjelp av ei sosialanamnese nedtegne hendingar i pasienten sitt liv, og i første omgang legge vekt på nær fortid. Dette kan hjelpe personal og pasienten til å gi mening til og normalisere at pasienten har blitt sjuk.

Ofte kan det vere ein helt forståelig grunn, ei belastning i pasienten sitt liv, og ein kan relativt raskt gå inn med ei endringsfokusera tilnærming som akutt førstehjelp. Det er ikkje slik mange pasienter blir møtt i dag. I dag er livet til pasienten på utsida av psykiatrien lite viktig. Psykiatrien ser på symptoma, og medisinerer.

Vart møtt annleis – var sidan frisk i 11 år

Eg har ved ni av ti tvangsinnleggelsar i Helse Møre og Romsdal møtt ein slik psykiatri, ein psykiatri som ser på symptoma og medisinerer. Den «tiande» innleggelsen hadde eg i Tromsø, i Helse Nord. Der møtte eg ein psykiatri som var genuint interessert i kva som hadde skjedd i livet mitt i forkant av psykosa. Der vart pårørande, vener, kollega og kjæraste intervju.

Situasjonen eg hadde vore i og som førte til at eg vart psykotisk, vart normalisert. Det vart fokusert på kva endring eg kunne gjere for å kome meg ut av denne situasjonen. Eg var innlagt i 20 dagar, og deretter frisk i 11 år.

Taushetsplikt må ikkje hindre opplysningar frå pårørande

Min tanke er at i posten som skal opprettast bør ein ha fokus på å innhente opplysningar om pasienten frå dei som kjenner han eller henne. Taushetsplikta skal ikkje vere til hinder for dette. Vi kan lytte for å prøve å forstå. Vidare er det viktig å gje pasienten aksept på at det som har ført til samanbrotet er vanskelig.

Gradvis bør ein ilag med pasienten løfte blikket i høve til kva endringer som er mulig. Ein kan då bygge på Jaakko Seikkula sin kunnskap om åpne samtalar og nettverksdialoger. I lag med pasienten kan ein legge til rette for dei endringar ein ser kan vere viktige. Like viktig er det at ein i miljøterapien er open for undringa, og for dei uttrykka pasienten har gjennom si psykose.

Psykodynamisk tilnærming

Difor er ei psykodynamisk tilnærming til pasienten i miljøet viktig. Noko anna vil vere ein fornærming. Ei psykose er så sterkt og så skjellsettande at å nærme seg ein slik pasient med kognitive terapiformer, eller atferdsterapeutisk behandlingsform er eit overgrep.

I dag blir pasienten ofte møtt av ein miljøterapi tufta på desse terapiformene i ei eller anna form, meir eller mindre gjennomtenkt og ofte prisgitt den "oppdragerrolla" den enkelte ansatte meiner å ha overfor pasienten. Dette er i beste fall respektlaust.

Rom for improvisasjon

Slik eg tenker om miljøterapien i ein slik post så må den ikkje vere fastlåst, med for mange reglar. Ein må ha raust rom for å improvisere. Då eg las om igjen Haugsgjerd si bok om "Psykotering og miljøterapi ved psykoser", fekk eg ein assosiasjon til å oppdra eit barn: Ein flytter stadig grensene etterkvart som barnet utviklar seg og tek kontroll.

Slik bør det og vere i ein slik post. I den mest akutte fasa må det ligge mykje omsorg og god vilje i avdelinga for å gi pasienten trygghet - det indre trygge objekt er fråverande i denne fasa. Ein gjev ikkje slik trygghet til pasienten ved stengde dører, isolat, beltelegging eller liknande kontrolltiltak, slik pasientane ofte blir møtt i den lukka psykiatrien i dag.

Knytt gode kontaktar i kommunane

For at denne pasientgruppa ikkje skal bli institusjonalisert, og vere i posten over for lang tid, er det viktig å knytte gode kontaktar ute i kommunane. Det er viktig at den enkelte pasient blir knytta opp mot ein psykolog som arbeider etter psykodynamisk modell og som vil vidareføre arbeidet frå posten.

Pasienter som har blitt psykotiske har ofte opplevd eit eller fleire traume, og det tek tid å jobbe seg gjennom dette. Samstundes som ein skal forsøke å finne årsaka til at ein vart psykotisk. Dette tek tid. Ein skal kanskje og gjere endringar for å førebygge at ein blir psykotisk igjen. Relasjonen til ein god behandlar kan vere livsnerven for ein pasient som har vore psykotisk. Målet er eit medisinfritt liv.

Jobb med nettverk, og unngå pakkeforløp

Det kan og vere viktig å jobbe med nettverk. Mange psykiatriske pasientar i dag kjenner på ei skam i høve til sjukdommen. Dette er det viktig å sette ord på og jobbe aktivt imot. Det kan og vere viktig å få nærmiljøet til å forstå dei endringane som pasienten vel å gjere for å få eit godt liv.

Det viktigaste i ein slik post er at ein legg opp til individuelle løp, ut frå den enkelte pasient sin situasjon, og difor vil «pakkeforløp» ikkje fungere for denne pasientgruppa. I avdelinga og hos personalet må det ikkje vere rigiditet. Personalet må ikkje trakke på den gáva ei psykotisk episode kan vere for mange. Derimot må personalet i lag med pasienten våge å undre seg over kva psykosa kan vere uttrykk for, kva ein kan lære av den.

Mitt syn er at psykose kjem av ein grunn, at den er eit varsku om at det må skje endring i livet, og at psykosen såleis kan gje opphav til vekst og slik bli ein berikelse i livet.

Den medisinfrie posten

Eg håper også at ein slik post berre tek imot pasientar som i utgangspunktet er medisinfrie. Jobben med å avmedisinere tyngre psykiatriske pasientar kan den ordinære psykiatrien gjere sjølv, gjerne etter råd/veiledning frå den medisinfrie posten, eventuelt ved å opprette ein eigen post for den gruppa. Det er ein viktig jobb, men høyrer ikkje heime i ein medisinfri post.

For den gruppa som blir psykotisk og som i dag ikkje er tungt medisinerte vil ein då oppnå eit «friskt» miljø. Dette trur eg er særskild viktig for dei unge som kan kome inn i ein slik post. Pasientar som over tid har vore medisinert er prega av dette, og kan lett bidra til eit miljø inne i avdelinga som ikkje er prega av håp. Det er nemleg grunnleggande viktig at personalet i ei slik avdeling er bærare av håpet for pasienten, at personalet trur på at pasienten på sikt kan kome ut og leve eit fullverdig liv. Dette har ikkje vore det som har prega psykiatrien fram til i dag.

Som ung er noko av det mest skremmande ein kan møte på ein psykiatrisk post i dag dei eldre som er kraftig prega av medisinbruk over lengre tid. Ein trur gjerne då at det er slik ein sjølv blir, at dette blir livet. Dette blir ei tilleggsbelastning i det kaoset ein allereie står i. Ein stor redsel.

Må ivareta personalet

Personalet på ein slik post burde lest boka til Svein Haugsgjerd «Psykotering og miljøterapi ved psykoser 2» i forkant av oppstart, og drøfta seg gjennom kapittel for kapittel. Personalet må ha gode rammer for å stå i møtet med denne pasientgruppa, og det er viktig at dette blir vektlagt i utviklinga av posten.

Veiledning og rom for å «lufte» tankane sine i eit trygt og utviklande fagmiljø er viktig, ikkje minst fordi denne pasientgruppa projiserer mykje ut, og det vil vere mange krevjande situasjonar ein må kunne stå i saman med pasienten.

Posten skal etablerast inn i ein psykiatri som i dag er biomedisinsk retta. Det er derfor svært viktig at ein får med personale som er genuint interessert i å utvikle eit medisinfritt behandlingalternativ, som har trua på dette og som søker kunnskap som kan gi grunnlag for å mestre utfordringane (sjå litteraturlista om tilrådingar).

Kunstig skilje mellom miljøpersonell og terapeutar

I dei fleste psykiatriske avdelingar i dag er det eit skarpt skilje mellom miljøpersonalet og behandlarar. Behandlarane er psykologar og psykiatrar. Eg trur at dette er eit kunstig skilje. Dersom ein har ein god og nær dialog mellom psykiatrar, psykologar og miljøterapeutar kan alle i avdelinga stå i ein behandlarfunksjon.

Det er derfor viktig at ein har høgt kvalifisert personale som kan utvikle felles fagleg forståing for jobben ein gjer. Sidan posten er ein del av spesialisthelsetenesta bør slik kompetanse vere sjølv sagt.

I eit slikt miljø der pasienten kan snakke fritt til det personalet som til ei kvar tid er der, vil ein få ein spennande jobbkvardag, samt at rigiditeten ein finn inne på avdelingane i dag, vil bli borte. Då eg var innlagt i Tromsø kom til dømes psykiateren innom meg daglig utanom i helga. Kanskje berre fem til femten minutt, men for meg vart dette ei god erfaring. Like eins at personalet let meg snakke fritt. Eg opplevde at personalet var der i augneblikket ilag med meg.

Eg fekk aldri beskjed om at eg måtte vente til eg hadde time hos behandlar. Slik vart eg fort trygg i relasjonane, som eg igjen meiner gjorde meg raskare frisk samanlikna med tidligare erfaringar. Eg var tvangsinnlagt, men eg fekk lov til å vere i psykosen, i krisa, i samanbrotet medan personalet undersøkte bakgrunnen for at eg hadde vorte sjuk. Slik unngikk eg å bli stressa på å bli normalisert frå dag ein, men venta til eg var klar. Gradvis, og ilag med meg, byrja vi å sjå ulike vegar ut av den krisa eg sto i.

Må unngå å påføre den nye generasjonen traumar

Mine erfaringar med ein rigid, biomedisinsk psykiatri har ført til at eg har bestemt meg for å formidle mitt syn. Ikkje minst engasjerer det meg å tenkje på det regimet dei unge pasientane møter. I 1988, ved min første innlegging, opplevde eg tvang, tvangsmedisinering og isolasjon. Dette opplevde eg igjen ved siste innlegging i 2014, 26 år seinare.

Det som er vanskelig å leve med er at det gjorde også dei unge som var innlagt samstundes som meg i 2014: Tvang, isolasjon, beltelegging og ECT. Det var kanskje meir av dette i 2014 enn det eg opplevde i 1988. Eg er traumatisert av den behandlinga eg har møtt, men må psykiatrien påføre traume til ein ny generasjon? Har vi ikkje kome lenger?

Eg vil rope så høgt eg kan til hjelp for dei unge som i dag kjem i krise. Dei klarer ikkje å kjempe, dei har nok med å overleve. Vi må gi dei eit alternativ.

Skal bære pasientens bør til han sjølv blir sterk nok

Eg er ei kvinne som har passert 50 år, eg har mykje kunnskap og lang erfaring i møte med menneske som har det vanskelig. Menneske i krise. Og for meg er ein psykotisk pasient nettopp eit menneske i krise. Eg trur at ein skal møte mennesket der det er. Før samanbrotet har dette mennesket bore åleine det som er vondt og vanskelig.

Det er viktig at personalet tek imot det vonde, og ber det til pasienten sjølv klarer å ta tak i det. Praksisen i dag er å medisinerer, og utan at det vert lagt til rette for tilfriskning gjennom den gode samtalen. Ofte ser ein då at pasienten blir gåande "på sida" av seg sjølv utan kontakt med eigne kjensler.

Den gode relasjonen er uråd i eit rigid behandlingsregime

Det første møtet dei unge i psykose får med psykiatrien i lukka post i dag er ofte mottakinga, eller akuttposten. Her er det fleire rom med ei seng i kvart rom, elles ikkje anna interiør. Det er vindauge i døra slik at ein kan sjå ut i ein gang der det er eit personale per pasient, og personalet kan sjå inn for å ha ein viss

kontroll. Her er eit røykerom, og ein får berre kome ut dit dersom det ikkje er andre pasientar der, eller personalet vurderer at det er greitt.

Ein har ikkje vindauge ut med utsikt, og ein får ikkje gå ut i gangen. Personalet kjem heller ikkje inn for å sitte ilag med pasienten. Det kan og vere mange lydar i ein slik post, lydar frå desperate medpasientar. Dette er det som møter dei unge i krise, gjerne etter at dei er frakta dit med handjern i ein politibil. Slike opplevingar av «behandlinga» kan i seg sjølv skape traume. Den viktigaste kjelda til tilfriskning handlar om den gode relasjonen i møte med menneske, og ein god relasjon er uråd i eit rigid behandlingsregime der tvang ligg i botnen.

Ved psykose kan ikkje effektivitet være malen

Det er viktig for meg å meine noko om kva eit medisinfritt behandlingalternativ bør innehalde. Eit slikt alternativ skal etablerast innan ein kultur som har stor tru på medisin i møte med menneske som er i krise.

Tunge krefter ønskjer å oppretthalde medisineri i psykiatrien, eg tenker då på multinasjonale medisinfirma. Det er ingen grunn til å vere naiv. Det er og slik at mange psykiatrar over mange år har brukt medisin i si behandling av pasientane. Det kan ta tid før ei anna behandlingsform får innpass, ei anna type behandling, med relasjonen som reiskap. Og det kan ta tid før ein faktisk vedkjenner at slik behandling har effekt.

Det er og slik at i vårt samfunn så skal vi vere effektive, vi skal ha ei effektiv behandling på kort sikt med færrest mulig liggedøgn. Helsesektoren blir styrt etter prinsippa i New Public Management. I høve til menneske i krise, menneske i psykose er det kanskje ikkje slik at effektivitet på kort sikt er det som løner seg på lengre sikt. Mennesket treng tid for å finne igjen livsvegen, for å bli heile og sterke.

Aktuell litteratur:

Andersen T: (1991) Reflekterende team. Samtal och samtal om samtalen. Mareld kooperativa bokforlag, Stockholm

Ekeland T-J: (2014) Artikkel: Frå objekt til subjekt –og tilbake? Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, nr. 3 Universitetsforlaget

Ekeland T-J, Heggen K: (2007) Meistring og myndiggjering. Gyldendal

Finnøy E Kolsrud: (2000) Dødelig terapi, innsikt til utsikt. Univeritetsforlaget, Oslo

Peter C. Gøtzsche: (2015) Dødelig psykiatri og organisert fornektelse. Abstrakt forlag, Oslo

Haram A: (2004) Dialogens kraft, når tanker blir stemmer. Universitetsforlaget, Oslo

Hasle B: (2013) Kjærlighet og verdighet i tilfriskningsprosesser Om foreldreskap når barn har en psykisk vanske Doktoravhandling NTNU-trykk

Haugsgjerd S: (1983) Psykoterapi og miljøterapi ved psykoser nr 2. Universitetsforlaget, Oslo

Rekdal B: (1992) Det umedvetne språket: Lacan og den franske psykoanalysen. Samlaget

Seikkula J: (2000) Åpne samtaler. Tano Aschehoug,

Seikkula J og Ankil T E: (2007) Nettverksdialoger. Universitetsforlaget Oslo

NB: Viser og til artikkelen: «God behandling i et brukerperspektiv – Anbefalinger fra rådgivende utvalg» Jamf. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Kommenter:

