

Opgør med eksperttankegangen



Foto:

Distriktspsykiatrien er et stort skridt i retning af et bedre psykiatrisk tilbud til de sindslidende. Men det kræver et perspektivskift, hvis de distriktspsykiatriske sygeplejersker skal udvikle psykiatrien i retning af et ligeværdigt samarbejde med den psykisk syge.

Når jeg kigger ud over distriktspsykiatrien i Danmark, kan jeg se dygtige distriktspsykiatriske sygeplejersker, som arbejder med både hjerte og hjerne. Jeg kan se sindslidende, der nyder godt af den langvarige og stabile kontakt, som distriktspsykiatrien tilbyder. Men jeg kan også se sindslidende, der render forvildede rundt mellem psykiatriens mange usammenhængende tilbud. Der findes sindslidende med misbrugsproblemer, som slet ikke bliver lukket ind. Eksperter, der taler mere om end med de sindslidende. Og jeg kan se en udvikling, der i for ringe grad tager udgangspunkt i de sindslidendes behov.

Det er selvfølgelig umuligt at stille en entydig diagnose på distriktspsykiatrien i Danmark, da den er meget forskelligt organiseret og normeret på landsplan. Der kan godt være en vis fornuft i at afprøve forskellige metoder og modeller. Men det er i høj grad kritisabelt, at disse forskelligheder opstår tilfældigt og ukoordineret og ikke ud fra en bevidst strategisk plan, der styrer mod at finde frem til det ideelle distriktspsykiatriske tilbud.

Der er ingen tvivl om, at det var en god ide at udbygge det ambulante psykiatriske tilbud. Det er en succes i sig selv, at man i dag har kontakt til langt flere psykisk syge end tidligere. Distriktspsykiatrien er etableret ud fra en grundlæggende tanke om, at de sindslidende skal have en tilværelse, der er så tæt på det normale som muligt, hvor man bl.a. skal søge at forebygge indlæggelser. En tankegang, der er fornuftig, idet den sindslidende, uanset karakteren af sin lidelse, skal kunne begå sig i sit eget miljø. Men der kan opstå situationer, hvor den psykisk syge ikke kan klare sig i eget miljø, og her mangler der i dag mindre indgribende tilbud i form af aflastningspladser eller lignende, der kan være et alternativ til indlæggelse på en psykiatrisk sengeafdeling.

De distriktspsykiatriske sygeplejerskers arbejdsmetoder lever på mange måder op til nogle af sygeplejens fineste idealer i form af en opsøgende og forebyggende indsats, der bygger på langvarig og kontinuerlig kontakt med den psykisk syge ud fra princippet om mindste middel.

Der er i distriktspsykiatrien sket en sammensmeltning mellem pleje- og behandlingsbegreberne, fordi det at opbygge relationer og samarbejde med de sindslidende er en central del af selve behandlingsindsatsen og en kerneydelse i den psykiatriske sygepleje (1). Det betyder, at en sindslidende, som er tilknyttet distriktspsykiatrien, kan have en behandlingsplan, der udelukkende indeholder en psykiatrisk sygeplejefaglig indsats i form af relationsbehandling.

Distriktspsykiatrien har en vigtig funktion i forhold til at udvikle det tværfaglige samarbejde, da den har medvirket til at få skabt en mere tværfaglig samarbejdsideologi. Denne samarbejdsform er en forudsætning for en velfungerende distriktspsykiatri, da der er bred enighed om, at det er nødvendigt at arbejde ud fra et helhedssyn og en tværfaglig tilgang, når man skal hjælpe den sindslidende i eget miljø.

De professionelles behov

Distriktspsykiatrien er dog stadig for dybt forankret i hospitalssystemets fagbureaukratiske tankegang og organisering. En tankegang og organisering, der bygger på eksperternes perspektiv, hvor det er lægen, der er den behandlingsansvarlige ekspert, som indsamler informationer fra patienten og de forskellige faggrupper for derefter selv at sammensætte behandlingsplanen (2). Der afholdes alt for mange konferencer, hvor behandlerne taler om den sindslidende i stedet for at tale og samarbejde med den sindslidende og dennes netværk.

Det er gennemgående, at det samlede tilbud i psykiatrien i for høj grad er bygget op ud fra de professionelles behov. Ofte er resultatet, at den sindslidende skal flytte sig rundt i systemet i stedet for, at tilbuddene tilrettelægges ud fra den sindslidendes perspektiv og behov. Hver gang den sindslidende må flytte sig rundt i systemet, sker der et tab af dennes relation til de professionelle, et tab af viden hos de professionelle og en øget risiko for, at den psykisk syge fravælger behandlingstilbuddet.

Den sindslidende risikerer at skulle flytte rundt mellem sengeafdelinger, distriktspsykiatrien, OPUS-team (tidlig indsats i forhold til unge med en debuterende sindslidelse) og et Opsøgende Psykoseteam i takt med, at den syge ikke længere passer til det enkelte steds målgruppe. Sideløbende med det kan den psykisk syge også risikere at skulle forholde sig til et botilbud, støtte-kontakt-personer, hjemmehjælpere, værested, praktiserende læge m.m.

Da alt er tilrettelagt ud fra de professionelles behov, har hvert tilbud udarbejdet en plan for den psykisk syge, hvilket betyder, at den sindslidende risikerer samtidig at skulle forholde sig til sengeafdelingens behandlingsplan, distriktspsykiatriens behandlingsplan, socialcenterets handleplan og bocenterets handleplan. Den sindslidende har dermed dårlige betingelser for at overskue sine planer, og hvem af alle disse professionelle der gør hvad, mens de professionelle har svært ved at koordinere indsatsen og styre efter samme mål. Det er svært at se, hvordan den sindslidende i dette virvar af tilbud skal kunne overskue at forholde sig aktivt til sin egen lidelse.

Store huller i systemet

Distriktspsykiatrien skal primært tage sig af personer med langvarige psykotiske lidelser. Ca. 50 pct. af de distriktspsykiatriske centre har ikke et tilbud til de mange mennesker med psykiske lidelser af ikke-psykotisk art (3). Det er derfor relevant at sætte spørgsmålstegn ved, om det er rimeligt, at store dele af distriktspsykiatrien i Danmark arbejder ud fra så snæver en målgruppe, når der er stor mangel på alternative tilbud til de psykisk syge, som falder uden for distriktspsykiatriens målgruppe.

Nogle sindslidende, der f.eks. er kriminelle eller stofmisbrugere, risikerer tilmed at blive skubbet forgæves rundt mellem de forskellige tilbud, fordi der ikke er nogen, der tager ansvaret for at hjælpe dem. En udvidelse af målgruppen er ikke kun et holdningsspørgsmål, det er i høj grad også et spørgsmål om ressourcer.

Det er et stort problem at skabe sammenhæng mellem tilbud, der er tilknyttet hospitalspsykiatrien, og tilbud i socialpsykiatrien. Men der er også problemer med at skabe sammenhæng inden for de to systemer. For at skabe et sammenhængende tilbud med få behandlerkontakter til den enkelte er det nødvendigt at sammenlægge hospitalspsykiatrien og socialpsykiatrien. Det er afgørende nødvendigt, at tilbuddet bygges op omkring kontakten til den sindslidende, da det er dette udgangspunkt, der skal forene hospitalspsykiatrien og socialpsykiatrien.

Den psykisk syge skal have et team omkring sig, som består af distriktspsykiatriens tværfaglige personale og socialpsykiatriens støtte-kontakt-personer med flere. Hvis den sindslidende får brug for tilbud, der ligger uden for teamets kompetencer, skal de som hovedregel gives i form af konsulenttydelser samtidig med, at den sindslidende bevarer kontakten til sit team.

Når nye initiativer og metoder som f.eks. OPUS og Opsøgende Psykoseteam viser sig brugbare, skal de integreres i teamet via undervisning, supervision og konsulentbistand, så den sindslidende kan få gavn af den nyeste viden uden at skulle slippe kontakten med sit team. Det vil samtidig sikre større vidensdeling mellem de professionelle.

Hvis distriktspsykiatrien skal være det samlende og koordinerende tilbud i den samlede indsats til de sindslidende, kræver det, at dette speciale udvikles som et tværfagligt speciale og ikke som et lægefagligt speciale. Ellers vil det ikke vil være muligt at gøre distriktspsykiatrien til et samlende punkt for social- og hospitalspsykiatrien og gennemføre det

omtalte perspektivskift, hvor man skal bevæge sig fra et ekspertperspektiv til et interaktionistisk perspektiv (4) med fokus på et ligeværdigt samarbejde med den psykisk syge.

I den forbindelse frygter jeg, at faglige magtkampe vil komme til at stå i vejen for det gode argument i en kommende udviklingsproces, da der er monofaglige interesser, der vil kæmpe for at bevare den magt og prestige, ekspertrollen er forbundet med (5).

Lægeforeningen i stilling

At magtkampen er godt i gang, kan man f.eks. se i planlægningen af de Opsøgende Psykoseteam i Hovedstadens Sygehusfællesskab. Fra politisk side er der lagt op til et tværfagligt stillingsopslag i forbindelse med at finde lederne til disse team. Det kan også ses i diskussionen om en evt. sammenlægning af socialpsykiatrien og hospitalspsykiatrien.

I begge tilfælde bliver det lægelige bagland kørt i stilling, og der bliver lagt et massivt politisk pres på beslutningstagerne ud fra argumenter om, at man ikke kan rekruttere læger til ikke-lægeligt ledede arbejdspladser. At det vil hæmme lægeforskningen at blive tilknyttet socialpsykiatrien, at lægerne skal være ledere, fordi de er behandlingsansvarlige. Alt sammen argumenter, der knytter sig til eget fag, og ikke argumenter, der søger at finde frem til det gode tilbud til de psykisk syge.

For mig er det ikke afgørende, hvem der f.eks. skal lede de Opsøgende Psykoseteam, men at de, der skal, er i stand til at skabe et tilbud, der tager udgangspunkt i de sindslidendes behov. Det vil være dræbende for idegrundlaget bag Opsøgende Psykoseteam, hvis teamene bliver styret ud fra et ekspertperspektiv, da de i så fald ikke vil kunne leve op til den grundlæggende målsætning om at samarbejde med den psykisk syge ud fra den syges egne målsætninger.

Jeg vil godt understrege, at det ikke er en selvfølge, at en psykiatrisk sygeplejerske er i stand til at lede og organisere ud fra et interaktionistisk perspektiv, da vi via socialiseringen i hospitalsvæsenet ofte er sovset godt ind i ekspertperspektivets tankegang. Vi skal sætte spørgsmålstegn ved vores egen praksis. Derfor skal de psykiatriske sygeplejersker søge inspiration i andre lande, der er længere fremme med at arbejde ud fra dette perspektiv.

I Birmingham i England er man længere fremme end herhjemme med at arbejde ud fra et interaktionistisk perspektiv. Det er interessant at se, hvordan de sindslidende er naturlige samarbejdspartnere i forhold til at udvikle det psykiatriske tilbud. De er langt mere aktive i forbindelse med deres egen behandling, og de er sågar en del af det professionelle team. -

Jørn Eriksen er forstander på botilbudet Slotsvænget, Københavns Amt og næstformand i Faglig Sammenslutning for psykiatriske sygeplejersker (FS11).

"Hver gang den sindslidende må flytte sig rundt i systemet, sker der et tab af dennes relation til de professionelle, et tab af viden hos de professionelle og en øget risiko for, at den psykisk syge fravælger behandlingstilbudet."

"Det vil være dræbende for idegrundlaget bag Opsøgende Psykoseteam, hvis teamene bliver styret ud fra et ekspertperspektiv, da de i så fald ikke vil kunne leve op til den grundlæggende målsætning om at samarbejde med den psykisk syge ud fra den syges egne målsætninger."

Litteratur

1. Toper A. Återhämtning. Från svåre psykiska störningar. Stockholm: Natur og kultur; 2001.
2. Hildebrandt S, Schultz M. Fokus på sygehusledelse. København: Munksgaard; 1997.
3. Blinkenberg S, Vendsborg P, Lindhardt A, Reisby N. Distriktspsykiatri. En lærebog. København: Hans Reitzels Forlag; 2002.
4. Hutchinson G, Oltedal S. Modeller i sosialt arbeid. Fra ulike røtter til samme felt. Otta: Tano Aschehoug; 1996.

5. Jensen N. Verdener til forskel. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag; 1996.