

## **Manifest for en psykiatri med brugerrespekt**

Secher, Marianne Træbing

*Publication date:*  
2016

[Link to publication](#)

*Citation for pulished version (APA):*

Secher, M. T. (2016). Manifest for en psykiatri med brugerrespekt: 'Psykiatrien skal virkelig drømmes helt forfra'. VIA University College.

### **General rights**

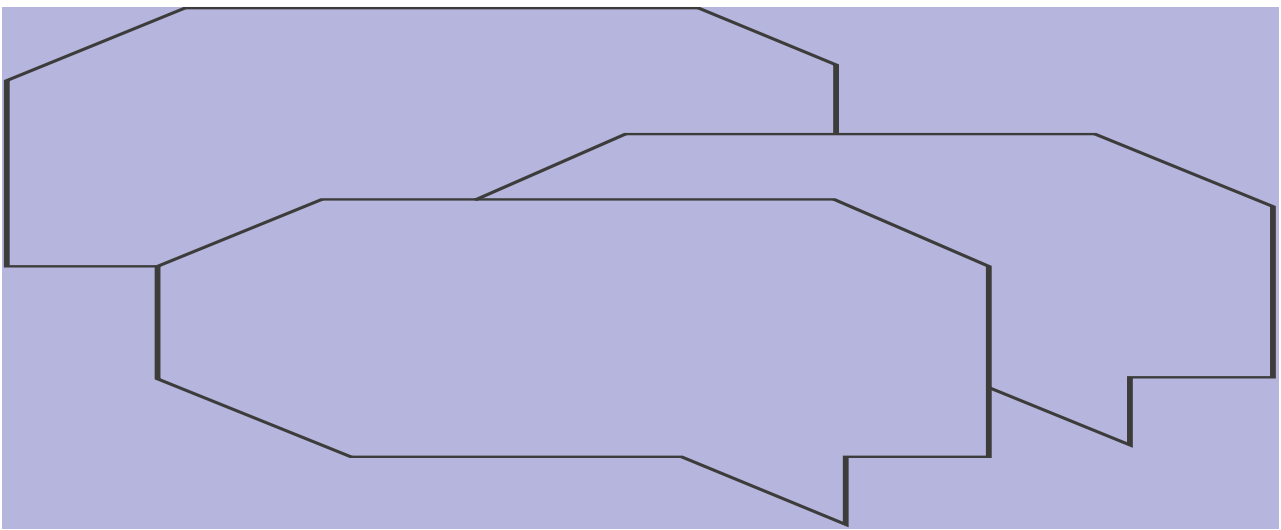
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# Manifest for en psykiatri med brugerrespekt



## 'Psykiatrien skal virkelig drømmes helt forfra'

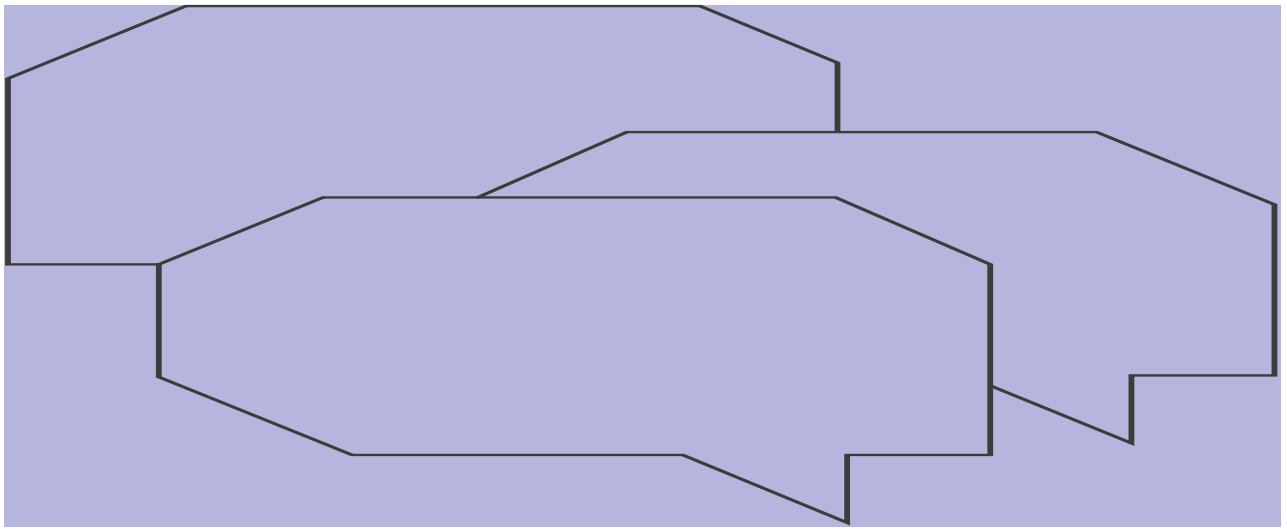
Ifølge forfatteren Asta Olivia Nordenhof må de psykiatriske afdelinger, som hun selv flere gange har været indlagt på, betragtes som 'rene opbevaringscentraler'. Hun mener, at systemet arbejder imod patienterne og efterlyser større åbenhed over for anormale tænkemåder

'Jeg anerkender, at det kan være reelt at betragte nogens (psykiatriske) tilstand som syg, men diagnosesystemet vil korrigere tænkning i stedet for at afhjælpe smerte på den enkeltes præmisser' siger forfatter Asta Olivia Nordenhof, der har været psykiatrisk patient på både lukkede og åbne afdelinger de seneste 11 år. Tor Birk Trads

Information den 26. februar 2016 Louise Grønkjær

## Indhold

Manifest for en psykiatri med brugerrespekt .....	1
---	---



.....	1
'Psykiatrien skal virkelig drømmes helt forfra' .....	1
Manifest for en psykiatri med brugerrespekt - en indledning .....	4
Vilkår og grundlag.....	5
Risikoen for psykisk sygdom er et fælles menneskeligt vilkår.....	5
Det behandlingsmæssige udgangspunkt for personale i psykiatrien.....	5
Hjælpen man søger når man psykisk er ude af sig selv .....	6
Det er ikke godt nok .....	6
Recovery .....	6
Når medarbejderne bliver mere uddannede bliver bruger relationen mere asymmetrisk .....	7
Det vigtigste er Kommunikation - Sproget .....	7
Tavshedspligt .....	8
Dialogen er vigtig .....	8
Åben Dialog .....	9
Personligt arbejde og erfaringer.....	9
Arbejdet med stemmer .....	9
Traumebehandling og vendepunkter .....	10
Personlig medicin .....	11
Empowerment.....	11
Miljøer og fællesskaber .....	11
Miljøer – hvor mennesker kan re-orientere sig.....	11

Meningsfulde fællesskaber .....	12
Peer Netværk.....	12
Gentraumatisering.....	12
"Indlæggelses karriere" .....	12
En halv mill. i egen behandling for at blive rask – efter psykiatrisk behandling .....	12
Håb, åbenhed og ærlighed .....	13
Uddannelser baseret på bruger erfaringer .....	13
Deltagelse - eller inddragelse .....	13
Håbgivende, fortryllende samtaler.....	13
Vil uddanne mig til at arbejde med psykisk sårbare og udsatte .....	14
Konstruktiv kritik og gode forslag.....	14
Kommunen må ikke tvinge til at tage angstdæmpende medicin.....	14
Systemstress .....	14
Peer to peer – gensidig mentoring.....	15
Forebyggelse – før diagnose.....	15
Genaktivering .....	16
Man ER ikke sin diagnose som patient i psykiatrien .....	17
Det mekaniske sygdomsbillede er ikke NOK til at arbejde med psykisk sygdom.....	18
Personale bevidsthed om det HELE menneske .....	18
Løn for erfaring.....	19
Psykiatrisk diagnose overskygger somatisk sygdom .....	19
Kriterier for diagnose udvides .....	19
Bivirkninger af medicin bliver opfattet som forværring af den psykiske tilstand .....	20
Vær nysgerrig på patientens indre liv .....	20
Samarbejde mellem region og kommune .....	20

## Manifest for en psykiatri med brugerrespekt - en indledning

Et manifest (af latin, manifestus) er en tekst, som danner grundlaget for en ideologi, en kunstnerisk retning eller en anden slags kulturel bevægelse, gennem at gøre rede for principperne og intentionerne som ligger til grund. Det Kommunistiske Manifest er et godt eksempel. F.T. Marinettis Det Futuristiske Manifest fra 1909 er et eksempel på et kunstnerisk og litterært manifest, der i sit udtryk står i stærk kontrast til den daværende italienske kunstopfattelse.

Psykiatri Manifestet består af forskellige statements om psykiatrien som den opleves set fra brugerperspektiv, og visioner om hvor brugerne ønsker, den skal udvikle sig hen. Brugere har reageret på Marianne Træbing Sechers invitation via hendes kontoer på Facebook, Twitter og LinkedIn, samt gennem nedenstående facebooksider og interesseorganisationer. Marianne er ansat som adjunkt på VIA University College og står for videreuddannelse, konsulentarbejde og forskning/udvikling på psykiatriområdet i tilknytning hertil.

Bidragene er en lang række korte og længere beskrivelser af personlige erfaringer, ønsker og visioner for en fremtidig psykiatri. Manifestet er tænkt som et arbejdsgrundlag for at gentænke psykiatriområdet på VIA University College. En arbejdsgruppe generer ideer på baggrund af manifestet, mhp. at udbyde undervisning og projekter på psykiatriområdet. Arbejdsgruppen består af brugere, tidligere brugere, samt personale, ledere, undervisere, konsulenter på VIA University College og virksomhedsejere, samt pårørende i og omkring psykiatrien.

Manifestet er redigeret og sammenskrevet med tilføjelser og forord af Susanne Lautrop, journalist, pårørende og aktiv i brugerorganisationer.

### Facebooksider:

- Interessefællesskab for medarbejdere med Brugerkompetence
- Alternativer til sygdomsorienterede forståelser - et tværfagligt forum
- Tværprofessionel psykiatri
- Dansk selskab for psykosocial rehabilitering
- Peer-Netværket Danmark

### Interesseorganisationer:

- Outsideren
- <http://www.peermidt.dk/>
- LAP
- SIND
- <http://www.psykisksaarbar.dk>

## Vilkår og grundlag

### Risikoen for psykisk sygdom er et fælles menneskeligt vilkår

Alle mennesker har en potentiel risiko for at komme psykisk ud af balance, og komme i en tilstand af psykisk sygdom – indadvendt som i depression og selvskade eller udadvendt som i psykose, personlighedsforstyrrelse, og alle variationer deri mellem.

Den fælles udsathed for psykisk sygdom stiller alle mennesker i en lige stilling af gensidigt ansvar. Det fællesmenneskelige udgangspunkt – at vi alle ved hvordan det er at være menneske, og hvordan vi selv ønsker at blive behandlet – sætter en nemt genkendelig etisk målestok for, hvordan man i respekt og med empati nærmer sig mennesker ramt af psykisk sygdom.

Forebyggelse af psykisk sygdom er derfor også både en fælles menneskelig interesse og et fælles ansvar. At medskabe et samfund der i bedst mulig grad viser det enkelte barn, den unge, den voksne og det aldrende menneske respekt og empati – og i enhver alder støtter alle i at leve et sundt og godt liv i glæde og overskud sammen med andre – det er et ansvar vi alle deler. Et ansvar som vi skal udbrede menneskelig og professionel indsigt og forståelse omkring, i psykiatrien og alle institutioner og foranstaltninger og administration der er knyttet hertil. I undervisnings- og uddannelsessammenhænge, og endelig i forhold til den politik der lægger rammerne for psykiatriens udøvelse.

I sproget er der altså ingen grund til at skabe skelnen mellem mennesker med psykisk sygdom og mennesker, der ikke er ramt af psykisk sygdom. Ligesom vi almindeligvis ikke skelner mellem mennesker der er indlagt på hospital pga. kræft, et brækket ben eller en fødsel. Man er ikke sin kræftdiagnose!

De er stadig de mennesker vi kender, respekterer og holder af. I den aktuelle situation, skal der blot passes på dem med ekstra opmærksomhed og åben tolerance.

I forhold til politikernes ansvar på psykiatriområdet, er det et en opgave for mennesker med indsigt i det psykiatriske område, til stadighed at skærpe politikernes opmærksomhed og ansvar for hele tiden at revidere lovgivningen. Således at behandlingen af psykisk sygdom hele tiden er opdateret i forhold til nyeste viden om mulighederne for at komme sig og blive helbredt fra psykisk sygdom, samt ansvarlighed i forhold til forebyggende, menneskeligt anstændige og ansvarlige juridiske og økonomiske rammer.

### Det behandlingsmæssige udgangspunkt for personale i psykiatrien

For alle ansatte der har kontakt med psykisk syge mennesker er udgangspunktet altid, at uanset hvor dårligt man har det, så er der altid en mulighed for at komme sig af psykisk sygdom. Man kan

blive rask af psykisk sygdom og det er formålet med enhver behandlingsindsats. Denne indstilling af håb og tillid til det enkelte menneskes styrke og mulighed for at komme sig vil grundlæggende ændre samfundets indstilling til psykisk sygdom. Væk fra afstandtagen, angst og misforstået formynderi – mod respekt, anerkendelse af psykens naturlige reaktioner og tillid til menneskets iboende kraft og styrke til at finde sin vej.

### **Hjælpen man søger når man psykisk er ude af sig selv**

Tankerne føles mærkelige, man ser og oplever ting i sig selv, og måske udenfor sig selv som ikke føles almindelige. Man føler sig skræmt og bange, for det er som om hele oplevelsen af én selv er ved at skride. Hvor kan man vende sig hen? Hvem kan forstå, forklare, trøste og berolige? Hvem kan forklare én, hvad det er der sker, og hvorfor man oplever disse mærkelige fænomener, som på en gang er spændende og grænseoverskridende, og samtidig skræmmende og skrækindjagende.

I denne situation af angst og uro over sig selv og sin situation opsøger man måske sin praktiserende læge, som evt. henviser én til psykiatrien. Er man rigtig uheldig følger derefter en lavine af endnu mere skræmmende og nedbrydende oplevelser. Den psykiatriske læge, vil sandsynligvis kun kortfattet spørge ind til de oplevelser, man har haft. Den eneste forklaring vil være at man er ramt af en depression eller en psykose, og at man har brug for medicin. Alle spørgsmålene forbliver ubesvarede. Det man selv oplever som dybt vigtigt og eksistentiel bliver slået hen og negligeret. Medicinen virker sløvende og som om man bliver lukket inde i en glasklokke, men de indre stemmer eller oplevelser forsvinder ikke.

Man føler sig ikke mødt. Ikke trøstet. Ikke klogere. Ikke mere tryk. Ikke styrket. Men derimod skuffet, vred, frustreret, underkendt, ydmyget, ikke taget alvorligt, ikke respekteret.

### **Det er ikke godt nok**

Når man har oplevet psykiatrien indefra. Så ved man hvad man savner. Hvad der er vigtigt. Hvordan man kunne ønske sig at blive mødt. Herunder kommer en række fortællinger og statements fra mennesker, der kender psykiatrien på nært hold. Nogle lægger navn til, andre optræder anonymiseret som en "tidligere patient", eller som A,B,C... ( Susanne Lautrop)

### **Recovery**

Brugerperspektivet er noget unikt, fordi det bidrager til den fælles recovery-forståelse det er, at bevæge sig væk fra spørgsmålet: Hvad er der i vejen med mig? Henimod spørgsmålet: Hvad er vigtigt for mig?

Det er nok svært at komme ud over recovery begrebet, men den måde, jeg (tidligere patient) plejer at undervise i Recovery på, indeholder en hel del kritik. For hvad er det man skal komme tilbage til? Og hvorfor skal man komme sig? Er der udviklingstvang i recovery, eller betyder det bare at leve sit liv? Og er der ikke kvaliteter i galskaben, lidelsen eller sårbarheden, som man kunne fokusere på - det, at man oplever verden anderledes end de fleste, kan vel også være en kvalitet i verden...

Jeg er meget inspireret af de steder hvor socialpædagoger arbejder med at sætte egne sårbarheder i spil sammen med beboerne og hvor man eksempelvis arbejder med partnerskaber og personligt lederskab for beboerne (socialpsykiatri).

### **Når medarbejderne bliver mere uddannede bliver bruger relationen mere asymmetrisk**

En anden tidligere patient: Jeg har haft det sådan, at hver gang man styrker en medarbejders individuation (dannelse, uddannelse, modenhed), så skaber man en endnu mere asymmetrisk relation. Og fint nok at medarbejdere som "kompensation" bringer deres egen sårbarhed i spil, men det kan også virke lidt kunstigt og søgt.

### **Det vigtigste er Kommunikation - Sproget**

Mimi Jeanette Larsen:" Det vigtigste at undervise personalet i, er kommunikation. De fleste er uhyggelig ubevidste om deres måde at kommunikere på, og om at man aldrig kan **ikke** kommunikere.

Hvad sproget og ordene betyder for patienterne og de pårørendes selvopfattelse, og på hvilken måde kommunikationen fungerer, kan blive en begrænsende faktor, hvis ikke ødelæggende.

Jeg underviser i kommunikation og konfliktløsning på ZBC og har en søn i psykiatrien (2 år) så jeg er også pårørende og har oplevet hårrejsende ting og oplever stadig hårrejsende ting."

Eksempler på sprogbrug overfor patienter og internt om patienter imellem personalet, samt overfor pårørende:

"Tag "din" medicin! Hvis du tager din medicin – må du komme ud i gården..."

"Hun opfører sig som en drama Queen..."

"At du føler dig vred over, at du ikke må komme ud og ryge, er udtryk for din sygdom."



”Din datter er svært forpint. Hun er meget alvorligt skizofren, og hun har ingen sygdomserkendelse. Hun vil ikke tage sin medicin. Hvis du ikke støtter os i at medicinen er nødvendig, kan hun ikke blive rask.”

”Vi har anmeldt din datter for verbale trusler, så hun kan få en behandlingsdom. Så kan vi tvinge hende til at tage medicinen. Det er det bedste for hende selv.”

Ovenstående citater er alle autentiske og udtryk for hvordan husregler, sprogbrug og holdning til patienter og pårørende på afdelinger og institutioner, kan bruges som skjult tvang.

Der er et omfattende behov for sprogbevidsthed og sproglig udrensning hos personalet, blandt læger og hos det daglige plejepersonale på psykiatriske sygehusafdelinger, hos personalet i Distriktpsychiatrien, hos sagsbehandlere i den kommunale forvaltning og på socialpsykiatriske bosteder.

### **Tavshedspligt**

Når patienten er fyldt 18 år og personlig myndig, træder også retten til at bestemme hvem, der må kende til vedkommendes sag ved indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Personalet skal spørge patienten om, de må tale med de pårørende. Hvis patienten er meget psykotisk eller angst af forfølgelsesoplevelser, vil vedkommende være tilbøjelig til at nægte at skrive under på samtykke erklæringen, der giver personalet ret til bl.a. at tage kontakt med de pårørende.

Men selvom patienten ikke har givet sit samtykke til pårørendekontakt, har den pårørende altid ret til at kontakte afdelingen og fortælle om sine egne observationer og overvejelser i forhold til, hvordan det nære familiemedlem har det. Ofte sker det dog at personalet forsøger at affærdige de pårørende, hvis patienten ikke har givet samtykke. Som pårørende opleves det ofte som om personalet forsøger at undgå kontakt med de pårørende, for at undgå besværlige eller krævende samtaler. Hvilket står i grel modsætning til de informationsbrochurer der udleveres, som ofte beskriver hvordan samarbejdet med de pårørende betragtes som vigtigt og væsentligt for patientens muligheder for at komme sig. (Susanne Lautrop)

### **Dialogen er vigtig**

Der er behov for meget mere empati og fleksibilitet i samvær med psykisk syge mennesker uanset, hvor de mødes af personale. Åbenhed, interesse og dialog er alfa og omega i den respektfulde, venlige og ordentlige kontakt med patienten.

Op øvning af dialog redskaber, konfliktnedtrapping, girafsprog, øvning af respekt for personlig integritet og grænser. Øvning af ligeværdig respektfuld samtale. Der er rigtig mange hjælpemidler i

forhold til kommunikation. Det afgørende er at personalet på alle niveauer i behandlingssystemet bliver bevidst om, hvilken forskel den gode kommunikation gør i relationen til andre mennesker i almindelighed, og til psykiatriske patienter i særdeleshed. Det kan gøre forskellen på om patienten bliver hurtigt bedre, eller om vedkommende bliver vred, apatisk eller opgivende i forhold til sin egen situation.

Stil de åbne spørgsmål...

Hvem? Hvad? Hvor? Hvornår? Hvordan? Hvorfor? – hvis de spørgsmål stilles med åben interesse og tid til at lytte – uden at bedømme, vurdere, korrigere eller belæring er det en god og ret sikker vej til en åben og respektfuld kommunikation. (Susanne Lautrop)

## Åben Dialog

Signe Maria Norel Bischoff:

”At skabe kontakt og tillid og fællesskab ved at lære at tage dialog alvorligt.”

Signe fremhæver Ole Sørensen, tidl. leder af psykiatrien på Langeland, som et godt eksempel til efterfølgelse mht. respekt og indlevelse i forhold til de psykisk syge mennesker, han har ansvar for at støtte i hverdagen.

Derefter understreger Signe vigtigheden af at integrere Åben Dialog, Laplandsmodellen eller Netværkssamtalen som først er beskrevet af Jaakko Seikkula fra Finland.

Ideen er at en person ramt af psykisk sygdom i sin første kontakt med psykiatrien bliver hovedperson og genstand for opmærksomhed i en samtale, der omfatter alle de personer, som den pågældende – efter eget valg - føler sig tæt på i sin hverdag. Familie, lærere, venner, arbejdskammerater og en psykiatrisk læge. Tanken er at alle i samtaleløbet giver udtryk for, hvordan de relaterer til personen og de følelsesmæssige oplevelser som vedkommende netop nu føler sig plaget af. I de mest vellykkede situationer, kan denne netværkssamtale være nok til at gendanne tilstrækkeligt selvværd hos den pågældende, til at indlæggelse eller diagnosticering bliver unødvendigt. Metoden praktiseres i Sønderjylland og i Svendborg. (Susanne Lautrop)

## Personligt arbejde og erfaringer

### Arbejdet med stemmer

At høre negative, fordømmende og kommanderende stemmer eller opleve livagtige hallucinationer er belastende og skræmmende. Er man stemmehører undlader man ofte at fortælle om sine oplevelser, fordi det for andre lyder virkelig mærkeligt og uforståeligt. Ligesom

det erfaringsmæssigt på den psykiatriske afdeling vil føre til afvisning eller mere medicin, fordi stemmerne betragtes som et uomgængeligt bevis på psykose. Siden begyndelsen af 00'erne har en stærk bevægelse for stemmehørere imidlertid udviklet sig, både i Danmark og internationalt. Flere og flere tidligere stemmehørere, der har i mange år har kæmpet med en stigmatiserende skizofreni diagnose og medicin med mange bivirkninger, har gennem arbejde med deres stemmer individuelt eller i grupper, oplevet at stemmerne er stilnet af, eller helt forsvundet og at de kommet sig, er blevet medicinfrige, og blevet erklæret raske af deres psykiske sygdom. Det går dog meget langsomt med accept af stemmehører arbejde som en mulighed på de psykiatriske afdelinger. På to retspsykiatriske afdelinger i Risskov bliver der tilbudt stemmehørerarbejde for i gruppe en gang om ugen. Flere socialpsykiatriske bosteder både i Jylland og Sjælland tilbyder stemmehørerarbejde i gruppe, for deres beboere.

Selvom man altså kan komme sig af psykisk sygdom bl.a. ved hjælp af medicin frit arbejde med stemmerne, er det endnu ikke muligt at få slettet sin diagnose, selvom man er blevet rask. Det betyder bl.a. man ikke kan tegne livsforsikring eller blive certificeret pilot. (Susanne Lautrop)

### Traumebehandling og vendepunkter

En tidligere patient skriver: "(En) Hensigtsmæssig behandling kunne være traumebehandling, og fx neuroaffektiv psykoterapi (der tager fat hvor nervesystemet er dissociert). Derfra klarer den underprivilegerede (patienten) sig selv og behøver ikke holde en masse medarbejdere i fx socialpsykiatrien beskæftiget.

"At arbejde med Vendepunkter kan være fint nok, det har jeg også gjort ifm MB udd., men det har ikke flyttet noget i den sidste ende. For et vendepunkt opstår ikke nødvendigvis, fordi man arbejder med disse. De er spontane og tilfældige, hvis man fx slipper en overbevisning opstået under et traume, hvis en adfærd bliver for belastende og man ændrer den, hvis et dissociert nervesystem opløser sig og begynder at fungere mere normalt, hvis noget ikke aktivt hardware relateret nervesystem, bliver kaldt frem osv."

Et eksempel på, hvordan en enkelt velanbragt replik på rette tid til det rette menneske, kan sætte en positiv lavine i gang, og forårsage et vendepunkt, vidner følgende historie fra mandens egen mund: Han havde i en længere periode været i en nedadgående spiral af alkohol, stoffer og en depressiv mangel på evne, til at trække sig selv op ved hårene. Han fik værelse på et forsorgshjem, hvor han holdt sig for sig selv, idet han ikke magtede sociale kontakter. En omsorgsassistent, der gjorde rent, havde gennem en tid lagt mærke til ham, og fornemmede at han havde mange flere ressourcer end han gav udtryk for. En dag tog hun bladet fra munden, og sagde til ham, da han sad på sit værelse: "Hvad gør du selv for at undgå at få hjælp?"

Den sad. I første omgang blev han vred, og smed hende ud. Men derefter begyndte han at reflektere. Og det blev begyndelsen til at kurven vendte og han kom ud af stof- og alkohol afhængighed og nedtrykthed. I dag er glad, energifyldt og med overskud til sig selv og andre i sit liv. Han har været tilbage og sige tak, til hende der havde mod til at sige rigtige til ham, på det rigtige tidspunkt.

## **Personlig medicin**

”Jeg tænker også, at løsningen kan være, at nedbryde de standardiserede tilgange og begynde at arbejde med personlige tilgange, ”personlig medicin”. Jeg er meget inspireret af ”Sager der Samler”, hvor jeg selv arbejder på at blive såkaldt ”hverdagsaktivist”. Jeg har i støbeskeen at skabe nye tilbud, til afløsning af psykiatrien, men det har lange udsigter.”

## **Empowerment**

”Vejen at gå, tænker jeg, er empowerment til de underprivilegerede (til dem der ikke har skal mere gives) og hvordan kan det så foregå?”

Lad den underprivilegerede vælge selv, kunne være et svar. Fx uddannelse, dannelse, hensigtsmæssig behandling - der sætter gang i individuations processen, for de er bagud i modenhed og resiliens (robusthed). De selvhelbredende kræfter er blevet bremset, psykisk som fysisk.”

## **Miljøer og fællesskaber**

### **Miljøer – hvor mennesker kan re-orientere sig**

En lidt generaliserende påstand er, at psykiatrien overvejende er fokuseret henimod symptomer hos den enkelte. Dette skaber et indadvendt blik hos individet og oftest findes blot flere symptomer. Der er brug for på et tidspunkt at blive mødt med spørgsmål som skaber udblik! Her kan brugerperspektivet bidrage med levede erfaringer! Der er brug for at rekonstruere kulturer/miljøer som er præget af nærvær og mening. Kulturer/miljøer hvor mennesker kan spejle sig på ny og finde nye identitetsmarkører, som ellers er gået tabt. Miljøer hvor mennesker kan få lov at re-orientere sig igen. I folkeskolen taler man lige så stille om at skabe FEJLTastisk kultur, tolerancetærsklen overfor fejl og svaghed fremfor individuel modstandsdygtighed, hvor de svageste sorteres fra. Mennesket skal ikke hårdgøres fordi systemerne er blevet hårde. Omgivelserne skal tilpasses således, at mennesket kan ånde og udvikle sig på en hensigtsmæssig måde til gavn for sig selv og andre.

## Meningsfulde fællesskaber

Et andet potentiale jeg ser for tiden, er at skabe blik og rammer for meningsfulde fællesskaber. Er vi blevet så individualiserede at vi ikke længere kan indgå i fællesskaber? Og hvor er de fællesskaber der kan rumme mig? Der er brug for at genopdage fællesskabets betydning for at skabe mening for den enkelte og ikke mindst identitetsfølelse i en tid hvor tab af identitet og fremmedgørende elementer desværre er udfordrende for mange.

## Peer Netværk

Leon Grundtvig Due: Facebook Netværk: Peer-netværket Danmark. Har selv været igennem et kursusforløb "peer som brobygger" fra enheden for brugerstyret psykiatri i Roskilde. Et super godt kursus med en masse dejlige mennesker.

## Gentraumatisering

### "Indlæggelses karriere"

A - en anden tidligere patient, skriver: Jeg startede min "karriere" med en indlæggelse, og har haft kontakt med psykiatrien on and off, siden. Senest som udviklingskonsulent inden for socialpsykiatrien i Aarhus Kommune. Med baggrund som uddannet pædagog og såkaldt MB'er. (Medarbejder med Brugererfaring, red.)

Det var svært at være eneste MB'er i fleksjob blandt såkaldt "almindelige" medarbejdere osv., men jeg klarede det i 6 år før jeg blev sygemeldt.

Sygemeldingen havde dybest set noget med senfølgeskadevirkninger (traumer) fra hospitalspsykiatrien, der på ingen måde så hvem jeg var og hvad jeg havde med i bagagen.

## En halv mill. i egen behandling for at blive rask – efter psykiatrisk behandling

Jeg har derfor selv betalt over en halv million for at blive rask og har kun et traume tilbage, som jeg er i gang med at opløse hos en SE og NARM uddannet terapeut. Jeg har selv taget en psykoterapeut uddannelse.

Når jeg bliver træt er det fordi det har kostet mig blod, sved og tårer og rigtig mange penge at blive rask og komme mig over skader fra psykiatrien og det er på en måde en uddannelse i sig selv.

Og hvis jeg skal give mine dyre købte erfaringer videre, bare sådan lige uden betalinger og ansættelse, der svarer til indsat jeg har ydet, bliver jeg faktisk ret ked af det, for at sige det lige ud.

Og jeg har oplevet rigtig mange andre tidligere og nuværende brugere blive inddraget med baggrund i recovery orientering og empowerment som tilgang og så er de blevet efterladt med den samme oplevelse som jeg. Altså, "jeg var interessant at inddrage", men da jeg så var blevet inddraget og "udstillet" / "dokumenteret", så var det så som så med anerkendelse, ansættelser osv. (Vedkommende ønsker derfor ikke at bidrage yderligere med sin historie eller i en arbejdsgruppe i VIA. Red.)

## **Håb, åbenhed og ærlighed**

### **Uddannelser baseret på bruger erfaringer**

Marianne Secher, projektleder: Mine tanker med VIA's uddannelser, kurser og konsulentfunktioner indenfor psykiatri er, at det skal funderes på borgererfaringer – og flere har som dig skrevet til mig, at det kræver behandling eller uddannelse at komme sig over den behandling man får i psykiatrien... det er jo uhyggeligt ...

Mange ønsker ikke at stå frem, da det kan være retraumatiserende i sig selv... men der er endnu flere, der gerne vil være med – måske har de ikke oplevet det, I andre har, og det ligger mig meget på sinde, hvordan jeg kan gøre dette bedst muligt. Det er jo et dilemma, at jeg vil fundere vores tiltag på borgernes erfaringer, og at jeg så samtidig kan komme til at gøre ondt - i den proces som jeg starter for at gøre godt...

### **Deltagelse - eller inddragelse**

Jeg ved ikke om det giver nogen mening, alt dette, mit håb med at skrive til dig er, at du vil overveje at skrive dine tanker til mig om projekt vendepunkter – samt overveje at deltage på en eller anden måde. Som jeg ser det, er der forskel på at blive inddraget og at deltage, men jeg er ikke helt sikker på, at jeg kan indfri dine og mine ønsker om deltagelse frem for inddragelse... Det eneste jeg tænker, jeg kan love, er åbenhed og ærlig dialog hele vejen igennem – herunder en stor vilje til at tage imod kritik, jeg tror på, at dialog er vejen henimod et mål, vi først kender efter dialogen – løbende

### **Håbgivende, fortryllende samtaler**

B: Der er helt sikkert nye vinde, men hvor er der også meget gammelt bras.

Det vigtigste at undervise i, er at vi der arbejder i psykiatrien skal tænke meget på hvordan vi selv fungerer. Hvordan har vi det med at håbe og drømme?

Hvordan mon vores klienter har det med at håbe og drømme? Hvilke behov har et menneske og hvordan finder jeg ud hvilke behov dette menneske jeg står overfor har?

Psykiatrien skal bevæge sig mod, at alle medarbejdere har lyst til at have mia. af vedkommende, håbskabende, fortryllende samtaler med os skøre mennesker. Turde være i relationen og stå som et menneske der tør gå lige ved siden af på vejen.

### **Vil uddanne mig til at arbejde med psykisk sårbare og udsatte**

C: Jeg har en kommunikationsuddannelse og bor i København. Jeg tænker på at tage en uddannelse, der kan kvalificere mig til at arbejde med udsatte og psykisk sårbare mennesker, så jeg er i gang med at kigge på forskellige uddannelsesmuligheder.

### **Konstruktiv kritik og gode forslag**

#### **Kommunen må ikke tvinge til at tage angstdæmpende medicin**

C: Jeg synes, at det er meget vigtigt for vores samfund lige nu, at kommunen respekterer de arbejdsløses menneskerettigheder, og at angstlidende, stressramte og depressive sygemeldte eller kontanthjælpsmodtagere ikke tvinges til at tage lykkepiller. Sådanne overgreb har desværre fundet sted i vores samfund. Jeg har hørt det fra andre og læst om det forskellige steder på nettet.

Hvis angstlidende arbejdsløse frygter, at kommunen kan tvinge dem til at tage angstdæmpende medicin mod deres vilje, kan det forværre deres angstlidelse, gøre det sværere for dem at komme af med den og skabe en generel mistillid til systemet. Dette fører til, at angstlidelser fastholdes som tabu i vores samfund, da folk vælger at holde deres lidelse for sig selv, fordi de frygter overgreb i form af tvungen medicinering fra kommunens/jobcentrets side.

### **Systemstress**

D: Jeg er social gartner i det sociale gartneri i Xby (landskabsarkitekt og gensidig terapeut.) Endvidere er jeg ved at starte social dyrkningshave op på X hospital. Sideløbende er jeg ved at tage peer to peer uddannelse. I modsætning til mange af mine medstuderende har jeg 'kun' en arbejdsbetinget kronisk stressdiagnose tilbage, men har i løbet af 12 år udenfor det ordinære

arbejdsmarked har jeg haft diverse måske-arbejdsdiagnoser. Jeg oplever at jeg hele tiden lander mellem 2 stole og kan f.eks ikke få fleksjob, fordi jeg er åbenbart er for frisk.

Samtidig kan ikke passe ordinært job, for jeg bliver reaktiveret, ikke mindst af det kommunale system. Jeg vil derfor foreslå at man laver en ny diagnose som passende kunne hedde "systemstress".

### **Peer to peer – gensidig mentoring**

D:Peer to peer ordningen/gensidig mentoring til denne gruppe (mennesker uden diagnose, men evt. under kommunal udredning. Red.) kunne være er en rigtig god ide. Altså ikke kun rette indsats til mennesker, der er fuldt udredt og har fået tildelt en eller flere diagnoser. Et frivillig kompetenceudviklings tilbud til den enkelte, hvor man lærer at møde hinanden ligeværdigt, en til en, og målrettet, kunne være en ny tilgang. En gensidig godkendelse af hinanden som hhv. mentor mentee og omvendt, være helt essentielt. Tillid er et helt nødvendigt udgangspunkt for at åbne op og få opbygget kendskab til hinanden og således at skabe rammerne for recovery/ dybtgående forandringer. Tid og kontinuitet, altså den samme mentor i en længerevarende periode er også vigtig. Noget som jo meget sjældent er realiteterne i dag. Mange steder finder det allerede sted på et uformelt plan f.eks mellem eleverne i kantinen på Kofoed skole. Så ja der mangler uddannelse, til de kommunale mentorer og ikke mindst at man udvikler/tilbyder 'borgerne/brugerne kompetenceforløb som gør os (alle) i stand til at hjælpe hinanden. Jeg vil foreslå at den påtvungne mentorstøtte kommer til at indeholde en gensidig godkendelsesprocedure.

### **Forebyggelse – før diagnose**

Som du kan se har jeg en hel masse input til, hvordan vi som samfund kan gøre det meget bedre. Jeg vil gerne gøre opmærksom på en overset gruppe som i det nuværende system risikerer, at udvikle psykisk sygdom, nemlig de som ligger i grænsezonen. Mennesker som ved forkert 'behandling' af velmenende, men uvidende sagsbehandlere, sidder fast i negativ social kapital. Det er vanvittig dyrt for samfundet. Vi er mange, mange, mange.

Marianne Secher: Du peget på noget meget, meget vigtigt og ret overset i psykiatrien, nemlig forebyggelse - det er jo underligt når man har så meget fokus på det andre steder.

D: Jeg har tænkt på, om at man kunne implementere ideen om gensidig mentorstøtte i X by som i disse år står overfor en helt ny byudviklingsproces, hvor borgerne allerede nærmest overtager



styringen i bydelen, som er gået hen og blevet en grøn by-landsby med nærhed, social bæredygtig etc., i højsædet. Men samtidig er her rigtig mange socialt udsatte. Ja ideer er der masser af...:-)

Jeg orker bare ikke at løfte opgaven alene og min gennemslagskraft som social udsat gavner heller ikke ligefrem. Nå, men hermed er ideen givet videre. Og nå ja, du er velkommen til at bemærke, at den er brugergeneret såfremt du vil anvende den. Ikke fordi jeg personlig ønsker at profitere, men blot for at gøre at opmærksom på, at blot fordi man er social sårbar/udsat, så er der rigtig mange der godt kan tænke ud af boksen... og gerne vil bidrage ...

## Genaktivering

D. Jeg fortsætter med min tilføjelse. Jeg kunne ønske mig at du et eller andet sted introducerer begrebet 'genaktivering' - et meget sigende begreb jeg har lånt fra 'gensidig terapi' Da jeg og andre ofte har meget smertefulde historier bag os og/eller føler skam, skyld etc. ja så alene det at skulle italesætte sin historie igen, igen til atter (sagsbehandlere udskiftes i en uendelighed) en totalt fremmed kan føles grænseoverskridende.

Det har man ikke blik for i systemet, eller rettere, man gør ikke noget for at imødegå det. Det er derfor folk f.eks. på Koføeds skole hellere tager' i skole' vitterlig hundesyge, frem for at skulle tage kontakt med kommunen og melde sig syge. Læs: Enhver kontakt genaktiverer dem. Jeg kender enormt mange der bogstavelig talt er blevet berøringsangste alene som følge af deres kontakt med kommune/systemet. Det som synes som ligefremme spørgsmål for sagsbehandlere er måske noget som er direkte intimiderende for den adspurgte. Jeg sidder her med en 'guide til et godt hverdagsliv' som jo er udarbejdet mellem tidligere patienter og medarbejdere i hovedstadsregionen. Den er meget velmenende, men allerede på første side er der spørgsmål, som stillet til den forkerte, nemlig hvornår føler du håb? eller hvad ser du af muligheder nu? Et sådan spørgsmål vil virkelig vil kunne sætte en lavine i gang hos nogle f.eks. mig, som har kæmpet for at få deres sygdom anerkendt eller har søgt fem gange, at få betalt et kompetencegivende kursus, i mit tilfælde var det psykosocial rehabilitering, forgæves. Fået afslag på fleksjob, det tog alene 1,5 år og nu sidder jeg og venter på at kommunen vil iværksætte alt det, som de ville sætte i stedet for fleksjob. Det er indtil videre blevet til et otte timers stresskursus med start i maj 2016. Jeg fik afslag i november 2015. Og ofte er der jo ikke ligefrem mulighed for at blive samlet op, eller også er det først når man kommer hjem, man forstår, hvad man har været ude for.

Eller måske forstår man netop ikke hvorfor man ikke kan sove... hverken før eller efter kontakt med kommunen. Derfor synes jeg det er uhyre vigtigt, at man faktisk udarbejder en spørgeteknik, som tager vare på den social udsatte/ psykisk sårbare som hele tiden bombarderes med uheldig optræden fra systemet side. Jeg har et utal af eksempler.

Her er et eksempel: Jeg var i et forløb for mennesker som ikke var arbejdsmarkedsparate. 30 t/uge.

Vi er mildest talt en blandet flok. En frisør på 65, en erklæret vaneforbryder, et par mere eller mindre tørlagte stofmisbrugere, en grønlandsk kvinde, der gerne vil have kørekort etc. vi bliver sat sammen to og to. Opgaven er, at vi skal fortælle vores sidemand om vores 'ønsker og håb for fremtiden, og hvad kan vi gøre, for at komme derhen. Vores sidemand skal siden fremlægge vores historie. Vi var 30 på holdet, lokalet var fyldt til bristepunktet med 'dårlig energi' til fremlæggelsen; genereret af følelsen 'fortæl til en fremmed om alle dine drømme, der aldrig blev til noget'. Og lad en fremmed fortælle det videre til 28 andre fremmede. Dagen efter havde alle undtagen mig og en anden, meldt sig syge. Senere i forløbet gik en af deltagerne amok og smadrede et af kontorerne.

Ved den lejlighed kom alle de ansatte til psykisk førstehjælp. Også de psykologer der sad på 1. sal.

Episoden foregik i stueetagen. Så sad vi brugere der alene, fik ingen information og ingen opfølgning. Det var vel og mærke os brugere der for alvor havde daglig omgang med vedkommende. Og jo han var en eksplosiv herre. Forløbet var 3 mdr. Jeg blev forlænget seks gange.

Marianne Secher: Hold da op tak fordi du deler...Jeg kender begrebet retraumatisering og det kunne man godt anvende...og der er netop problemer ift. hvem, der får psykisk førstehjælp tak igen.

D: Apropos brugerorganisationerne.. Det er en rigtig god mulighed. problemet er reelt bare at når man er førstegangsbriker eller ikke har erkendt sit handicap eller ikke har overskud, ja så ved man simpelthen ikke at de eksisterer. I det øjeblik man er færdiguddredt eller har været rigtig længe i systemet og har overskud eller gode netværk... så dukker de op i horisonten... men ofte føler mange sig alene i mod systemet... klassisk isolere folk sig osv

Så ja tak til inklusion - på den gode måde, og empowerment... det er det som jeg vil arbejde med i mit projekt de sociale dyrkningshaver på Xbjerg. Her vil mine erfaringer som gensidig terapeut forhåbentlig også komme fremtidige kollegaer (brugere) til gode.

### **Man ER ikke sin diagnose som patient i psykiatrien**

E: Jeg bor jo som sagt i en anden region, men vil gerne, kort, dele nogle tanker vedr psykiatrien. Jeg er "desværre" pårørende til et psykisk sygt menneske, som også har været indlagt.

Jeg er midt i min specialeperiode og har lige lidt svært ved, at holde fokus med det jeg skal holde fokus på, så mine tanker vil kun være korte.

Jeg har haft berøring med psykiatrien på forskellige leder og kanter. Jeg er uddannet sygehjælper samt socialpædagog og nu læser jeg som sagt på DPU. 49 og mor til to drenge på 19 og 16. To hunde og undulater og aktiv i Mødrehjælpen - og derudover ret kedelig.

Det jeg har undret og tænkt meget over i forhold til psykiatrien er:

- Hvordan kan det psykisk syge menneske mødes som det hele menneske og ikke som kun en diagnose?

- Hvad er det der gør, at man ønsker at arbejde med psykisk syge?

Hvad er det for tanker der ligger bag?

### **Det mekaniske sygdomsbillede er ikke NOK til at arbejde med psykisk sygdom**

- Hvordan vi end vender og drejer det er og bliver det meget anderledes at arbejde med mennesker der lider af psykisk sygdom end f.eks. brækkede ben. Da psykisk sygdom handler om at lide i sjælen, være syg i sjælen. Det psykiske er udgangspunktet.

Er en sundhedsfagliguddannelse der bygger, lidt 4-kantet, på et mekanisk menneskebillede "nok" til at arbejde med psykisk psyke? Eller kræver det et langt brede og dybere menneskeforståelse, indsigt i form af kendskab til forskellige måder at tænke og se mennesket på?

Det jeg vil frem til er, at det at være menneske, det gode liv samt etikken skal være i konstant bevægelse, udvikling specielt i arbejdet med mennesker der lider af en psykisk sygdom.

Jeg tror at man skal være meget mere udviklingsparat, ikke omstillingsparat i mødet - at turde møde mennesket, og ikke kun sygdommen. Dette kan jeg sige en hel masse om, men lader den ligge her. Jeg tror at du godt kan følge mig.

### **Personale bevidsthed om det HELE menneske**

Fokus på hele mennesket - og det kræver at personalet har gjort sig tanker om, hvorfor man ønsker at arbejde i psykiatrien og hvad den enkelte kan tilbyde hele vejen rundt. Slippe kontrollen og måske blot være sammen som mennesker, der kan undre sig sammen over livet - i mødet med det medmenneske der lider i din sjæl.

Marianne Secher: Tusind tak X...ja jeg er helt med og enig. Min tilgang er Socialpædagogisk og filosofisk eksistentiel... Det er socialpsykiatri jeg har kendskab til...

### Løn for erfaring...

F: Hej Marianne. Held og lykke med projektet. Hvad er lønnen for at deltage i Dit projekt? - ja, for hvis jeg skal drømme om en bedre psykiatri, så er en del af den drøm, at man får aflønning for at bruge sin tid på at deltage i sådanne projekter... smile

### Psykiatrisk diagnose overskygger somatisk sygdom

G: Jeg vil lige nævne et par ting, som jeg tror, er meget vigtige, man som medarbejder er klar over. Der er fokus på overdødeligheden i en ung alder blandt psykiatribrugere, men ikke på den store stigmatisering man ofte møder hos den praktiserende læge eller det somatiske sygehusvæsen. F.eks. kan stofskiftesygdomme overses fuldstændig, fordi symptomer som depression (for lavt stofskifte), eller hjertebanken (for højt stofskifte) forklares med den psykiatriske diagnose. Dette til trods for at 1/3 af dem som er eller har været i Litiumbehandling udvikler stofskiftesygdomme. Jeg gik selv med en ubehandlet stofskiftesygdom i min. 1,5 år og havde jeg ikke skiftet læge, så ved jeg ikke, hvornår jeg var kommet i behandling.

Men også mere almindelige sygdomme kan udvikle sig til at blive livstruende. Jeg boede på et socialpsykiatrisk døgntilbud og havde rygsmerter og svært ved at ligge ned pga. åndenød og fik derfor besked på at gå til læge. Hun fortalte mig med det samme, at jeg havde myoser fordi jeg havde det psykisk dårligt. Jeg gik hjem og var så flov over at være så medtaget af myoser, lavede skulder og rygøvelser, men fik det bare værre og værre. Næste dag blev jeg kørt ned til lægen af en ansat på botilbuddet, og hun gik med ind til lægen. Så blev jeg undersøgt og havde en heftig dobbeltsidet lungebetændelse og mit infektions tal var så højt, at maskinen ikke kunne aflæse det. Desuden fik jeg besked på, at tage på skadestuen næste morgen, hvis penicillinen ikke havde hjulpet. Der skal et godt helbred til for at overleve, det danske sygehusvæsen jeg har nævnt mine egne eksempler, men hører om denne problematik mange steder. Det er en livsfarlig form for stigmatisering og desværre afholder denne fokusering på diagnoser, mange psykiatribrugere fra at gå til den praktiserende læge, fordi alt alligevel forklares som psykisk dårlighed.

Jeg håber at du kan se min pointe og mine oplevelser er desværre langt fra enestående. Selvom jeg har 10 psykiatriske diagnoser, kan jeg godt være syg somatisk. Ikke flere vanvittigheder fra mig. Pøj pøj med projektet.

### Kriterier for diagnose udvides

H: Som tidligere psykiatrisk patient i gennem 15 år synes jeg, at der er to meget vigtige ting, der burde være mere fokus på. For det første, er det en stor fejl i mine øjne, at kriterier for om man kan få en diagnose, på papiret, bliver bredere og bredere. I fremtiden vil man blive anset for at

være dybt unormal, hvis man ikke har en diagnose eller tager en form for pille i ny og næ. Alt for mange behandlere, ser for ofte kroppens signaler som sygdom og sygt. Uden at kigge på mennesket bag og den naturlige forklaring, der ellers kunne ligge.

### **Bivirkninger af medicin bliver opfattet som forværring af den psykiske tilstand**

Medicin er tit det første en behandler tænker på når de møder et menneske i ubalance. Og hvis medicinen giver bivirkninger er det meget sjældent, at det nye symptom/signal, bliver opfattet som en bivirkning af medicinen, men snarere opfattet som forværring af sygdom.

Dette giver en ond spiral for mange mennesker. Det synes jeg burde kunne gøres bedre i Danmark. For det andet, burde der være mere fokus og tilbud til dem der kommer ud af medicinen. Desværre stopper de fleste tilbud i psykiatrien så snart man tager den sidste pille. Hvis livet har været svært før, så bliver den det da virkelig nu, hvor man intet har at dulme det med. Derfor burde der være flere tilbud til dem der kommer ud af medicin for, at de kan opretholde livet uden medicin eller andre rusmidler; især fordi der bliver flere og flere dem der kommer ud af medicin. Håber mine synspunkter kan komme til gavn.

### **Vær nysgerrig på patientens indre liv**

I: Det aller vigtigste er at personalet tør være nysgerrige. Nysgerrige på patientens tanker, oplevelser, drømme, fantasier, håb og ønsker. Og så er det vigtigt at man forholder sig neutralt og ikke kun vedkender sig den ene eller anden retning, men ser på hvad der er bedst for det enkelte menneske. Simpelt

### **Samarbejde mellem region og kommune**

J: Noget med samarbejde på tværs af region/kommune, mere med inddragelse af netværket/tavshedspligten og ja mere om stigmatisering/kommunikation.

K: Det aller, aller vigtigste er at høre og virkelig lytte til psykiatribrugere og ex. psykiatribrugere. Akademisk viden mener jeg ikke vil bringe noget nyt ind i psykiatrien.

L: Præcis og den største kompetence man skal have for at kunne kalde sig en god kommunikator er evnen til at lytte, rigtig lytte!

Marianne Træbing Secher: Ja K, at lytte er virkelig vigtigt og her kan en filosofisk lyttende position med åben undren måske være på tide? Psykologien har hersket længe...?

L: Så med andre ord, så foreslår jeg at du bringer nogle psykiatribrugere/ex psykiatribrugere i spil. Jeg er sygeplejerske og ex psykiatribruget, men jeg bor i Region X.

Bidrag indsendt i marts 2016, sammenskrevet og redigeret maj 2016

Susanne Lautrop, Fejøl, 30.maj 2016