

# TEMA/

## VÆRDIER PÅ TVÆRS

1. Afstigmatisering
2. Ansvarlighed
3. Autonomi
4. Faglighed
5. Håb
6. Ligeværdighed
7. Omsorg
8. Relationen
9. Respekt
10. Rummelighed
11. Tilgængelighed
12. Åbenhed

Læser man Fælles værdigrundlag bagfra, er det disse tolv værdier der er op-listet. Hvad ligger der mere konkret bag når hverdagen rammer? Hvordan kan man arbejde mere eller mindre bevidst ud fra disse værdier? Og er der gode eksempler – i socialpsykiatrien og især i psykiatrien – på nye måder at arbejde på?

- I »Guddommelige visioner« knytter Ulla Schrøder nogle kritiske kommentarer til værdioplæggets næsten hellige rig-tighed. Hvad med pengene og den po-litiske vilje?

- På side 10 starter en længere artikel om det opsøgende psykoseteam i Storstrøms Amt. Her træder man if. eget udsagn ikke andre sektors faglighed over tærne. Artiklen følges op af et portræt af Torben Grandfeldt, teamleder i psykoseteamet med en lang fortid som SKP'er.
- Ikke at hænge i en klokkestreng og et intenst brug af faglig sparring, er nogle af de instrumenter som Bostøt-ten i Århus bruger når de skal sikre den gode indsats også mod egen ud-brændthed. Se side 15.
- På side 17-22 er der artikler om bru-gen af den finske model »Åbne samtaler« som man alvorligt forsøger at tage i brug på Fjorden i Roskilde Amt. Det betyder blandt andet et farvel til konfe-rencen og at patienten er med i alle beslutninger. Carsten Meyer Olsen fortæller hvordan det kan opleves som patient.
- I »Sproget på dagsordenen« på side 23 beskriver Ulla Jørgensen i grove

træk hvor forskellige kommunikative kvalifikationer man skal have som bruger for at færdes i hospitals-, distrikts- og socialpsykiatrien.

- Temadelens sidste artikel kommer fra Skanderborg og Odder-regionen hvor man som alternativ til de opsøgende psykoseteam har organiseret sig med møder mellem alle berørte faggrupper. Fokus er ikke så meget på værdier i første omgang som på samarbejde på tværs af sektorer. Se side 26.

Har du kommentarer til det du har læst, er debatten åben på [www.socialpsykiatri.dk](http://www.socialpsykiatri.dk) hvor du også kan downloade ekstrakopier af indstikket »Fælles Værdigrundlag«. Du kan også i indstikket se hvornår efterårets debattmøder ligger og tilmelde dig via PsykiatriFonden på tlf. 3929 3909. Velkommen til tasterne og til efterårets debattmøder. /mb

# Gud- dommelige visioner

Af **Ulla Schrøder**  
Kandidatstuderende  
DPU i Pædagogisk  
antropologi

*Med erfaringer »fra gulvet i socialpsykiatrien« knytter Ulla Schrøder her nogle kritiske kommentarer til oplægget om fælles værdigrundlag. Uimodsigeligt i al sin rigtighed og dog ...*

Socialministeriet og Sundhedsministeriet har fået udformet et udkast til et fælles værdigrundlag i indsatsen for voksne med sindslidelser. Udkastet indeholder alle de rigtige ord og meninger, som nok ikke er nye, men som ikke tidligere er forsøgt samlet med opbakning på så højt politisk niveau. Udkastet er i al sin rigtighed på en måde uimodsigeligt. Og alligevel skal jeg med baggrund i mine erfaringer »fra gulvet«, som pædagog i et aktivitetscenter, knytte nogle kommentarer til ideen om »et fælles« værdigrundlag.

### Skrevet i himlen?

Der er noget guddommeligt over visionerne. Tænk om visionerne på de tolv bud i de tværgående værdier i psykiatrien endelig kunne blive til gavn for såvel de sindslidende, som for de mange ansatte som har valgt at arbejde i behandlings- og socialpsykiatrien. Der foreligger flere officielt stemplede kvalitetsrapporter, men ikke nogle kritiske analyser af hvad der etisk set ikke fungerer og hvorfor det ikke fungerer.

Der mangler et kritisk katalog hvor de relevante parter har udformet eksempler på hvad der går galt, hvad der må ændres og med hvilken prioritering. De relevante parter i debatten er de sindslidende og deres pårørende, civilsamfundet, personalet i behandlings- og socialpsykiatrien, lederne samme steds samt de politiske niveauer i kommuner, amt og stat. Men selv om udkastet er skrevet med en indlevende og meget kyndig hånd, så mangler der skriftlige udkast fra flere af interessenterne. Og måske med god grund. Dels ville det nok afsløre at de eksisterende værdier langt fra er fælles, og dels ville det åbenbare at det er på gulvet og i hverdagen at værdierne skabes. Ikke i den ministerielle himmel. Alle ved at en efter-

følgende debat sjældent retter mange kommaer i det overordnede udkast, og at andre skriftlige indlæg vil få en underordnet status som »kommentarer«.

### Værdigrundlag og økonomi

Gennem de mange år jeg har haft kendskab til psykiatrien, har jeg læst og hørt om utallige nyskabende ideer, tiltag, tanker, visioner på de sindslidendes vegne, men altid har de været forbundet med en kortsigtet økonomi. Etisk og behandlingsmæssigt rigtige foranstaltninger, som kører godt og effektivt, kan i løbet af få møder i amtslige eller kommunale udvalg undermineres eller tages af bordet med et pennestrøg. Selv om det er »peanuts« der skal til for at vedligeholde dem. For hvis disse »peanuts« er nødvendige i en lille, bekvemmelig besparellespose, så ofrer man (dvs. ledelsen) gerne et eventuelt godt indarbejdet fælles værdigrundlag, der er til gavn for de sindslidende.

Et eksempel: Et velfungerende, fællesstyret, aktivitetscenter fik på et tidspunkt bevilget en sum penge fordi tingene gik så godt. Men pengene bliver pludselig – og uden brugerindflydelse – båndlagt til en brugerundersøgelse hvis spørgsmål brugerne undrer sig over, da de få år tidligere har svaret på næsten de samme spørgsmål om deres behov som psykisk syge. I deres indre vidste de at de alligevel aldrig fik deres behov og ønsker opfyldt – uanset spørgeskemaundersøgelsen. Og ganske rigtigt: pengene blev brugt uden synligt resultat for de sindslidendes ve og vel. I stedet blev det velfungerende center pålagt besparelser med synlige funktionsforringende effekt.

### Værdimøder

Der er mange forskellige vinkler på selvet, og de forskellige interessen-

ter møder ofte med hver sin egen indfaldsvinkel. Spørgsmålet er derfor hvordan man med hver sin vinkel på selvet kan opnå at behandlerne tager ansvarlighed alvorligt, at autonomien er i højsædet (og ikke som nu gemt under bordet), at fagligheden bevirker at man får kompetent, individuel behandling (og ikke blot et eksperimentelt afprøvet program fra udlandet), at håbet er vigtigt uanset hvor svært og sort det ser ud, at ligeværdigheden betyder at vi er samarbejdspartnere selvom der er mange følelser man ikke forstår, at omsorgen hviler på gensidighed selv når egenomsorgen svigter? Er det virkelig et fælles værdigrundlag eller i virkeligheden et respektfuldt »møde mellem forskellige« værdigrundlag vi skal arbejde imod?

Jeg er ikke i tvivl om at det skrevne udkast kan fremprovokere en debat. Men jeg kan frygte at debatten bliver krusninger på overfladen og at der nedenunder fortsat vil være en række »kampe«: mellem fagfæller, mellem brugere og professionelle, mellem brugerne indbyrdes, mellem behandlere og amter/kommuner, etc. Og jeg spørger derfor mig selv: »hvem skal definere det fælles værdisyn, og hvad hvis processen der skal integrere forskellighederne ikke virker og økonomien ikke holder?« Hvem sidder så i »Integrationsministeriet« og bestemmer hvad der er »fælles, og hvem sidder tilbage med problemerne? Hvad i udkastet sikrer at forskelligheder og uoverensstemmelser i dagligdagens værdiudøvelse vedbliver med at blive åbent debatteret? Hvor er implementeringsprocedurerne?

Lad os derfor få en debat hvor de forskellige værdisyn illustreres tydeligt og hvor eksempler på deres mulige »løsninger« fremdrages. Lad os få udkastet ned på jorden.

# Mennesket i centrum

*I det opsøgende psykoseteam i Storstrøms Amt fokuserer man på menneskets ressourcer – både patienternes og medarbejdernes*

Kritikken har haglet ned over modellen med de opsøgende psykoseteam. Torben Grandfeldt, teamleder af det opsøgende psykoseteam i Storstrøms Amt, har med egne ord været en af dem der har råbt højest om det dårlige i at behandlingen rykker ud i

folks hjem, at den sociale indsats bliver ledet af psykiatere og at modellen er en fra »vugge til krukke«-model, hvor der ikke er mulighed for at komme sig, man er altid under psykoseteamet, aldrig færdigbehandlet.

## Den sociale indsats

– Som en af landets første SKP'ere er det stadig den sociale indsats over for nogle af samfundets svageste borgere jeg brænder for. Jeg ville være med til at præge hvordan de opsøgende psykoseteam kom til at udforme sig.

Fokus i det daglige arbejde i det opsøgende psykoseteam er den individuelle støtte og hjælp til selvhjælp. Arbejdet sigter mod at hjælpe brugeren til at tilegne sig mestringsstrategier og finde egne holdbare livsværdier.

Det opsøgende psykoseteam i Storstrøms Amt hører til i den sundhedsfaglige del af psykiatrien, og det behandlingsmæssige ansvar er overlægens. Behandling og pleje tager udgangspunkt i patientens ressourcer og bygger på disse frem for på de problemer som sygdommen medfører.

– Det er en behandlingsmodel, den ligger i amtsligt regi, den har en læge fast tilknyttet og der bliver ordineret medicin og andre behandlingstiltag i brugerens eget hjem.

## Forsøgsordning

Det opsøgende psykoseteam i Storstrøms Amt er en forsøgsordning for en toårig periode. Samarbejdet er mellem de fire Falster-kommuner og amtet. Kommunerne fik et tilbud om at nogle af deres sværest stillede brugere kunne komme under det opsøgende psykoseteam, og der har ifølge teamet været en positiv indstilling hele tiden. Det drejer sig ikke kun om at der er flyttet en udgift, men om at de også gerne vil skabe tilbud der kan give deres borgere en

Foto: Nis P. Jørgensen





Det opsøgende psykoseteam i Storstrøms Amt er sammensat af:

En social- og sundhedsassistent  
En sygeplejerske  
To ergoterapeuter  
To pædagoger  
En læge som backup  
En sekretær og koordinator

Til mødet var desuden center  
souschefen som dagligt er på  
Oringe, Amtshospitalet i Vording-  
borg

Teamet mødes hver onsdag eftermiddag. Fra venstre ses: Gitte Brinch, sygeplejerske, Lone Gøttler, center-souschef, Lene Kristrup Hansen, læge, Torben Grandfeldt, pædagog, Helle Granberg, ergoterapeut, Lone Feltsen, ergoterapeut, Pernille Thillerup, sosu-assistent, Helle Raith Sørensen, sekretær og koordinator.

mere respektfuld og kontinuerlig behandling end de mange både korte og langvarige indlæggelser der var livsbilledet før.

At være under psykoseteamet forhindrer ikke at man bruger de øvrige socialpsykiatriske tilbud i kommunen.

– Vi arbejder godt sammen med socialpsykiatrien, vi kender deres tilbud og de kender til os. Det er fint hvis vores brugere kommer ud, og for mange af dem er det at komme på et værested et væsentligt bedringstegn.

### Som fanden læser biblen

Der er lige nu 45 patienter visiteret til teamet, og der er seks kontaktpersoner. De skulle egentlig hedde »case managere«, men »hvem vil være en case?« som center-souschef Lone Gøttler retorisk spørger. Vi er inviteret til teammøde i det opsøgende psykoseteam, og Lone Gøttler deltager fra det amtslige psykiatriske hospital – Oringe.

Det er ingen hemmelighed at ACT-modellen er amerikansk og at en del af kritikken herhjemme er gået på at man bringer en ameri-

kansk model til Danmark og så vil være modeltro.

– Vi har alle sammen fået »biblen«, og vi synes alle at vi er modeltro, men det ser jo helt forskelligt ud fra det vi læste om Sønderjyllands Amt, og det viser jo bare at modeltrohed ikke eksisterer som et stationært begreb. Modellen skal læses i brugerens lokalmiljøkontekst. Vi er jo ikke amerikanere, og samfundet skal ikke laves til at passe modellen. Det skal da heller ikke være sådan at man aldrig kan komme ud af »tilbuddet« igen. Når man fokuserer på ressourcer, er det i mine øjne godt at have en plan for hvor man arbejder hen, men omvendt kan den jo også komme til at lukke sig om problemet, blive snærende, og det skal vi undgå, siger Lone.

– Men det ville da være fint hvis folk stadig kunne vælge at ringe til deres kontaktperson, sådan som de kan nu, så man ikke skal begynde forfra hvis man får det dårligt igen.

### Ting tager tid

At ændre på fokus er ikke gjort med et slag. Alle har traditioner med sig i

bagagen, og mange af de patienter der er visiteret til teamet – trods navnet er der intet rigtigt opsøgende i modellen – er også efter mange år ind og ud af hospitaler og tilbud inde i en patientrolle hvor de ikke er vant til at tænke at de har ressourcer. Ifølge Gitte Brinch som er sygeplejerske i teamet og har 13 års erfaring fra Oringe, er der et stort stykke arbejde både med en selv og med patienterne når man skal støtte til et godt liv uden for mange indlæggelser.

– I psykiatrien er vi sådan en stor happy familie, med rollerne fordelt. Nu skal vi alle oplæres til at tænke anderledes, måske kunne det at arbejde målrettet med handleplaner hjælpe både brugerne og os, som en slags kontrakt hvor de kan definere hvad der er vejen til et godt liv for dem.

Men målet med at undgå indlæggelser for enhver pris, synes hun, er misforstået.

– Indlæggelser indimellem forhindrer ikke et godt liv, måske tværtimod. Det er »svingdørsindlæggelserne« vi skal undgå, og det er kontinuiteten vi skal fremme.

## Lægens bord

Kontinuiteten i forhold til indlæggelser er bl.a. at den læge som er tilknyttet teamet, følger patienten med ind på hospitalet og altså er psykiater for patienten på alle tidspunkter.

Den oplysning leder automatisk til at spørge teamets psykiater, Lene Kristrup Henriksen, om hvordan hun så modtages på en almindelig hospitalsafdeling.

– Der er min rolle ikke så meget anderledes end de andres. Jeg kender jo også hospitalspersonalet for jeg er ikke kun ude i folks hjem, jeg har en fast dag om ugen på Oringe og har den faglige sparring med andre psykiatere. Men ledelsen på Oringe er altså også anderledes end mange andre steder, de var imøde-

kommende og glædede sig til at jeg kom, jeg skulle ikke ned og være den evigt udkældte psykiater.

## Jobforventninger

Det er meget forskelligt hvad de forskellige teammedlemmer beskriver som det gode ved deres arbejde nu, men fælles er dog at flerfagligheden er vigtig, de kan alle mærke når der mangler nogen. Desuden er det at de kender deres patienter og kan være fleksible i tilrettelæggelsen af deres besøg noget af det rigtig gode. For social- og sundhedsassistent Pernille Thillerup var håbet med stillingen at få større selvstændighed og indflydelse på arbejdet og tilrettelæggelsen, noget som hun mener det generelt er svært for hendes faggruppe at få. For Lone

Feltsen som er ergoterapeut, var det at tage udgangspunkt i menneskets ressourcer ikke nyt, men det var en stor udfordring at stå alene ude i folks hjem, at det hele var så selvstændigt. For sygeplejerske Gitte Brinch var det væsentligt at komme væk fra det traditionelle sygeplejefokus på problemer og i stedet se på ressourcer.

Projektperioden er ved at være afsluttet. Men det næste halve år skal ikke bruges til afvikling, de tror alle på at samarbejdspartnerne i projektet – 4 kommuner og amtet – vil fortsætte ud over projektperioden. Evalueringsrapporten skal danne grundlaget for beslutningen, men hvis kriteriet er færre indlæggelser og kontinuitet, skulle beslutningen være ligetil. /mb

## BAGGRUND/

# Opsøgende psykoseteam på Falster

- Det opsøgende psykoseteam i Storstrøms Amt arbejder »modeltro« efter modellen Assertive Community Treatment (ACT). Det kan oversættes som vedholdende, insisterende eller pågående, samfundsbase ret behandling<sup>1</sup>. Der er mere fokus på kontinuitet end på vedholdenhed; man skal også kunne blive fri for psykoseteamet.
- Fokus på lokalsamfundet som det naturlige sted for behandling og recovery
- Det er et toårigt forsøgsprojekt som løber fra 1. marts 2002. Der er ansat en evaluator til at sammensætte slutrapporten på baggrund af bl.a. de skemaer som personalet udfylder efter hvert besøg. Merete Nordentoft er ansat som forskningsleder.
- Hele hospitalspsykiatrien i Storstrøms Amt er blevet omlagt. Amtet er delt op i tre blokke; syd, midt og nord. Hver blok har et langtidsteam – det der ellers kaldes distriktspsykiatrisk center – og derudover er der et sengeafsnit på Oringe i Vordingborg med en højskærmet og en lavskærmet afdeling. På Oringe er lægerne ikke længere fast tilknyttet de enkelte sengeafsnit, men følger patienterne; det gælder også den læge der er tilknyttet teamet, hun følger patienterne ind på hospitalet.
- Alle patienter har en kontaktperson – ordet case manager bruges ikke over for borgeren. Man har også sekundære kontakt-

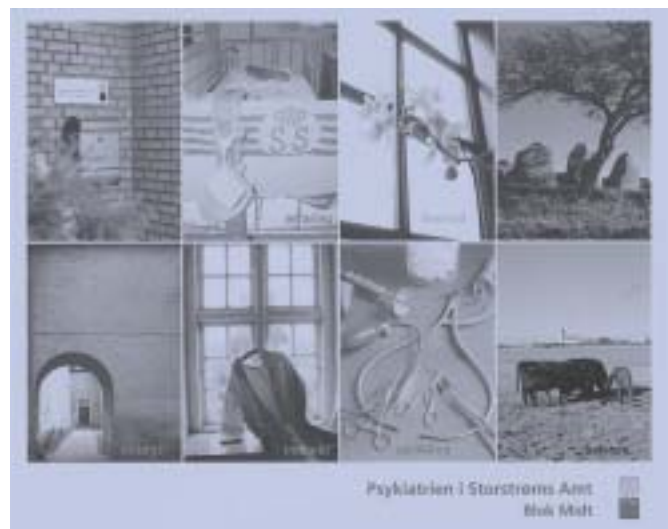


Foto: Nis P. Jørgensen

personer som dækker ved ferie, sygdom m.m. Der er en døgn-telefon som de ansatte skiftes til at tage, så det er muligt altid at komme i kontakt med teamet.

- Hvis du vil vide mere om strukturen i behandlingen i Storstrøms Amt, kan du kontakte center-souschef Lone Gøttler på tlf.: 5535 1124.

1. Stein og Santos, Psykoseteam – en model for opsøgende psykiatrisk arbejde, Hans Reitzels Forlag 2000. Oversat af Agnete Iversen og Per Vendsborg

# SERIE/

## PORTRÆT AF EN »SPRINGER«

Torben Grandfeldt  
teamleder i det opsøgende psykoseteam  
i Storstrøms Amt.

Vi indleder her en serie små medarbejderportrætter af folk der er gået fra at arbejde i socialpsykiatrien til behandlingspsykiatrien – eller den anden vej. Vi lader folk selv tale.



*Hvilken uddannelsesbaggrund har du?*

Jeg er oprindeligt uddannet klubpædagog, men har egentlig ikke arbejdet i den sektor.

*Hvad er så din arbejdsbaggrund?*

Jeg var en af de første støtte- og kontaktpersoner, fra 1993-1998 – dengang ordningen var forsøgsordning og var forankret i Det Gule Hus på Nørrebro. Jeg havde ingen særlig erfaring med arbejdet med mennesker med sindslidelser – og vi havde nogle af de »tungeste« sager, men jeg havde god faglig sparring. Tendensen i dag med at lægge SKP-ordningen på lokalcentre er en fejl; man skal tilknyttes grupper af andre der arbejder sådan.

*Hvad er SKP-ens vigtigste kompetence?*

Empati. Og så kan billedet om at arbejde i »det konfliktfrie rum« – at stå uden for medicin og økonomi – være en god indfaldsvinkel.

*Hvad beskæftigede du dig med fra 1998?*

Jeg blev psykiatrikoordinator i Høje-Tåstrup Kommune, hvor jeg blandt andet var med til at etablere SKP-ordningen. Det skulle være »så rigtigt« som muligt; jeg ønskede at komme tættere på beslutningerne.

*Kom du så det?*

Ja, men det var anderledes end jeg havde forestillet mig. Dem højere oppe i systemet brænder ikke med, og så er der alt for mange arbejdsopgaver. Sagsbehandlerne brugte mig meget. Samtidig holdt jeg fast i at være kontaktperson for nogle brugere – administrativt personale skal ud.

*Hvorfor søgte du så stillingen som teamleder?*

Jeg så opslaget i avisen; de søgte alle medarbejderne til teamet på én gang og det lød sgu spændende. Før så jeg en fare ved de opsøgende team; det kunne være en indirekte nedlæggelse af SKP-ordningen, og det ville være en stor fejl. Jeg ville gerne være med fra starten og præge det i egen retning, med nogle af værdierne fra socialpsykiatrien. Jeg var før i tiden meget imod psykoseteam, men jeg har fået revideret nogle af mine opfattelser og synes i hvert fald ikke at det er så overgribende som jeg før så det.

*Har du eksempler på fordomme der er ændret?*

Ja altså, jeg mødte ikke de fordomme jeg havde forventet. Ledelsen i Storstrøms Amt bakkede fuldstændig op og har også lavet ændringer i hele hospitalsstrukturen, og så har vi altså et skidegodt team som respekterer hinandens faglighed. Vi er fagligt bredt sammensat så vi kan supplere hinanden når der er videnshuller og dermed maksimalt udnytte hinandens ressourcer. Der er plads til at rette projektet til efter lokale forhold.

*Hvordan skaber man et godt team?*

Det eneste teambuilding vi har haft, var et tomt lokale og en palle IKEA-møbler der skulle samles ... Vi har teammøder to gange tre timer om ugen, hvor vi udveksler erfaringer og laver overdragelser osv. De er utroligt vigtige, der er ingen der arbejder alene, og vi får flere vinkler på problemer fordi vi har forskellig faglighed og erfaringer.



Der er stadig forskel på menneskesynet; fælles sprog og værdier er det bedste for brugerne, men det tager tid.

Hver måned har vi supervision – ikke sagssupervision, men personalesupervision. Jeg tror vi efterhånden har brug for teambuilding-kurser; et team og en personalegruppe er ikke det samme, og teamet skal løbende styrkes.

Vi fungerer heller ikke alene. Vi bliver hørt, og vores erfaringer og andres bliver udvekslet løbende og formelt når Lokopsykiatrisk råd Falster mødes engang i kvartalet. Det består af medarbejderne, amtets ledelse og kommunerne.

*Har der ikke været konflikter med de øvrige behandlingstilbud?*

I starten lå spændingsfeltet i forhold til langtidsteamet (distriktskykiatrien, red.), hvor der jo er meget mere tryk på, flere patienter osv. Nu fungerer det fordi de ikke føler sig truet af os, nærmere aflastet, og der er åbenhed, vi kender hinanden, og så er der ingen pral. Det gør også at de visiterer til os.

*Hvad kan socialpsykiatrien så lære af behandlingspsykiatrien?*

Her dokumenterer vi alt vores arbejde og vores timeforbrug. Der har jeg revideret min opfattelse. Det at skrive ned og dokumentere sit arbejde kontinuerligt, hjælper til refleksion. Man skal ikke være så bange for at have noget stående om brugerne – især ikke hvis man har

sager hvor man ikke synes at der sker en skid. Det med dokumentationen kunne socialpsykiatrien lære noget af. Til gengæld har socialpsykiatrien nogle værdier som arbejdet traditionelt planlægges efter, der er mere rummelige og som det lidt mere stive psykiatrisystem kan lære af.

*Hvad er det bedste tilbud hos jer frem for andre steder?*

Vores 24-timers telefonservice. Vi er ikke bare et 8-16-tilbud, men reelle kontaktpersoner der kan hjælpe folk der hvor de selv definerer at de har brug for det. Telefonvagten bliver passet af teamets medarbejdere, så det er kendte personer der tager telefonen, folk der kender brugeren og den nuværende problematik. Samtidig er jeg glad for at det er en del af kulturen at se på mennesket og ikke kun på problemet, det har jeg kunnet tage med fra socialpsykiatrien.

*Er det så det samme menneske I ser?*

... nej nok ikke helt, der er stadig forskel på menneskesynet; fælles sprog og værdier er det bedste for brugerne, men det tager tid. /mb

**Kontakt det opsøgende psykoseteam på tlf.: 5484 6560.**



# Respekten vejer tungest

*Når bostøtter går ind og ud af brugernes liv, er det utrolig væsentligt at de har forståelse og indføling med brugernes situation. Medmenneskelige værdier og forståelse har stor betydning for Bostøtten Syd i Århus*

De medmenneskelige værdier er tit til diskussion blandt bostøtterne i Bostøtte Syd i det sydlige Århus. Konstant sætter mødet mellem bostøtten og den psykisk syge bruger fagligheden og medmenneskeligheden i spil.

Der skal være plads til spontanitet og fleksibilitet i samværet når behovet skifter fra »renøgøring« til »beroligende snak«. Bostøtterne skal have et vågent øje med brugernes behov.

– Vi har en dybtliggende respekt for andre mennesker som udgangspunkt for vores indsats. Værdierne er ikke konkretiserede, men vi forholder os hele tiden til at vi ikke er eksperter i brugernes liv, men at vi er til for brugernes skyld, siger Elisabeth Brix.

– Ja, det er brugeren som sætter dagsordenen for hvordan mødet skal være og hvor lang tid vi skal være hos vedkommende. Derfor er

**Stig Petersen**  
journalist



Foto: Nis P. Jørgensen

»For elever der kommer herud, kan det se ud som om vi bare drikker kaffe og ryger smøger når vi snakker og lytter, men det er den relation der tæller for brugeren«.

*»Vi er nødt til at se på  
den enkeltes situation  
og kan derfor ikke klare  
alting mellem kl. 8 og 16.«*

det vigtigt vi har en klar fornemmelse af hvordan brugeren har det i dag, så vi er i stand til enten at lave noget ekstra eller noget helt andet end aftalt, hvis det er det der er behov for. Det kræver fleksibilitet i mødet og i indsatsen, uddyber June Hartvig.

Begge er ansat som bostøtter i Bostøtten Syd, som dækker 36-37 brugere med stort behov for støtte.

– Da jeg blev ansat for seks år siden, mente jeg at når det var aftalt jeg skulle være to timer hos en bruger, så skulle jeg da det. Og hvis jeg ikke kunne holde fast i det, så fejlede jeg. Men reelt må vi i dag sige at dagen og mødet stort set aldrig bliver som det var aftalt. 75% af de aftalte indsatser bliver ændret i løbet af ugen. Vi er nødt til at se på den enkeltes situation og kan derfor ikke klare alting mellem kl. 8 og 16. Flexibilitet skal vi have med os, men det gør da også jobbet sjovere, mener Elisabeth Brix.

#### **Dilemmaer til debat**

– Vi vil gerne yde en masse, men må også erkende at der er et dilemma ved at tære for meget på sig selv. Derfor har vi brug for hinanden, også til at sige: »nu er du lidt for meget oppe at køre.« Vi passer på hinanden, og derfor har vi ingen udbrændthed her, mener June Hartvig.

De ansatte bostøtter bruger meget tid på at diskutere etik og værdier ud fra mødet med de konkrete brugere. Hver onsdag mødes alle for at drøfte indsatsen og de faglige udfordringer, medmindre en bruger har særligt behov for en bostøttes tilstedeværelse. På mødet kan alt tages op samtidig med at personalet hygger sig sammen.

– Vores holdning er at har vi det ikke godt som personalegruppe, så kan vi ikke yde en god indsats over for brugerne. Derfor lægger vi meget vægt på samværet om onsdagen, hvor vi også har mulighed for at tage særlige temaer op til diskussion. Desuden har vi hver 3. uge supervision med en psykolog om be-

stemte sager, og det er fantastisk værdifuldt, siger Elisabeth Brix.

#### **Tit diskussion om værdier**

– Værdier er tit til diskussion, på personale-møder og ved brugergennemgang. Hvad er godt at tage op i forhold til brugerne, hvordan sikrer vi at vi ikke tager ansvaret fra brugerne, hvor er brugerne og vores grænser for hvad vi går med til?

– Vi har altid to kontaktpersoner på den enkelte bruger, og det giver også lejlighed til hyppigt at tage diskussionen med den anden om et konkret spørgsmål, påpeger June Hartvig.

Gennem de hyppige diskussioner har bostøtterne erkendt at det der for nogen ser ud som omsorgssvigt over for brugeren, for dem selv kan være den vaskeægte omsorg. Det er ikke altid der bliver gjort rent selvom det står på planen, hvis det er tydeligt at brugeren har det ad helvede til.

– Så er det vi skal bevare relationen til brugeren, droppe støvsugningen og sætte os ned og snakke. For elever der kommer herud, kan det så se ud som om vi bare drikker kaffe og ryger smøger når vi snakker og lytter, men det er den relation der tæller for brugeren. Og vi skal ikke stresse dem i deres situation med at ville noget mere, mener Elisabeth Brix.

#### **Tålmodighed at finde ind**

– Men vi bruger da også lang tid på at snakke med brugeren om: hvad kan du bruge mig til, hvor vil du hen i dit liv, hvem er du, og hvad lægger du vægt på? På den måde finder vi efterhånden ud af hvad de gerne vil. Det kræver tålmodighed at komme frem til en erkendelse af hvor man er som bruger og hvilke behov man egentlig har. Den tålmodighed skal vi have; vi skal ikke leve deres liv. Det giver nogle dilemmaer om ansvar, svigt, brugerne forventninger over for vores egne, men dem tager vi op over for hinanden – eller til supervision. Vi bakker hinanden op og møder hinandens frustrationer, så vi opnår noget med



Det er ikke uret der styrer møderne med brugerne. 75% af alle aftaler bliver ændret i løbet af ugen.

vores arbejde for brugerne. Det er en udfordring at få en god relation til folk som har det svært, at arbejde med dem – og bevare den gode relation, siger June Hartvig.

– Hvordan ser I på brugen af handleplaner til fremme af værdierne i mødet?

– Handleplaner er godt i teorien, men reelt er onsdagens plan ændret fredag. Det bliver dermed ikke brugerens, men vores handleplan. Og

mange brugere siger: Handleplan, det kan I glemme, drik en kop kaffe i stedet. Hvis en handleplan skal bruges, så skal brugeren forstå hvad hensigten er; men handleplaner er ikke væsentlige for brugerne, siger Elisabeth Brix.

– Handleplanen kan være: at hjælpe folk til at leve i deres egen bolig. Vi må tage udgangspunkt i brugernes ressourcer – og se på deres livskvalitet og livssituation. Red-

skaber og skemaer duer ikke til alle, de kan virke begrænsende. Her er det afgørende om brugeren kan reflektere over eget liv, mener June Hartvig.

Og Elisabeth Brix nikker. Enigheden er stor, og det gælder for hele gruppen, fordi diskussionerne om de fagrelevante emner som værdier og handleplaner er hyppige.

# »Betonpsykiatri« forsøger også

*Et besøg på det finske sygehus »Keropudas« har inspireret medarbejdere på Fjorden – Roskilde Amtssygehus, Distrikt Øst – til at arbejde med begrebet »Åben dialog« i praksis. Her fortæller sygeplejerske Jaana Castella om processen*



**Af Jaana Castella**  
Ledende oversygeplejerske  
Roskilde Amtssygehus Fjorden,  
Distrikt Øst

Sygehuspsykiatrien bliver ofte betegnet som »den tunge betonpsykiatri« hvor nye tanker om behandling ofte er længe undervejs. Systemet opleves af flere som lukket og ekspertstyret, uden ligeværdighed og lydhørhed over for patienten og patientens netværk.

»Biologisk orienteret forklaringspsykiatri, der er bange for at tage fat i de reelle konkrete problemer, som opleves af mennesker i alvorlige psykiske, krisetilstande«, skriver Erik Olsen i »Socialpsykiatri« nr. 4/2002. Som medarbejder i dette system kan man være enig i nogle af påstandene og synes at de nuværende behandlingstilbud ikke altid imødekommer de behov patienten og familien har.

## Besøg på Keropudas sygehus

Første gang jeg hørte om »Åben dialog«, var på et seminar på Fjorden i 1999 med den finske psykolog Jaakko Seikkula og den norske professor Tom Andersen hvor de fortalte om begrebet »Åben dialog«. Jeg havde savnet alternativer til den måde at tænke sygdom og behandling på som vi havde herhjemme, men havde også svært ved at se hvordan man kun-

ne organisere et sygehus ud fra »Åben dialog«. Derfor foreslog Jaakko Seikkula – chefpsykolog på stedet i mange år – at vi kunne besøge Keropudas sygehus for at følge med i behandlingen. Vi var to sygeplejersker, som tog af sted og fik mange gode erfaringer med os hjem.

## Begrebet »Åben dialog«

Kort kan principperne i »åben dialog« beskrives som behandlingsarbejde der:

- Handler om at undgå indlæggelse og minere anvendelsen af neuroleptika
- Tager udgangspunkt i netværket, familiens vilkår, behov og virkelighed
- Handler om samtale og om sproget, at skabe mulighed for dialog
- Viser ligeværdighed, ydmyghed og respekt fra behandlerens side til patientens og netværkets forståelse af deres situation.

Netværket forstås her som alle der kan bidrage til belystning af problemfeltet; familie, nabo, kollega, lærer, offentligt ansatte, samarbejdspartnere osv. »Åben dialog« er ikke en metode, men en tænkning, og den kan inkludere alle former for behandling. Det vigtige er at man



Det er snart slut med den traditionelle morgenkonference på Fjorden; den skal erstattes med samtaler med patienten

### Første møde inden 24 timer

Et af de vigtige principper er at der tilbydes et møde inden for 24 timer fra henvendelsen. I psykotiske kriser er det yderst vigtigt at patienten og netværket får øjeblikkelig hjælp. Psykotiske kriser ses som et forsøg på at finde mening med oplevelser og mestre erfaringer der er så svære at det ikke er muligt at konstruere en meningsgivende fortælling om dem.

Indlæggelse forsøger man at undgå fordi problemerne bliver isoleret og ofte mere fastlåst på hospitalerne – problemerne er der hvor de leves.

### Alt besluttet i gruppen

Alt drøftes sammen med patienten og netværket. Der afholdes ikke de traditionelle konferencer. Behandlerteamet, patient og netværk er med i dialogen om de forskellige forhold, spørgsmål og beslutninger. Undervejs reflekterer behandlerteamet mens patienten og netværket lytter på. Sygehuset har ansvaret for rammerne og kontinuiteten i behandlingen. Meningen er også at familierne kun oplever få professionelle omkring sig, og der henvises ikke videre i systemet medmindre det aftales i fællesskab under behandlingsmøderne.

### Studiekreds

Efter besøget i Finland samlede vi en gruppe interesserede medarbejdere til en studiekreds hvor vi studerede og drøftede teorier samt

er sammen om beslutningerne og at behandlerne er eksperter på deres felt, og familien er ekspert på deres liv og erfaringer.

### Den ideelle samtale

Det centrale element er mødet mellem patienten, netværket og det professionelle team. Alle befinder sig i samme situation; de har behov for hinanden og for at dele information og erfaringer. Teamets opgave er at skabe et rum hvor der bliver lyttet til en.

Formålet med mødet er at få de enkeltes meninger og tanker om problemet frem, så der opstår fælles erfaringer og fælles sprog i gruppen. Nye ord om problemet, et nyt sprog som ikke har været anvendt tidligere i denne sammenhæng, danner grundlag for fælles dialog. Med fæl-

les fundament dukker nye muligheder og alternativer frem som man ikke har haft øje for tidligere.

### Virkeligheden konstrueres

Teorierne – som Seikkula har beskrevet i bogen »Åbne Samtaler« tager udgangspunkt i socialkonstruktionismen og sprogteorier og beskriver grænsesystemer. Sådanne grænsesystemer opstår når patienten og hans familie møder sygehuset. Det handler ikke alene om mødet mellem disse to systemer, men om den tredje dimension, i grænselandet hvor de forskellige systemer møder hinanden. Det er den dimension der er udgangspunktet for »åben dialog«. Virkeligheden er en konstruktion som skabes i hver enkelt situation.

øvede os i samtalen og refleksionen. Studiekredsen mødtes hver anden mandag i to timer, og ud over repræsentanter fra hvert afsnit deltog distriktsledelsen også altid.

### Medarbejderne positive

Samtidig har der været afholdt undervisning og øvelser på alle afsnit. Der er opstået en naturlig nysgerighed i kølvandet på undervisningen og en lyst til at læse mere om teorierne. Flere anvender refleksionen som en mulighed undervejs i samtalen med patienten og netværket. Denne refleksion opleves af alle deltagerne som yderst inspirerende og givende. I 2002 afholdt vi en temadag med Jaakko Seikkula i distrikt Øst, hvor 60 medarbejdere ud af 140 deltog, og det på en lørdag hvor Danmark spillede kvalifikationskamp til EM. Denne temadag har givet stor inspiration for mange til at arbejde videre med »åben dialog«.

### Hele organisationen skal med

Vi er ved at være så langt at der er en stor og presserende interesse for videreuddannelse. Og vi får løbende inspiration, gode råd og vejledning af vores nordiske kolleger. Jaakko Seikkula og Tom Andersen arrangerer årligt et møde for professionelle der arbejder med åben dialog i sygesektoren. Ved det 7. internationale møde i 2002 drøftede man hvordan man implementerer »åben dialog«. Det overordnede råd var at man skulle arbejde i bredden og på alle niveauer i en organisation, og at ledelsesstøtten er afgørende.

### Åben dialog i dagligdagen

Vi har ingen færdig plan for integration af »åben dialog«, men vi følger udviklingen i resten af Norden konstant og anvender principper fra »åben dialog« i vores dagligdag for at fastholde interessen og motivationen. En stor del af uddannelses-

og kursusmidlerne bliver anvendt målrettet mod »åben dialog«, og vi forsøger at anvende især refleksionen på temadage, møder og ved personaletræninger.

Vi kunne godt tænke os at styrke behandlingsarbejdet med direkte vejledning samt at der kunne skabes uddannelsesmuligheder inden for de offentlige systemer som man har bl.a. i Tromsø og Torneå.

### Lidt om »betonpsykiatrien«

At tale åbent mens patienten og netværket er til stede om de overvejelser og muligheder man som personale har om patientens behandling og pleje, er ikke noget man har været vant til. Vores sygesystem har længe været organiseret omkring eksperterne der mødes for at drøfte de problemer patienten og netværket har, for så at formidle forslag og beslutninger videre til patienten. Det kræver en hel del af de professionelle at kunne drøfte deres egne tanker åbent med patienten og de pårørende når man har været »skolet« til at agere på en anden måde. Hele den vestlige verden har vænnet sig til at de professionelle skal løse de problemer som patienten har og finde årsagen til sygdommen og dermed yde hjælp og støtte. Kritikken omkring »betonpsykiatrien« handler meget om manglende medinddragelse og medindflydelse, og det er et stort ønske fra mange sider at »systemet« kunne være mere tilgængeligt og åbent.

Vi er uddannet til at finde årsager og løse problemer. Men i forbifarten glemmer vi ofte dem der har problemet. Det gør de såmænd også selv, da man som patient og pårørende er så vant til at »systemet« kommer med løsningen.

### Fra »om« til »med«

Der arbejdes med »Et fælles værdigrundlag« inden for psykiatrien. Ved at læse oplægget som tager ud-

gangspunkt i mange væsentlige og gode principper, kommer jeg til at savne en bevægelse i sproget hvor det ikke handler om patienten, men med patienten. Det anvendte sprog med »Patienten skal« og »til den sindslidende« afspejler at dialogen og ligeværdigheden ikke alle steder har gode kår, at der stadig er en deling om hvem der ved bedst når »tilbud« gives.

Det er en meget lang proces at vende den magtbalance og hele tanke-sættet.

### Ingen fødselsgave

Tom Andersen har sagt at de professionelles vigtigste opgave er at tale med patienten og netværket om det de ønsker at tale med os om. »Åben dialog« handler ikke bare om at samle netværket og tale om de problemer patienten og familien har, men også om uddannelse og fagkundskab. Dialogens kunst er ikke givet til os som fødselsgave, men er en uhyre kompliceret sag der som regel kræver mange års uddannelse og erfaring. Samtalen er ikke blot en social snak, men en terapeutisk samtale, hvor de professionelle har ansvaret for at dialogen får gode vilkår, og hvor man kan tale om det det er vanskeligst at tale om.

### LÆS MERE/

#### Jaakko Seikkula

»Åpne samtaler« (norsk udgave)  
Tano Aschehoug 2000

#### Tom Andersen

»Reflekterende processer«  
Dansk Psykologisk Forlag 2000

# Sig farvel til ekspertrollen

*På Afsnit 3, på Sygehuset Fjorden i Køge er man gået i gang med at bruge åbne samtaler efter finsk model. Og det flytter grænser både for patienter og personale*

– Hvis man holder fast i forståelsen af mennesket ud fra diagnosen, vil man uvilkaarligt gå efter det man kender i forvejen. Problemet er at det ikke er sikkert at den viden hjælper. Vi er også ved at være lidt trætte af konferencer, der må da findes en bedre løsning end at vi sidder og taler om 14 patienter i stedet for med dem.

Det er Claus Smith, plejer på Fjorden, der fortæller om nogle af de problemer hospitalspsykiatrien i dens »normale« form har, og det med at afvikle konferencen er ikke bare et luftkastel, det er tanken at netværksmødet i nær fremtid skal være behandlingsmødet. »Socialpsykiatri« møder ham og en nyligt udskrevet patient, Carsten Meyer Olsen til en forklaring af hvad Åbne samtaler går ud på, hvordan de opleves, og de problemer der også kan være ved ikke at møde hverken de pårørendes eller personalets egne forventninger til hvad en læge skal.

## Starter med udskrivelsen

Når folk bliver indlagt, er udskrivelsen noget af det første vi taler med dem om, og det kan være foruroligende, utrygt. Men ideelt skulle behandlingen ud af hospitalerne, så indlæggelsen skal være så kort som mulig.

Signalet om at man selvfølgelig har det dårligt nu, men at man vil få det bedre meget snart, er vigtigt at sende. Det er et omdrejningspunkt at ingen i udgangspunktet er kroniske, men Carsten har dog et andet billede af det med den ideelle indlæggelse hjemme.

– For mig var det rart at det foregik på hospitalet. Det betød meget at komme ud af trummerummen derhjemme, især fordi jeg blev trappet ud af min medicin. Fremover ville det dog være ideelt hvis den faste kontaktperson jeg har haft her på afdelingen, var en jeg kunne kontakte igen. Hvis jeg får det dårligt igen, skal jeg over ambulatoriet i Roskilde og så »håbe« på at blive indlagt her for at møde nogen der kender mig i forvejen.

## Kontaktperson

Det var første gang Carsten var indlagt, og han var med egne ord »lidt forvirret omkring det hele«. Med Claus som kontaktperson var det den samme person han kunne tale med alt om:

– Det var ikke sådan en papegøje på skulderen, men ligeværdig, personlig sparring hvor jeg ikke følte mig patientliggjort.

Netværksmødemodellen blev grundigt forklaret – også at det var nyt og på forsøgsstadiet. Det virkede umiddelbart ret utrygt at skulle involvere sine nærmeste i »sit« problem fordi sygdom og især psykisk sygdom er tabubelagt og privat, men han kunne samtidigt se mange fordele og kontaktede sin familie og venner, som alle mødte op. Anderledes stod det til med den praktiserende læge, han forstod simpelthen ikke ideen og kom heller ikke.

Claus forklarer om modellens sygdomssyn at – det er væsentligt at alle bliver en del af problemet og i at løse det. Alle har en aktie, og det tager noget af sygdomsbyrden fra

patienten. Der er masser af relevante spørgsmål til gruppens dynamik, måde at løse konflikter på, hvordan takler man kriser osv.? Ved at få italesat nogle af disse problemer rykkes fokus fra sygdommen til en mere langsigtet model for løsning.

Men billedet af hvem der har problemet, deles ikke af Carsten. Det er i hans øjne alt for luftigt, hans netværk var der fordi han havde et problem, det var ham der var i fokus, og de var der for at hjælpe ham. Til gengæld er hans opfattelse af sygdommen som hans egen helt private blevet revideret. Han ville selv i dag blive bæret hvis en af hans venner ville bruge ham i sit netværk, at blive lukket derind hvor det også gør ondt og er større end det man normalt mødes om.

## Vender ryggen til

Der er afsat en time til et netværksmøde. Umiddelbart kort tid, men det kan føles som meget længe for deltagerne. Claus fortæller at han som kontaktperson er ansvarlig for at koordinere mødet hvor alle skal give deres version så der på den måde skabes et fælles udgangspunkt. Der deltager så vidt muligt en læge – som i sidste ende er den behandlingsansvarlige – og også gerne en anden fagperson. Når alle har givet deres besyv med, vender personalet ryggen til det øvrige netværk, rent bogstaveligt, og har så en samtale om hvordan de synes problemet ser ud og hvad der kan gøres behandlingsmæssigt. Det er her hvor netværksmødet overtager funktionerne fra konferencen og bliver meget større.



»Vi er forpligtet til som medarbejdere ikke at være enige, vi skal vise bredden«, siger Claus Smith, plejer på Fjorden i Køge.



Carsten Meyer Olsen var førstegangspatient på Fjorden og oplevede det at have en fast kontaktperson som ideelt: »Der var ingen papegøje på skulderen, men ligeværdig, personlig sparring«.

– Personalet har en forpligtelse til ikke at være enige, så vi viser bredden. Det er patienten og netværket der sidder med problemformuleringen. Det er svært for os der har arbejdet i psykiatrien i mange år; der ligger et stort arbejde i at vaske tavlen ren og acceptere at der ikke er en holdbar teori på forhånd, siger Claus.

– Jeg forsøger at gå ind i samtalen med åbne sanser, tanker og sprog. Når man siger: »måske kunne man sige at ...« i stedet for »jeg mener ...«, så har man åbnet samtalen og vist at man lytter til det de andre siger.

### Læge uden løsning

Hvordan har lægerne så reageret, er de med på tanken eller føler de deres behandlingsansvar gået for nær?

– Jeg er ret autoritært opdraget, så jeg var meget på stikkerne over for lægen, det var jo også ham der skulle stå for en diagnose og medicinering. Men jeg må indrømme at jeg blev meget overrasket. Jeg opfattede ham som meget deltagende og ærlig. Han fortalte mig at han ikke havde en diagnose til mig, og jeg blev trappet ud af min medicin (ordineret hos privat psykiater). Det var nok nogle andre forventninger både jeg og mit netværk havde, og det var faktisk rart at han ikke var skråsikker, fortæller Carsten, hvis netværksmøde var så godt at de fortsatte hjemme hos ham efter det officielle netværksmøde.

Claus fortæller at det har stor betydning at ledelsen er med i beslutningen om at det er den rigtige vej at arbejde, og at lægerne – i hvert fald på afd. 3 – er meget deltagende og måske også ser det som en berigelse af deres arbejde at komme ud af »diagnose-spændetrøjen«.

### Ikke åbent i hele amtet

– Men der er jo mange der ikke er med endnu. I Distriktpsykiatrien – som Carsten nu er blevet tilmeldt – skal de til at starte med »åbne samtaler«. Endnu er der ikke noget der sikrer at det netværksarbejde vi starter her, kommer med ud og bliver brugt senere. De nuværende strukturer gør at jeg f.eks. ikke kan fortsætte som kontaktperson efter indlæggelse, siger Claus.

Det lyder alt sammen meget harmonisk, respekt for mennesket, ligeværdighed, fokus på at komme sig, håb og i det hele taget listen af værdier fra debatoplægget til det fælles værdigrundlag. Kan det nu virkelig passe, føles det sådan når man er patient?

– Ja, jeg er en succes i forhold til det – det er jeg sgu ked af du – det er jo ikke så sjovt at skrive om det. /mb



# Sproget på dagsordenen

*Et fælles værdigrundlag er lagt ud til offentlig debat. I dette indlæg fremhæver Ulla Jørgensen vigtigheden af at sætte etikken og sproget på dagsordenen for at fremme dialogen i den lægefaglige og socialpsykiatriske behandling*

Overalt hvor det drejer sig om etik, står sproget på dagsordenen. Det er med sproget vi meddeler os til hinanden, skaber forståelse, aftaler og forventninger. Men der er store forskelle mellem kommunikationskulturen i hospitalspsykiatrien, distriktskykiatrien og den lokale socialpsykiatri. Det stiller krav til psykiatriske patienters bevidsthed om sprog og kommunikation – og ikke mindst til deres fornemmelse for hvordan man kommunikerer hvor. Er patienten godt sprogligt funderet og god til at tale sin sag, er chancerne for at få et positivt behandlingsforløb gode. Hvis der da ellers er tid til en dialog.

## Tid, tillid og dialog

Som det er nu, er patienter henvist til at afkode kommunikationskulturen i de forskellige fag- og professionskulturer som de kommer i kontakt med under deres sygdomsforløb. Den psykiatriske sengeafdeling på hospitalet er typisk det sted der tager sig af patienten i første fase af sygdomsforløbet. De fleste patienter ved godt at en god kommunikation med centrale fagpersoner kan være altafgørende for deres videre forløb. Men det kan være svært

at komme igennem. For det første har patienter i krise ofte ikke deres fulde funktionsevne på det sproglige eller intellektuelle plan.

For det andet har hospitalspsykiatrien organisatoriske rammer med en systemisk, instrumentel opgaveløsning, der foregår i en hierarkisk struktur hvor symbolske magtkampe præger hverdagen. Det tillader kun små sprækker af tid til dialog mellem fagperson og patient. Patienterne har med andre ord laveste status, og får sig et ekstra problem i mødet med organisationen: At genvinde troværdighed og autonomi og dermed fagpersonernes almenmenneskelige respekt. Det kræver tid, tillid og »Dialog med og indflydelse til den sindslidende og de pårørende.«<sup>1</sup> Uden disse forudsætninger dannes der en patientkultur hvor der udvikles modstrategier til mestring af den nye situation, og hvor personalets sprog, rutiner og adfærd afkodes symbolsk samtidig med at der udvikles en evne til at forvalte den lange ventetid på afdelingen på en passiv og indadvendt måde.

## Autonomi og kvalificerede valg

Kulturen og de fysiske rammer er anderledes



**Af Ulla Jørgensen**  
Patient i distriktskykiatrien og bruger af et socialpsykiatrisk værested

*»Der er store forskelle mellem kommunikationskulturen i hospitalspsykiatrien, distriktspsykiatrien og den lokale socialpsykiatri. Det stiller krav til psykiatriske patienters bevidsthed om sprog og kommunikation«*

*»I socialpsykiatrien er der desværre tydelige eksempler på at de professionelle ofte unddrager sig dialog og kontakt«*



i distriktspsykiatrien. Ganske vist er distriktspsykiatrien tæt knyttet til hospitalspsykiatrien, men den er en slags satellit med lokalmiljøkontakt. Det smitter af på måden patienterne modtages og selve kommunikationskulturen. Organiseringen lægger op til en mere åben dialog, længere forløb hvor gensidig tillid, forståelse og respekt kan udvikle sig. I distriktspsykiatrien er der både en lægefaglig behandling og en sideløbende, socialpsykiatrisk behandling, der har etik, dialog og stor faglig viden om menneske og samfund som sit afsæt.

I den socialpsykiatriske behandling er værdierne på dagsordenen

hele tiden mellem fagperson og patient. Hvorimod den meget korte tid der er afsat til en samtale med det lægefaglige personale, langt fra rækker til en ordentlig dialog og dermed tillid til den medicinske behandling. Her vil »deltagelse i planlægning af egen behandling, herunder behandlingskonferencer og koordinationsmøder«<sup>2</sup> fremme patientens mulighed for at få indsigt i den medicinske behandling og træffe kvalificerede valg om den.

#### **Høj personlig kompetence**

Kommunikationskulturen på de socialpsykiatriske væresteder adskiller sig markant fra hospitalspsykiatrien

og distriktspsykiatrien. Personalet har typisk mellemlange uddannelser som beskæftigelsesvejledere, plejere og pædagoger af forskellig art. På de fleste væresteder er praktikanter og aktiverede af stor betydning for den daglige dialog med brugerne. Ofte kan det være lettere at introducere dem for et problem og så lade dem bringe det videre til en fagperson, som så kommer og drøfter det med brugeren.

I socialpsykiatrien er der desværre tydelige eksempler på at de professionelle ofte unddrager sig dialog og kontakt. På den måde bliver det svært at skabe relationer til personalet, som blot forekommer at være til



*»Organiseringen i Distriktpsychiatrien lægger op til en mere åben dialog, længere forløb hvor gensidig tillid, forståelse og respekt kan udvikle sig«*

*»Personalets sprog, rutiner og adfærd afkodes symbolsk samtidig med at der udvikles en evne til at forvalte den lange ventetid på afdelingen på en passiv og indadvendt måde«*

stede uden nogen egentlig form for nærvær. Her er der tale om »vanskeligheder i relationen« som »kræver opmærksomhed,« og »må anerkendes i sig selv og synliggøres.«<sup>3</sup> Det betyder meget at personalet har »høj personlig kompetence i at agere med andre.«<sup>4</sup> Imidlertid bærer socialpsykiatrien præg af en omsiggribende akademisering – sandsynligvis fordi omsorgsfag har lav status. Der er større status forbundet med at skrive om det, udvikle metoder, danne faglige netværk og videreudanne sig.

#### **Værdier må ikke blive myter**

Hvis dialogen mellem behandlere

og patienterne og deres netværk gøres til omdrejningspunkt for behandlingen, kan patienter og deres pårørende lettere komme til at deltage aktivt og få indflydelse på den proces det er at komme sig. »Fælles Værdigrundlag« er et godt oplæg til at få taget hul på en diskussion som i sin yderste konsekvens kan medvirke til at ændre sygehusenes organisationsstruktur, skabe større kendskab til ressourcerne sektorerne imellem og ikke mindst skabe større sammenhæng i behandlingen under de forskellige faser i patientens/brugerens sygdomsforløb. Men ét er værdier på tryk, et andet er værdier i praksis. Værdier må ikke blive til

myter, hverken i psykiatrien eller i samfundet som helhed. Skal vi undgå stigmatisering, må vi have et rummeligt arbejdsmarked der tillader folk at komme tilbage.

Hent ekstra eksemplarer af *Fælles værdigrundlag* på [www.socialpsykiatri.dk](http://www.socialpsykiatri.dk) eller [www.psykiatrifonden.dk](http://www.psykiatrifonden.dk)

1. Fælles værdigrundlag, oplæg til debat, s.14

2. Op.citat, s. 13

3. Fælles værdigrundlag, oplæg til debat, s. 14

4. Op.citat: S. 14

Et alternativ til opsøgende psykoseteam

# SKO-modellen

## Af Karen Thyrsting

*cand.cur.*

Uddannelses-  
koordinator,  
Specialuddannelsen  
for psykiatriske  
sygeplejersker,  
Region syd

Debatten i socialpsykiatrien april 2003 om indsatsen for sindslidende mennesker der både har brug for behandling og sociale tilbud, giver det indtryk at enten organiserer man sig ved modellen for det opsøgende psykoseteam eller man organiserer sig slet ikke. I samme blad gør Karl Bach Jensen opmærksom på at alternativer er påkrævet. Et godt alternativ er efter min mening den model man udarbejdede i Skanderborg/Odder-regionen i Århus Amt (her benævnt SKO-modellen).

### SKO-modellen

Målgruppen for modellen er den samme som for det opsøgende psykoseteam, altså mennesker med svære og langvarige sindslidelser. Modellen består af et koordineringsteam og en koordinerende kontaktperson. I teamet befinder sig alle de fagpersoner og måske også pårørende som er i kontakt med den sindslidende. Det kan være en hjemmehjælper, en læge, en sagsbehandler, en SKP'er, en distriktssygeplejerske m.fl. samt evt. den sindslidende selv. Dvs. at teamet består af medarbejdere på tværs af social- og sundhedssektoren. Den koordinerende kontaktperson udpeges af denne kreds og er specifikt ansvarlig for at kende brugeren over tid, at have et særligt ærinde samt at være tovholder for teamet. At kende brugeren over tid, betyder at fastholde kontakten over tid uanset relationens karakter, at forbinde fortid, nutid og fremtid så det giver mening for brugeren. At have et særligt ærinde, betyder at have en funktion hos den sindslidende ud over at være koordinerende kontaktperson f.eks. som SKP'er, læge eller andet. At være tovholder for teamet, betyder at indkalde til teammøder, at diskutere og definere særlige ærinder og mål med teamet og at sørge for at alle teammedlemmer høres, ikke mindst brugeren.

Fordele i et kort rids er:

- at der samarbejdes i team på tværs af fag og sektorer

- at brugerne kan udtrykke utilfredshed med enkelte i teamet, evt. »fyre« nogle uden at miste kontakten til hele teamet
- at brugeren får forskellige perspektiver på sin situation
- at de professionelle tvinges til at se flere perspektiver på brugerens situation
- at de forskellige faglige vinkler bibeholdes

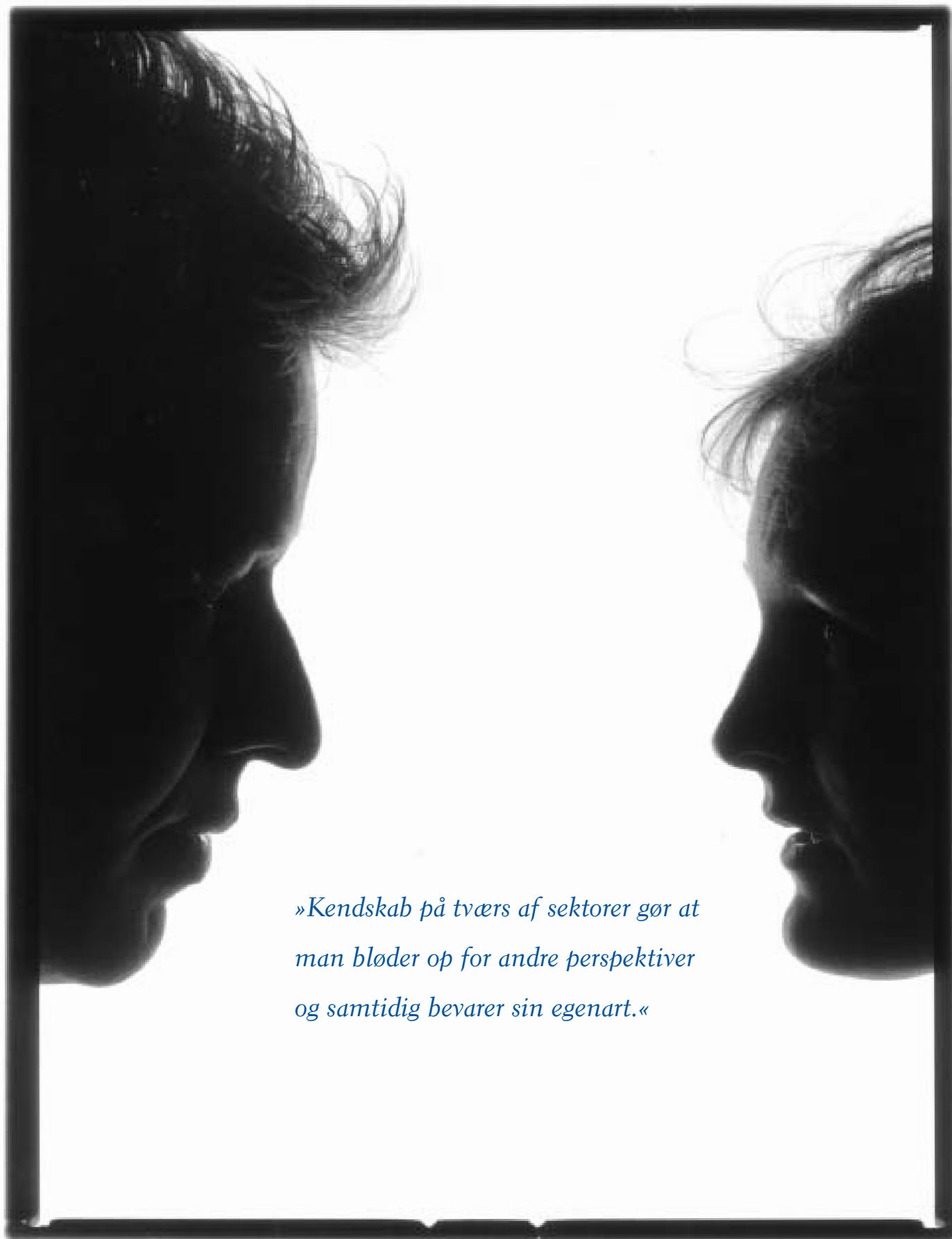
Jeg vil beskrive medarbejdere og brugeres tanker og oplevelser af modellen. Og derefter diskutere modellen som alternativ til det opsøgende psykoseteam.

### Medarbejdernes oplevelse af modellen

For medarbejderne handler det om de fordele modellen giver når den hviler på det de benævner det gode samarbejde. Det gode samarbejde karakteriserer de ved at de enkelte teammedlemmer er villige til at være synlige for hinanden. Sådan at de på de konkrete møder er indstillet på at høre og se hinandens perspektiver og tilkendegive deres egne. Det gør at man kommer til at kende hinandens faglighed, kan diskutere den og gøre brug af den. Kendskab på tværs af sektorer gør at man bløder op for andre perspektiver og samtidig bevarer sin egenart.

Forudsat det gode samarbejde, giver teammøderne klarhed over hvem der gør hvad hvornår. Så selvom der går tid med at mødes, så føler medarbejderne det som en lettelse i det daglige arbejde og at tiden er givet godt ud. Ressourcerne udnyttes bedre. Før modellen brugte medarbejderne en del tid på at spekulere på hvem der mon tog sig af hvad og tit have dårlig samvittighed, fordi de syntes de burde gøre noget af det de var usikre på om nogen gjorde.

En anden fordel er at koordineringsteamet kan variere i antal af medlemmer alt efter brugerens behov. Har man f.eks ikke længere brug for hjemmehjælp, ja så er hjemmehjælperen ikke længere med i teamet og så fremdeles. Spørgsmålet er så hvad man gør når



*»Kendskab på tværs af sektorer gør at man bløder op for andre perspektiver og samtidig bevarer sin egenart.«*

brugeren ikke længere har brug for den fagekspertise som den koordinerende kontaktperson står for. Det var der ikke svar på. Men måske kan en anden i teamet overtage funktionen. Brugeren kan også »fyre« medlemmer i teamet uden nødvendigvis at miste hele teamet.

Fordelen for brugerne er efter medarbejdernes mening at de klart ved hvem de kan bruge til hvad, og at de ikke skal bruge tid på at sætte forskellige mennesker og instanser ind i deres situation. Det giver brugeren ro og klarhed og frigiver hermed tid og energi til hverdagslivet.

Ulemperne er at det gode samarbejde er skrøbeligt, især fordi teamet går på tværs af sektorer med forskellige ledere, og at nogen nemt kan komme til at føle sig truet på deres kompetence og planer for brugeren. Så her efterspørger medarbejderne en formalisering af det gode samarbejde.

### Brugernes oplevelse af modellen

Brugerne oplevede helt klart modellen positivt. De var optaget af at det var en lettelse at de fagpersoner de omgav sig med, vidste hvad hinanden gjorde og at de selv vidste hvem de kunne bruge til hvad. Tidligere havde de brugt megen tid på at forklare forskellige fagfolk om de samme ting uden rigtig at vide om nogen gjorde noget ved noget, og havde også oplevet en del overlapning og forvirring fra medarbejdernes side. Samtidig oplevede de at kontakten til de forskellige teammedlemmer kunne op- eller nedtrappes efter deres behov uden at frygte at hjælpen ophørte. Det gav en følelse af stor trykthed, respekt for den person de er og frihed og mulighed for i højere grad at leve det liv de gerne ville. De følte sig hørt og set og skulle ikke længere bruge tid på at råbe nogen op.

Ingen af de interviewede brugere deltog i koordineringsteamet. Det interesserede dem heller ikke, formentlig fordi hjælpen fungerede til deres tilfredshed. De gav beskeder

til den koordinerende kontaktperson hvis der var noget de ville have taget op.

### Diskussion

Det jeg er mest optaget af i forhold til denne model, er dens organisation på tværs af sektorer. Her ser jeg både fordele for brugerne og for medarbejderne.

Fordelen for brugerne er for mig at se at de indgår i et samarbejde med flere systemer som samarbejder. Det at samarbejdet er sammensat af medarbejdere fra forskellige sektorer, mener jeg sikrer at brugeren får et nuanceret syn på sin situation. Der er mange synsvinkler i spil når de forskellige sektorer mødes, hvilket uundgåeligt gør at problemer ses og benævnes forskelligt og også derved gives flere handlemuligheder. Faren ved at et system tager sig af det hele, er at situationerne eller problemerne måske kun har et navn og få handlemuligheder. Og det på trods af at man f.eks i det opsøgende psykoseteam er tværfagligt sammensat. Det er nærmest uundgåeligt at man i en organisation over tid bundfælder bestemte tankegange, det være sig enten man er organiseret i socialektoren eller i sundhedssektoren. Man ser nu engang fra den bakketop hvor man er placeret. Det ligger implicit i organisationer på trods af vilje til at være åbne fra andre synsvinkler. Derfor synes jeg det er værd at arbejde på SKO-modellen og få det gode samarbejde til at fungere på trods af de besværligheder der ligger i det. Det garanterer brugeren en bredere og mere fleksibel tilgang til sit liv og de problemer han/hun har.

Brugeren kan i en sådan organisation f.eks sige nogle perspektiver og

konkrete tilbud fra uden af den grund at miste al hjælp og støtte. Det kan nemmere være en konsekvens hvis al hjælp udgår fra et system.

Fordelene for medarbejderne er muligvis sværere at se, idet fordelene at man ved hvem der gør hvad hvornår, nødvendigvis også ligger f.eks i det opsøgende psykoseteam. Det ligger jo i teamtanken uanset hvordan den er sammensat. Måske er det endda sværere at få teamet til at fungere i SKO-modellen, fordi netop forskellige synsvinkler brydes her og kan kræve svære diskussioner for at kunne nå til at levere en samlet og sammenhængende indsats til brugeren. Jeg mener dog at er man indstillet på at tage de diskussioner, så kan man give brugerne et langt mere gennearbejdet tilbud. Samtidig trænes medarbejderne kontinuerligt i at tilkendegive og argumentere for deres specifikke faglighed og samtidig være åbne og anerkendende over for andre synsvinkler. Man tvinges nemlig til at forlade sin trygge base, sin organisation for at samarbejde med andre. Dette giver brud på de tankegange man har og kan være meget anstrengende, men giver også grobund for fleksibilitet. Samtidig bevarer man medarbejdernes kernekompetencer og egenart, fordi de altid vil gå tilbage til deres egen organisation og faglige udgangspunkt. Og man undgår det at alle efterhånden tror de kan det samme.

Så på trods af at det gode samarbejde i SKO-modellen kan være skrøbeligt, mener jeg dens fordele kan være så store at det er værd at kæmpe for og træne medarbejdere til at deltage i.

### Synspunktet har baggrund i kandidatafhandlingen:

Karen Thyrsting: Et bruger- og kultursociologisk perspektiv på den koordinerende kontaktpersons betydning for hverdagslivet hos mennesker der har en svær og langvarig sindslidelse. Institut for Sygeplejevidenskab, Århus Universitet, 2002. Afhandlingen kan købes på tlf.: 8942 4848