

Beslutningsforslag B 13. Fremsat den 27. oktober 1987 af Carsten Andersen (SF), Agerschou (SF), Birthe Hansen (SF), Birgitte Husmark (SF), Ingerlise Koefoed (SF), Ejner Larsen (SF) og Ebba Strange (SF)

Forslag til folketingsbeslutning

om amtskommunale åbne rådgivninger og behandlingsinstitutioner for psykisk kriseramte

Folketinget opfordrer regeringen til at tage følgende initiativer:

1. Bistandslovens kapitel 7 ændres således, at der tilvejebringes hjemmel for og forpligtelse til oprettelse og drift af amtskommunale åbne rådgivninger, der gennem opsøgende indsats og behandlingstilbud kan virke forebyggende over for udviklingen af psykisk krise hos mennesker. De åbne rådgivninger placeres under amtskommunernes social- og sundhedsforvaltninger og skal drives tværfagligt, hvorved den lægelige, psykologiske og sociale indsats stilles lige.

2. Bistandslovens kap. 17 ændres således, at der tilvejebringes hjemmel for og forpligtelse til oprettelse og drift af behandlingsin-

stitutioner, der især skal kunne tilgodese psykisk kriseramtes behandlings- og omsorgsbehov. Behandlingsinstitutionerne placeres under amtskommunernes social- og sundhedsforvaltninger og skal drives tværfagligt i overensstemmelse med principperne nævnt under nr. 1. Endvidere skal brugerne have medbestemmelsesret.

3. Lov om dagpenge under sygdom eller fødsel ændres således, at der tilvejebringes hjemmel for, at personer, der er uarbejdsdygtige på grund af psykisk krise, og som er under behandling i en af de under nr. 1 nævnte rådgivninger eller på en af de under nr. 2 nævnte institutioner, kan opnå ret til dagpenge på grundlag af en erklæring fra rådgivningen/institutionen.

Bemærkninger til forslaget

Almindelige bemærkninger

Formålet med beslutningsforslaget er:

- at bryde med det psykiatriske sygdomsbillede for og minimere medicinbehandlingen af de psykisk kriseramte
- at minimere magtanvendelsen over for personer i psykisk krise
- at opprioritere det helhedsorienterede socialpsykologiske behandlingstilbud
- at decentralisere behandlingstilbuddene for mennesker i psykisk krise
- at virke forebyggende over for psykiske lidelser.

I beslutningsforslaget skelnes mellem:

Psykiatriske patienter som den gruppe mennesker, der er patienter i det psykiatriske hospitalssystem.

Psykisk kriseramte som mennesker, der oplever et behov for socialpsykologisk rådgivning, vejledning eller behandling.

Psykiske lidelser som følge af uafhjulpne krise med varige spor.

Historisk baggrund og udvikling

Udviklingen af den psykiatriske organisation væk fra den centraliserede »anstaltspsykiatri« hen imod en mere decentraliseret, ambulans psykiatri er foregået gradvis fra midt i 1950'erne såvel internationalt som nationalt.

Et af foregangslandene var USA, der i 1963 med »The Community Mental Health Act« radikalt ændrede det psykiatriske servicetilbud i retning af en distriktspsykiatrisk organisation. I Skandinavien har man siden begyndelsen af 1970'erne haft distriktspsykiatriske forsøgsordninger, hvis formål har været at danne udgangspunkt for egentlige omstruktureringer af den psykiatriske organisation. Psykiatrien i Osloområdet blev i 1975 omorganiseret efter disse principper, og i Sverige har Socialstyrelsen i 2 rapporter fra 1980 og 1982 fremsat planer for en omstrukturering af hele den psykiatriske organisation, der har til formål helt at afvikle de gamle sindssygehospitaler.

I Danmark har indenrigsministeren i cirkulære nr. 86 af 4. april 1977 pålagt amtskommunerne at udarbejde planer for den psykiatriske sygehusfunktion. I cirkulæret opfordres amtskommunerne til tæt samarbejde mellem den primære sundhedstjeneste og socialsektoren:

»I de sagkyndige redegørelser, som er fremkommet i årene efter 2. verdenskrig, er man imidlertid enig om, at der generelt i samfundet er tale om en for ringe indsats over for psykisk syge. Denne vurdering bestyrkes af tilnærmelsesvis objektive mål, som forefindes (f.eks. stigning i antallet af invaliddensioner).

Den svigtende indsats kan imidlertid ikke umiddelbart udmøntes i et »sengebehov«. Hvis ordet »behov« overhovedet skal anvendes, er der snarere tale om et generelt servicebehov, der omfatter en række forskellige foranstaltninger lige fra en bevidst indsats for at søge at forebygge, at psykiske lidelser opstår, over behandling uden for eller på institution til en effektiv indsats for at fastholde opnåede behandlingsresultater og dermed forhindre tilbagefald. Disse foranstaltninger kræver et tæt samarbejde mellem sygehusvæsen, primær sundhedstjeneste og socialsektor.

I stedet for at operere med et stift sengebehov ville det derfor være af større interesse at kunne bestemme, hvad det er for forhold, der er årsag til det voksende pres på de psykiatriske institutioner . . .« (cit. slut).

Alle amtskommuner samt Københavns og Frederiksberg Kommuner har udarbejdet psykiatriplaner. I 1984 undersøgte læge Anne Lindhardt og professor Niels Reisby, hvordan de udarbejdede psykiatriplaner er realiseret – særlig set ud fra en distriktspsykiatrisk synsvinkel. De finder, »at der i Danmark er ved at udkrystallisere sig en række forskellige modeller med hensyn til en ændret organisering og funktion af det psykiatriske servicetilbud, idet der flere steder arbejdes efter principper, der må kaldes distriktspsykiatriske, hvor der i øget grad lægges vægt på behandling uden indlæggelse, på konsultative funktioner over for primærsektor, socialforvaltning, plejehjem og andet.«

Endvidere konkluderer undersøgerne: »Opgørelsen efterlader indtrykket af, at de mange planer for distriktspsykiatri kun langsomt realiseres, bl.a. på grund af amternes økonomiske situation. Der er mange steder en synlig diskrepans mellem idealer og realiteter med hensyn til udformning af det psykiatriske behandlingstilbud til befolkningen.«

Undersøgelsen påpeger svære organisatoriske problemer som f.eks. spørgsmålet om, hvorvidt henvisninger til det psykiatriske team skal gå via den almindeligt praktiserende læge eller det distriktspsykiatriske team skal have åbne rådgivninger, hvor folk selv frit kan henvende sig, eller der skal ske henvisning fra socialforvaltning, skole eller lignende. Forslaget vil løse op for denne problematik ved at etablere en amtskommunal åben rådgivning.

Udviklingen inden for den bestående psykiatri siden 1977, hvor indenrigsministeren netop opfordrede til en udadvendt og samfundsorienteret psykiatri, viser helt tydeligt, at der er behov for en præcisering af, hvordan det offentliges forpligtelser over for psykisk kriseramte og psykisk lidende skal løses.

De behandlingstilbud, som præsenteres for psykiatriske patienter i dag, tager udgangspunkt i den lægevidenskabelige psykiatrimodel. Det er dog langtfra alle i det nuværende psykiatriske behandlingssystem, som har behov for en lægelig psykiatrisk behandling, og egentlig vil de være langt bedre hjulpet med en socialpsykologisk indsats.

Beskrivelse af persongruppen, forslaget retter sig mod, og belysning af den økonomiske prioritering

Indenrigsministerens psykiatricirkulære (nr. 86 af 4. april 1977) inddeler de diagnostiske hovedgrupper i voksenpsykiatri i følgende hovedgrupper:

1. *Skizofreni*, som udgjorde ca. 10 pct. af samtlige indlæggelser. Svarende til 3.900 med forventning om, at antallet er dalende.
2. *Manio-depressiv psykose*, som dengang udgjorde 16 pct. af alle indlæggelser, men under 10 pct. af den samlede patientgruppe (på grund af genindlæggelser).
3. *De reaktive lidelser*. En samlebetegnelse for en gruppe af forskelligartede lidelser. Det drejer sig dels om tilfælde, hvor ydre faktorer har betydning for lidelsens opståen, dels om tilfælde, hvor betegnelsen »reaktiv« ikke henviser til den måde, hvorpå den psykiatriske hovedlidelse opstår, men til, at det oftest er en reaktion på ydre omstændigheder, der bringer patienten

i kontakt med psykiatriske institutioner. Det drejer sig om neuroser, karakterafvigelser, psykogene (reaktive) sindssygdomme m.m.

Affektreaktioner, dvs. kortvarige ikke-sindssygelige reaktioner på kritiske situationer, ofte præget af voldsomhed eller selvmordstrusler, regnes til denne gruppe, ligesom alkoholisme og medicinmisbrug. Denne gruppe patienter udgør den største gruppe af samtlige årligt indlagte.

Denne diagnostiske inddeling giver ikke nogen vejledning om antallet af egentlige psykotiske tilstande, blot at det er inden for ca. 20–25 pct. af patientmassen, der er tale om egentlig psykoser (sindssygdomme). Det kan så være lette eller svære tilfælde, mens den store gruppe reaktive lidelser, der må opfattes som affekttilstande med sindssygdomslignende adfærd, findes i den overvejende patientgruppe.

Af statistikmateriale i Sundhedsstyrelsens opgørelse over Befolkningens Forbrug af Psykiatriske Sengepladser 1985 fremgår det af tabel D, at de diagnosegrupper, der karakteriseres som reaktive sindslidelser ved 1. gangs indlæggelser, udgjorde 2/3 af samtlige indlæggelser.

Der er altså en stor gruppe mennesker med forskellige psykiske kriseproblemer, som i det nuværende system må underkaste sig en sygdomsmodel og hospitalsbehandling, selv om deres problemer kan afhjælpes på et langt tidligere tidspunkt og uden for hospitalsregi.

Medvirkende til de dårlige forhold for såvel patienter som ansatte i de psykiatriske hospitaler er den dårlige prioritering, psykiatrien har fået i det samlede hospitalsbehandlingstilbud.

Der er i alt 9.312 sengepladser for psykiatriske patienter, fordelt over 61 forskellige behandlingsinstitutioner (Færøerne og Grønland inkl.).

I disse sengepladser blev der i alt indlagt 40.514 personer, hvoraf de 1.347 var tvangsindlæggelser. 30.171 var genindlæggelser – eller 74,5 pct.

Af Sundhedsstyrelsens Personal- og Økonomistatistik for Sygehusvæsenet 1985, II, fremgår det, at for så vidt angår de 7.559 sengepladser, der findes i de egentlig psykiatriske specialsygehuse, findes der 1,3 personaleårsværk pr. sengeplads i mod sætning til et almindeligt »hovedsygehus«, hvor der er 2,6 personaleårsværk pr. sengeplads.

Se det i relation til personale pr. sengedag i 1.000, har det samme hovedsygehus 8,9 personaleårsværk pr. sengedag, medens de psykiatriske hospitaler har 3,9 personaleårsværk pr. sengedag. Hertil kommer, at det almindelige sygehus har en

belægningsprocent på 81,5, medens det psykiatriske sygehus har 89,3 pct., hvilket er udtryk for et hårdere arbejdspress på de psykiatriske hospitalsafdelinger med de skader, det får for behandlingen og personalets arbejdsmiljø.

Socialpsykiatriske undersøgelser over de psykiiske sygdommes udbredelse og forekomst skaber en voksende erkendelse af sammenhængen mellem samfundsmæssige faktorer og levevilkår og udviklingen af psykiske lidelser. Der eksisterer ikke nogen undersøgelse (tilgængelig i Danmark), som siger noget om de psykiatriske patienters oplevelse af det eksisterende psykiatriske behandlingssystem.

Patientorganisationen »Sindslidendes Vel« og græsrodsbevægelsen »Galebevægelsen« har igennem deres tidsskrifter løbende ført en debat om behandlingen på de psykiatriske hospitalsafdelinger. Debatten har forholdt sig meget kritisk til psykiatriens uforholdsmæssig store anvendelse af medicin, udprægede tilbageholdenhed i anvendelse af andre behandlingsformer og manglende forebyggende indsats. Den i bilaget medtagne artikel beskriver en person i psykisk krise, som har oplevet det psykiatriske hospitals mangelfuldhed over for socialt betingede kriser.

Anvendelse af frihedsberøvelse, tvangsmedicinering og fikseringer inden for de psykiatriske hospitalsafdelinger er symptomer på, at det psykiatriske behandlingstilbud er ude af trit med folks almindelige forventninger om et tidssvarende offentligt hjælpetilbud over for mennesker i psykisk krise.

Antallet af tvangsindlæggelser kan ikke tages som udtryk for størrelsesordenen af magtanvendelse i de psykiatriske afdelinger. Der føres ikke statistik over tvangstilbageholdelser, kun de, som bliver indberettet til Justitsministeriet i form af klager, bliver registreret. Anvendelse af fysisk magt registreres ikke på en sådan måde, at der sker en samlet opgørelse.

Medicinforbruget på de psykiatriske afdelinger opgøres ikke særskilt, så patienternes klager kan ikke kontrolleres statistisk, men det samlede forbrug af psykofarmaka i Danmark er fem gange så stort pr. indbygger som i de øvrige nordiske lande. Tendensen er faldende, men salget af psykofarmaka svarer til, at hver 7. dansker hver dag hele året rundt indtager en eller anden form for psykofarmaka. (Holme Hansen 1984).

Erfaringsgrundlag fra åndssvageforsorgen kan bruges inden for psykiatrien

Uanset den fundamentale forskel på årsagen til sindslidendes og ånssvages problemer kan erfaringerne fra den tidligere åndssvageforsorgs udlæg-

ning til amtskommunernes socialforvaltninger med fordel drages ind i debatten om en fremtidig strukturændring af den psykiatriske behandling.

I Justitsministeriets Principbetænkning om Tvang i Psykiatrien, bet. 1068/86, side 436-437 anføres:

»Inden for den tidligere åndssvageforsorg lykkedes det over en forholdsvis kort årrække at ændre særdeles ringe og lidet menneskeværdige forhold til en standard, som er væsentlig bedre, ligesom mange afdelinger, der tidligere var særdeles lukkede, nu er helt åbne og meget lidt præget af tvang. Dette fremhæves her, ikke fordi der er nogen særligt slående lighed mellem de persongrupper, der findes og fandtes på henholdsvis institutioner for personer med vidtgående fysiske og psykiske handicap og på vore psykiatriske sygehuse, men for at vise, at vel kræver det en ganske betydelig indsats at ændre forholdene til en bedre standard, men det kan gøres og er for nylig gjort for en anden minoritetsgruppe. De 2 gruppers mangel på status, deres udækkede behov og den relative ubemærkedhed, de længe har levet under, tåler derimod udmærket sammenligning.«

1. januar 1980 blev reglerne om tvangsforanstaltninger i åndssvageforsorgen ændret samtidig med, at institutionerne blev overført til amtskommunerne. Herefter måtte tvang kun benyttes i helt specielle tilfælde.

I et svar til Folketinget den 16. september 1986 oplyste socialministeren (se spm. nr. S 1695, Folketingstidende 1985-86, forhandlingerne sp. 13278) at antallet af fikseringer i 1977 var 70.686 fordelt på 364 personer, i 1979 var tallet 26.835 fordelt på 252 personer, medens der i 1984 var 1.224 fordelt på ca. 40 personer. Det svarer til et fald i anvendelsen af fiksering på 95 pct. fra 1979 til 1984.

De psykiatriske hospitaler fører ikke nogen statistik over fikseringer, men principbetænkningen har medtaget nogle små undersøgelser, som viser, at der ikke er grund til at tro andet, end at der i det nuværende psykiatriske hospitalssystem hersker tilstande, som kan sammenlignes med åndssvageforsorgen fra før 1980. Men åndssvageforsorgen kom ikke gratis til disse resultater. Det betød en intensiveret uddannelse af personalet og tilførelse af nye personalegrupper med socialpædagogisk baggrund. Nye holdninger i forhold til beboerne, til deres beskæftigelse, medbestemmelse og deltagelse i deres egen dagligdag.

Der er behov for at give psykisk kriseramte et åbent tilbud om hjælp i form af rådgivning og vejledning på et langt tidligere tidspunkt end det,

det nuværende system i dag kan tilbyde, og som omfatter den hjælp søgendes hele situation.

Ved at oprette åbne rådgivningsinstitutioner som en del af social- og sundhedstilbudene tilføres den primære sundhedstjeneste et tværfagligt behandlingstilbud, som kan opfange langt flere psykisk kriseramte, end det nuværende rådgivningstilbud er i stand til.

Der er tale om en omprioritering, hvor ressourcerne flyttes fra hospitalsektoren til den primære sundhedstjeneste i social- og sundhedsforvaltningerne i amtskommunalt regi.

Persongruppen af psykisk kriseramte kan ikke klart afgrænses. Det grundlæggende er, at folk selv afgør, om de har behov for den hjælp, som rådgivningen eller behandlingsinstitutionen for psykisk kriseramte kan give. Der skal altså ikke være et henvisningssystem, og der skal ikke ske registrering, før den hjælp søgende får udbetalt dagpenge. Almindeligt ophold for kortere tid skal således ikke registreres, i modsætning til, hvad der i dag er tilfældet på en lang række kriseinstitutioner. Hvilken grad af hjælp der skal ydes, afgøres af behandlingsteamet og den hjælp søgende i samarbejde.

Rådgivningen og behandlingsinstitutionen skal kunne trække på de faglige eksperter, der findes i social- og sundhedssektoren og den primære sundhedstjeneste. Forslaget skal ses som en udbygning af den eksisterende distriktpsychiatri, men således at den tværfaglige indsats sikrer en helhedsorienteret løsning.

Der er behov for i det offentlige service- og behandlingstilbud at involvere den hjælp søgende så meget som muligt i problemløsningen og undgå at bygge store behandlingsapparater og umyndiggørende institutioner op over og omkring dem, som har behov for hjælp. Forslaget tager netop skridt til en sådan ændring, væk fra anstaltspsychiatrien hen til en helhedsorienteret behovshjælp.

Bilagsmateriale:

Som bilag til forslaget er medtaget en artikel fra månedsbladet PRESS. Den beskriver et almindeligt menneskes ophold på en psykiatrisk afdeling til løsning af almindeligt forekommende psykiske problemer.

Artiklen er medtaget som en beskrivelse af den problematik, som forslaget forsøger at råde bod på.

Bemærkninger til de enkelte punkter

1. Åben rådgivning og behandlingsinstitutioner

Formålet med forslaget er at flytte behandlingstilbudene til personer i psykisk krise og den længe-revarende behandling af psykisk lidende fra de psykiatriske hospitaler til amtskommunernes social- og sundhedsforvaltninger. Forslaget skal pålægge amtskommunerne at oprette lokale åbne rådgivninger og behandlingsinstitutioner. Dette kan eventuelt ske i samarbejde med kommuner i forbindelse med oprettelse af lokale helsehuse, så der over for befolkningen kan fremstå et samlet social- og sundhedstilbud i den primære sundhedstjeneste. Det er ikke meningen, at ordningen skal fungere som liberalt erhverv, men ved amtskommunal ansættelse af alle personalekategorier.

Ordningens indførelse vil kræve en overgangsperiode på omkring 5 år. Dels af hensyn til omskoling og oplæring af de personalegrupper, der fungerer i de psykiatriske hospitaler, og dels for at få opbygget tilbuddene lokalt. Fuldt udbygget er det hensigten med forslaget, at rådgivningerne og behandlingsinstitutionerne kan modsvare 6.000-7.000 psykiatriske sengepladser, således at der i det eksisterende hospitalssystem resterer ca. 2.000 psykiatriske sengepladser.

Det vil være umuligt at nedlægge de psykiatriske hospitalsafdelinger, hvor der er mennesker, som har deres hjem, men de kan omdannes til pensionatslignende boliger, som afvikles, efterhånden som beboergrundlaget forsvinder.

Den forebyggende og opsøgende indsats skal fungere som åben, anonym rådgivning på gadeplan med tilbud om psykologbistand, socialrådgivning og aktivitetstilbud. Modellen med et socialt aktivitetshus kendes f.eks. fra arbejdsledeshuset, Istedgade i København, hvor en kaffestue kan tjene som almindeligt opholdsrum for en bred gruppe af brugere, men også som aktivitetssted, hvor der knyttes kontakter og forberedes aktiviteter. Det er således ikke alle, som kommer i de »forreste lokaler«, som har behov for husets øvrige tilbud.

Der skal tilbydes socialt gruppearbejde i form af åben samtale, gruppeterapi og individualterapi samt afspændingspædagog og fysioterapeut, sociale aktiviteter af samme karakter, som der findes i daghøjskoler, eller andre aktiviteter, som tjener til opbyggelse af sociale netværk. Den eksisterende lovgivning – bistandsloven – rummer denne mulighed, men den eksisterer ikke i praksis og slet ikke som forebyggelse imod psykiske lidelsers opståen. Der vil kun i begrænset omfang være tale om at bygge på erfaringer, som eksisterer i social regi.

De distriktspsykiatriske forsøg og projekter, som i dag eksisterer, indbygges i den åbne rådgivning og behandlingsinstitutionerne.

Den kriseramte har måske behov for medicinbehandling i fortsættelse af et hospitalsophold eller ordineret af den psykiater, som er en del af teamet, men det manglende sociale indhold og netværk i den psykisk kriserantes liv er det den forebyggende institutions opgave at bidrage til at etablere. På langt sigt bør det forebyggende arbejde være en naturlig del af nærmiljøets sociale arbejde, således at psykisk kriseramte ikke skilles ud som en særgruppe i samfundet.

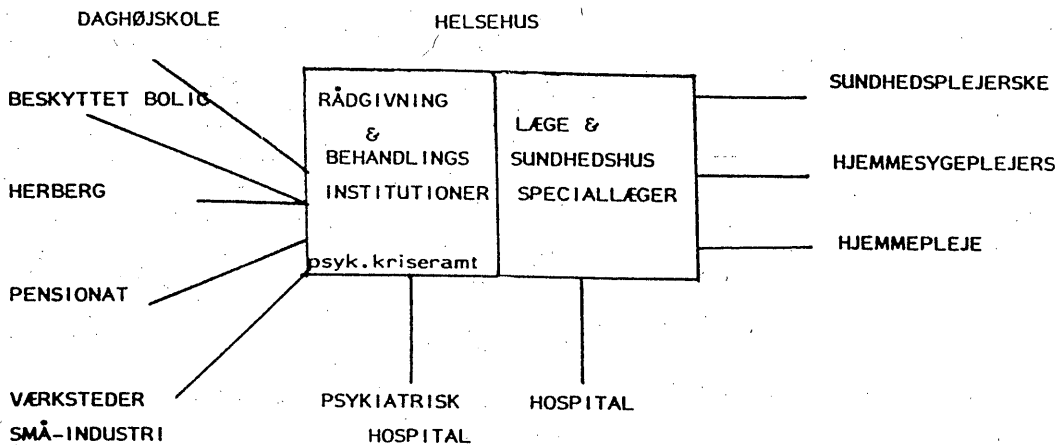
Behandlingsinstitutioner, der skal oprettes i tilknytning til de forebyggende institutioner, skal modsvare de omsorgsbehov, de nuværende psykiatriske hospitaler tilgodeser.

Der kan således være tale om beskyttede boliger til folk, der er så dårligt fungerende, at de må bo i et særligt miljø og næppe vil kunne bo selvstændigt i samfundet. Pensionater til mennesker, som i en periode har brug for omsorg, men som i større eller mindre udstrækning selv kan løfte ansvaret

for egenomsorg. Pensionatets funktion kan således medinddrage beboernes aktivitet. Herberger til løsning af de psykiske kriser, som er resulteret i en social deroute. Der vil i en vis udstrækning blive tale om at medinddrage de nuværende herberger, men da de psykiatriske hospitaler også løser en del herbergsfunktioner – og da de nuværende herberger er overbelagte – vil der være tale om nyoprettelse af en del herberger. Værksteder og beskyttede virksomheder i revaliderings- og beskæftigelsesøjemed, hvor produktionen er virkelighedsrelevant. Da der ikke kan være tale om en produktion, som kan klare sig i fri konkurrence, må der sikres en vis underskudsgaranti, men ikke på en sådan måde, at arbejds effektiviteten bliver irrelevant. Daghøjskoler vil være et naturligt tilbud også.

For behandlingsinstitutionerne er det grundlæggende, at der ikke kan anvendes tvang, og at det er den enkelte selv, der, sammen med personalet i institutionen, afgør sammensætningen af det tilbud, han/hun har brug for. Personalesammensætningen bør være tværfaglig, så helhedsorienterede social-psykologiske/psykiatriske løsningsmodeller kan bringes i anvendelse.

Amtskommunens Social- og Sundhedsforvaltning



2. Den tværfaglige ledelse

Det er væsentligt at få fastslået den tværfaglige arbejdsmodel, også i ledelsen af den rådgivende institution og de institutioner, der oprettes i tilknytning hertil. Forslaget peger ikke på nogen speciel faggruppe til ledelsesfunktionen. Erfaringerne fra den tidligere åndssvageforsorgs 4-hoveds ledelsesform lader sig imidlertid ikke umiddelbart

overføre. Her var der nok en fælles ledelse, men ansvaret inden for de forskellige sektorer var skarpt opdelt; der var altså ikke tale om tværfaglig behandlingsform – kun ledelsesform af den samlede institution. Overlægen havde ansvaret for behandlingen og det daglige liv på forsorgens centralinstitutioner og skulle tage stilling til hjælpeforanstaltningernes iværksættelse og ophør. Inspek-

tøren havde ansvaret for en række områder med fælles faciliteter, kantine, køkken, depoter m.v.

I forslaget om rådgivning og behandlingsinstitutioner er det selvfølgelig nødvendigt at få beskrevet ansvarsfordeling mellem de forskellige afdelinger og opgaveområder. Det skal gøres muligt at oprette institutionerne med et ledelseskollektiv, med valgt repræsentant udadtil.

Det er amtskommunerne, der fastsætter normeringerne og aflønningerne efter forhandling med de forhandlingsberettigede organisationer, men det skal være en forpligtelse, at personalesammensætningen er tværfagligt sammensat til løsning af de opgaver, som den enkelte institution skal løse.

3. Ændring af lov om dagpenge under sygdom eller fødsel

En væsentlig forudsætning, for at forslagets institutioner kan anvendes af psykisk kriseramte, er, at de får samme mulighed for at få dagpenge,

som de ville have, hvis de var indlagt på psykiatriske hospitaler. En række institutioner, som modtager kriseramte i dag, må henvise brugerne til almindelig bistandshjælp, et forhold, som forhindrer mange i at modtage hjælp, enten fordi de ikke ønsker at mandens CPR-nr. inddrages, eller fordi de ikke magter at skulle igennem bistandskontorets udspørgen. Det er ulogisk, at der i dag eksisterer den forskel, at man med samme problemkompleks kan modtage sygedagpenge, hvis man bliver indlagt på psykiatrisk hospital, men kun bistandshjælp, hvis man bliver optaget i et krisecenter.

Hvis amtskommunernes behandlingstilbud til psykisk kriseramte skal have et reelt indhold, må de, som ikke er i stand til at passe deres arbejde eller være til rådighed for arbejdsmarkedet under behandlingen, få dagpenge efter syge- og barseldagpengeloven. Dette må formentlig medføre en ændring af dagpengelovens § 20 om lægeerklæring. En erklæring fra institutionen må være tilstrækkelig.

Dagbog fra afsnit 6122

Af Ellen Grønberg

Dette er en dagbog fra en verden, man ellers ikke hører om.

Den beskriver tre uger af livet på en psykiatrisk afdeling i Danmark.

I dette tilfælde Rigshospitalets åbne afd. O afsnit 6122 i København.

Den er skrevet af en 31-årig kvinde, der efter et akut sammenbrud på grund af overanstrengelse, lod sig indlægge – i den naive tro, at hun kunne få hjælp.

Den eneste hjælp, hun fik, var lægernes stadi-ge opfordring til at indtage medicin: angst-dæmpende piller, beroligende piller, piller mod hvad som helst.

Månedssbladet PRESS bringer udsnit af dagbogen – og et efterfølgende interview om chokket ved at opleve psykiatrisk behandling i dagens Danmark. Om voksne mennesker, der bliver sat til at synge »Ole sad på en knold« og om desperationen, når lægerne ikke har tid. Om Lissi, der blev erklæret »følelseskold« – og brød sammen.

Jeg blev indskrevet kort før middag. I afsnit 6122. På stue 2159. Seng nr. 16.

En mandlig læge sidst i 30'erne mente, det ville være det bedste. Han greb telefonen for at undersøge forholdene. Jeg havde udtrykt modvillighed mod at skulle på den lukkede.

Du er heldig, konstaterede han, da han havde lagt røret. Vi har lige en ledig plads på den åbne afdeling. Normalt kommer folk først på den lukkede.

Sidst på eftermiddagen dukkede han atter op. Han ville høre, hvordan det gik. Tove, som havde fulgt mig over i Modtagelsen i går, var her. Hun havde medbragt frugt og blade, og vi sad i dagligstuen.

Han satte sig i stolen over for os, og vi snakkede om, hvad der skulle ske videre frem. Han kunne forestille sig, jeg skulle behandles medicinsk. Med Seranse eller et af

de andre præparater. Det er indenfor den neuroleptiske genre, fortalte han. Det har noget at gøre med at dæmpe tankerne.

Jeg kiggede uforstående på ham, da jeg under indlæggelsessamtalen havde udtrykt ønske om at komme i terapibehandling. Jeg vil ikke have medicin.

Men lad os nu se, tilføjede han formildende. Der skal lige gå et par dage. Så kan vi se, hvordan du har det.

Solen er forlængst gået ned. Dagligstuen helt tavs. Vores fjernsynsstue mørk. Folk er enten på weekend eller i byen eller inde på deres stue.

Søndag den 1. februar

Afdelingen ligger på 2. sal. På papiret består den af to grupper: afsnit 6121 og 6122. Patienterne, både mænd og kvinder, færdes frit i hinandens »afsnit«.

Sengestuerne, køkkenet, personalerum, samtalerum og depoter ligger langs den smalle gang med hvide vægge og gråt nålefilt på gulvet og enkelte malerier i dæmpede farver. De er abstrakte i trekanter og firkanter.

Den store dagligstue går ud i et med gangen. De blå plasticstole er pænt skubbet helt ind til bordkanten ved de to lange spiseborde.

Der er enkelte tulipaner, potteplanter og en næsten nøgen palme med fire slukørede blade.

Over bordet med dameblade hænger et indrammet vers i korsstingsbroderi. »For penge kan man ikke købe lykke«, beretter den sidste linje.

Min frakke hænger i et smalt teaktræsskab på en 4-sengsstue bag den nummererede, hvide dør skråt over for dagligstuen. Den er det eneste, jeg havde med, udover det tøj, jeg har på.

I formiddags sad de fleste andre i fjernsynsstuen i den anden afdeling.

En ældre mand sad og snakkede på livet løs om stedet. Min afdeling betegnede han som »Jomfruburet«, fordi der næsten kun er kvinder tilknyttet.

Deres fjernsynsstue er afdelingens mest hyggelige rum. Væggene har en rødlig farve, og et af billederne på væggen har kraftige, bløde linjer. Abstrakt, men minder om et landskab. Det eneste rigtig smukke billede.

Lidt over 12 kom to yngre mænd i arbejdstøj med madvognen fra hospitalets centrale køkken. Folk myldrede hen til vognen og fandt deres bakker med maden. Vi sad spredt i grupper, tyggede tavst og koncentreret på den ret, vi havde valgt fra madsedlen dagen forinden. Jeg fik oksekød med bønner. Budding til dessert. Maden er ikke værst.

Timerne bagefter var helt stille. Sad alene i dagligstuen. Den vanlige søndagstomhed kaldte en mandlig patient det, som jeg talte med senere. Det var en yngre fyr, der så flink ud.

Jeg har ikke snakket så meget med de andre endnu. Ingen siger ret meget til hinanden.

En kvindelig læge kom heldigvis. Jeg rejste mig fra kedsomhedsdøsen og gik med hende ind i samtalerummet.

Hun trak en stol ud på midten af gulvet og satte sig på en brun sovesofa. Sød og forstående virkede hun. Vi snakkede i et kvarter.

Da samtalen var forbi, rejste jeg mig og gav hende pænt hånden. Hun smilede.

Men da jeg var på vej ud, sagde hun pludselig: – Jeg skriver lige noget angstdæmpende ned.

Det skuffede mig virkelig.

Stilheden lettede endelig, da folk begyndte at komme tilbage fra weekenden om aftenen.

En masse piger sad klumpet sammen om et bord i dagligstuen, og flere stødte til efterhånden som de dukkede op.

Weekenden havde været rar, syntes de fleste, der var hjemme. Bertha sagde ikke noget og svarede kun »Njaa . . .« på, om det ikke havde været rart.

Hver gang en ny person dukkede op, registrerede vedkommende straks min tilstedeværelse: Du er ny, ikke? Det var jeg. Og så præsenterede vi vores navne og gav hånd.

Denne nysgerrige, engagerede åbenhed fortsatte.

De fortalte om deres situation. De fleste havde været på afdelingen i et par uger. Grethe havde dog været indenfor systemerne meget længe. Næsten et år. Hun havde lige grædt, ku' man se på hendes rødsprængte øjne, og var hele tiden på nippet til det igen.

Intet har hjulpet, fortalte hun os lavmælt. Medicinen, samtalerne. Intet.

Hanne sad og strikkede med sine knitrende strikkepinde. Vi lukkede os allesammen inde med Grethes ord. Vi vidste ikke, hvad vi skulle stille op.

Hanne lagde sit strikketøj på skødet og brød stilheden med et suk:

Altså, det er sgu så deprimerende. Alt bliver også meget værre her.

Sådan er det jo bare, sagde Lissi. Hun er selv spændt hårdt op. For ikke at gå uden arbejde har manden været nødt til at søge arbejde på Fyn. Der opholder han sig nu på hverdagene. På en varm og humoristisk måde fortalte hun om det daglige ræs med de lange arbejdstimer og så hjem og være hyggelig i det børnerige hjem. Til sidst kunne hun ikke klare det mere. Her får hun Saroten, siger hun. Det er piller mod depressioner.

Susanne og Rita er to piger omkring de 40, der bor alene med deres børn. Hanne har uddannelse som jordemoder, men ikke noget arbejde og er alene.

Bertha ønskede, hun havde haft mulighed for at tage en uddannelse. Grethe og Rie savnede selvtilid og følte ikke, de sløg til derhjemme. Og Karen var blevet forladt af sin mand.

Selv om folks situationer var meget forskellige, var årsagerne ofte en følge af »det syge samfund« udenfor. Det var vi enige om.

Åbenbart er lægerne af en anden mening. Hanne, Grethe og Rita får Trilafon. Lissi får Saroten. Bertha kan ikke huske, hvad hendes mærke hedder. Og Karen er forsøgskanin for lægerne. Projektmedicin kalder de det, hun får.

De andre kender kun til, at folk får medicin. I hvert fald mener de, at på vores afsnit er jeg den eneste, der ikke får medicin. Måske endda på hele afdelingen.

Der er også to, der får elektrochokbehandling.

Jeg har hørt og læst meget dårligt om psykiatriske afdelinger. Men jeg troede, det kun fandt sted på lukkede afdelinger.

Gud, jeg er vist temmelig naiv.

Mandag den 2. februar

I formiddags kom læge nr. 3 – en kvinde – sammen med to lægepraktikanter til mig. Hun foreslog, vi skulle sætte os på en blå sovesofa på gangen ved siden af dagligstuen. Jeg satte mig og genoptog historien om, hvorfor jeg havde henvendt mig i Modtagelsen. En travl læge passerede forbi i strakt galop, mens jeg snakkede, og lægen og praktikanterne måtte flytte sig for hende. Det var en ret forvirrende samtale. Den varede 3–4 minutter.

Gangen er en slags hovedtrafikfærdselsåre for både personale og patienter. Med jævne mellemrum vandrer patienter frem og tilbage på gangen.

Hanne klager over uro i benene. Hun siger, det skyldes Trilafonen og har lige været hende og bede om en bivirkningsspillemoduroen. Hun sætter sig på sofaen, tager sit strikkesæt op af posen og begynder at strikke.

I dagligstuen sidder folk spredt omkring. Nogle snakker, andre stirrer tomt ud i luften. Alle venter på, hvornår madvognen dukker op.

Det er hverdag. Personale- og patientbehandling er helt fuld: 1 læge og 2–5 sygeplejersker til de 14 patienter. Kl. 8 om morgenen bliver vi vækket. Tager tøj på og spiser morgenmad.

Kl. 8.50: Morgenmøde. Personalet beretter om dagens aktiviteter og noterer ned, hvem der vil tale med lægen, socialrådgiver, jurist. Private gøremål osv.

Mødet sluttet af med morgensang.

Kl. 10: Gymnastik i dagligstuen.

Kl. 11: Løb i Fælledparken: mandag, onsdag og fredag.

Kl. 12.30: Varm mad. Patienterne skiftes til at lave vogn med drikkevarerne. Det er for, at vi også skal have et ansvar.

Kl. 14: Kaffe, te og kiks i dagligstuen. Patienterne søger selv for det.

Kl. 17: Aftensmad. Patienterne sørger for vogn med drikkevarer.

Kl. 19: Te, kaffe og kiks i dagligstuen. Patienterne sørger selv for det.

Nu kender jeg mulighederne. Mit liv er søreme lagt i skema, skal jeg love for.

Tirsdag den 3. februar

I morges blev vi allesammen vejret. Jeg vejede 57,0 kg konstaterede vægten, og det skrev jeg ind i en rød bog, der ligger ovenpå vægten. I den står hvad alle patienterne vejer.

Klokken to var der fællesmøde. Det er der hver tirsdag. Hansen, en ældre aktiv mand, som elsker at være omgivet af søde mennesker og føler sig rigtigt hjemme på afdelingen samt nogle af pigerne satte spisebordene i dagligstuen sammen og dækkede op med paptallerkener og papkrus. To midaldrende kvinder fra den anden afdeling kom med kaffe og te.

Lisbeth, en pige i slutningen af 30erne, havde bagt sandkage. Og da alt var færdigt, kom personalet ind og satte sig.

Er der nogen, der har noget at sige? spurgte den ledende afdelingssygeplejerske med høj stemme. Vi var trods alt temmelig mange, selv om ikke alle afdelingens patienter var mødt op.

Da det ikke var tilfældet, fandt vi afdelingens sanghæfte med dupliserede sange frem og sang »Molak, molak, mak, mak, mak«.

Sanghæftet indeholder sange som Shubiduas »Vuffelivov«, »Det var på Frederiksberg«, »Katinka, Katinka« og »Ole sad på en knold og sang«.

Det virker ydmygende, at voksne mennesker skal sidde og synge de sange, synes jeg. Patienterne er trods alt fra 19 år og op til 70.

Hvis jeg skal kunne sove i nat, må jeg vist hellere tage en halv sovepille, ellers vågner de andre på stuen igen ved at jeg klynker højlydt i søvne. Det er kun den anden sovepille, jeg tager. Stadig ingen medicin. Jeg vil ikke have det lort.

Onsdag den 4. februar

Lægen i dag var meget sød. En lille spinke kvinde, og samtalen nåede ret dybt. Vi snakkede om de begrænsninger, der ligger i menneskers kontakt og forståelse af hinanden. Om barriererne, når man har set og oplevet noget helt forskelligt fra hinanden. Til sidst stoppede hun op og sagde, at »nu var vi vist ved at komme for dybt«.

Det var ærgerligt, hun blev bange. Måske kom jeg for tæt på hende. Det ku' ellers have været spændende at nå længere. Men måske sker det senere.

Hende vil jeg i alle tilfælde holde fast på.

Torsdag den 5. februar

Var ude at gå med Hanne. Solen skinnede, og vi gik igennem Fælledparken, som var dækket af et glinsende snetæppe.

Hvilket smukt syn!

Hanne blev helt oplivet og var mere snakkesalig end hun ellers har været de sidste par dage. De sidste par år har taget hårdt på hende.

Hun var nødt til at sige et job op, hun ellers var glad for, fordi datteren blev syg. Da datteren så blev rask, kunne hun ikke få arbejde. Hun ku' ikke sove om natten, uheldig over sin situation, og begyndte at spise sovepiller.

Det må hun også gøre på afdelingen, for at kunne sove om natten.

Nætterne er svære at komme igennem for en del patienter. Om aftenen går vagten fra den anden afdeling rundt med en bakke og uddeler piller. Bakken er indrettet sådan, at den har en masse små rum. Hver patient sit lille rum med piller.

I går så jeg, der var mange små rum, der lå piller i.

Ak ja. Vores lille korsstingsbroderi i dagligstuen burde have en linje med ordene:

»Med piller kan man ikke opnå lykke«.

Hvordan ville en sød pige som Hanne ikke få det meget bedre, hvis hun fik et arbejde, i stedet for at give hende piller?

Kunne lægerne dog bare bruge deres autoritet på at hjælpe hende med det!

Fredag den 6. februar

I formiddags var en teatergruppe på besøg i en time. De ville gerne se en psykiatrisk afdeling, da de skulle spille et stykke om en psykiatrisk patient.

De blev budt på kaffe og kage i fjernsynsstuen henne i den anden afdeling, og personalet samt de patienter, der havde overskud, snakkede med dem.

Jeg var ikke dernede.

Anita, en sygeplejeelev, spurgte mig, om vi ikke skulle spille kort, da jeg forinden havde gået hvileløst frem og tilbage på gangen.

Hansen sagde bagefter, det havde været hyggeligt. Lidt ærgerligt, jeg ikke kom derned.

Jeg tænkte på, om personalet måske helst ikke ville have, jeg talte med teatergruppen. Fordi jeg har brokket mig over behandlingen, og fordi jeg kritiserer, at de giver medicin til alle, der er her.

Søndag den 8. februar

For at få lidt adspredelse spurgte jeg Kirstine, om hun ville med i Park Bio til 16-forestillingen og se »Flashdance«.

Helt fint, sagde hun. Men jeg må lige ind på kontoret og have en Serepax til at dæmpe angsten.

Hun gik derind, og vi ventede på, den skulle virke, inden vi tog afsted.

Det sjoveste ved forestillingen var næsten Kirstine. Hun sad og gyngede i sædet og skubbede ivrigt til mig med albuerne.

Jo, jeg kunne godt have undt hende et kæmpestort dansegulv.

Kirstine siger aldrig særlig meget. Men bag hendes blanke, opgivende blik læser man en dyb smerte. Som om hendes fortid har kvæstet mange håb.

Åh, Kirstine, Hanne, Lissi og alle jer andre. Jeg synes, verden er for hård ved os en gang imellem.

Mandag den 9. februar

Havde besøg hele dagen. Først kom Christian, min ekskæreste, og vi gik ud i byen og snakkede.

Så kom Søren, fra hf-kursus, lige som jeg var trådt ind ad døren igen.

Søren havde taget en masse bøger med og skrevet et smukt vers i en af dem, som han gav mig. Tak Søren, det var virkelig smukt, det, du skrev. Det varmer.

Folk på afdelingen siger også, at jeg har nogle rigtig go'e venner.

Det er rigtigt. I har været fantastiske, og hvis det ikke var, fordi jeg havde jer, så havde jeg ikke klaret det her.

I den retning er jeg virkelig heldig i forhold til mange af de andre.

Tirsdag den 10. februar

Alle på stuen var trætte i dag, fordi jeg havde kastet op hele natten og morgenen og rendte mellem toilettet og stuen.

Ida, den læge, jeg har besluttet mig til at holde fast ved, kom og følte mig på maven med et stetoskop. Hun mente, maven nok

var i oprør, fordi der er så meget indeni, der kræver at komme ud. Og sygeplejerskerne kom også jævnlige og spurgte, om de ku' gøre noget.

Det er slet ikke menneskelig omsorg, der mangler her på stedet. Sygeplejerskerne kan du altid komme til, hvis du gerne vil tale. Jeg har selv gjort det. Meget endda. Oplever bare, at de føler sig pressede til at holde afstand, for selv at kunne holde det ud.

At de simpelthen har givet op over for at ændre noget, og i virkeligheden er ligeså afmægtige som de mennesker, de har med at gøre. Nej, snarere endnu mere afmægtige, for vi reagerer da i det mindste, når vi er udsat for noget vanvittigt. De tier bare om, hvor slemt det i virkeligheden står til med deres muligheder for at hjælpe folk.

Onsdag den 11. februar

Stemningen har været trykket.

Det var så trist at tage afsked med Lissi, som forlod afdelingen i dag. Hun var på nippet til at græde, da hun gik, fordi hun havde fået at vide, hun var følelseskold. Hun har været til psykologtest. Det skal jeg også. Af hendes test fremgik det, at hun er følelseskold, havde lægen sagt til hende. Hun græd.

– Men følelseskolde psykopater græder jo ikke, sagde hun, og skyndte sig at gå.

Jeg forstår det ikke og bliver helt bange. Lissi følelseskold? Vi har både grinet og snakket alvorligt sammen. I de første dage sørgede hun altid for, at min madseddel blev udfyldt.

I fredags tog hun hen og afleverede nogle af mine biblioteksboøger, da jeg ikke magtede det, fordi jeg var så nedtrykt. Nej, jeg forstår det virkelig ikke.

De må have sagt det, fordi Lissi er lidt reserveret ved at tale om følelser, indtil hun kender folk. Hun er typen, der handler mere kærligt, end hun taler om sine følelser. Kan psykologer ikke forstå det? Det kan der vel ikke være noget galt i.

Under aftensmåltidet var vi også enige om, at det i det mindste var godt, vi fik sagt til hende, at vi ikke oplevede hende som følelseskold.

Fredag den 13. februar

Var til psykologtest i dag. Det tog næsten 2 timer og var ret hård.

Jeg skulle løse en masse opgaver og besvare spørgsmål. Opgaverne gik blandt andet ud på at lave figurer ud af klodser og besvare en masse spørgsmål: Hvorfor skal vi have love? Hvorfor skal vi betale skat/hvad går skatterne til? Hvorfor er grundprisen på jord højere i byen end den er på landet? Hvem har skrevet »Odysseen«? Hvad hedder hovedstaden i Italien?

De ville undersøge, hvordan det står til med ens forhold til samfundet. Om jeg har realitetssans. Sådan kalder de det i deres verden. Nå nej. Det hedder vores verden, vores land, når man er et integreret menneske. Så står man sammen med Schlüter og forstår, at underskuddet på betalingsbalancen er alle danskere ansvarlige for. Det er vores problem.

Det var ikke svært at gennemskue.

Nå pyt. Psykologpraktikanten som gennemførte testen, var i alle tilfælde en sød pige.

Spørgsmålet er nu: Hvad stiller de op med testen, når den er færdig?

Ida, som jeg snakkede med, inden jeg tog på weekend, sagde, den skulle vise, om jeg var stærk nok til at gennemføre et samtaleforløb uden medicin.

Kære søde, rare Ida. Jeg har sagt til dig tidligere, at jeg ikke vil have noget som helst medicin over en længere periode. Allerhøjest i en meget kort periode, hvis terapien bliver for hård for mig. Og så skal jeg nok selv sige det. Det lover jeg. Så fat dog, at det eneste du får ud af at presse mig er, at jeg bliver mere og mere bange. Rent ud sagt frygter jeg lige nu, hvad det hele skal ende med . . .

Mandag den 16. februar

Lisa er en skæg pige. Vi var i byen sammen i lørdags og morede os kosteligt. Jeg fulgte Lisa tilbage til afdelingen, og på vej hjem snakkede vi om, at vi ville lave en tosseklub. En klub, som forenede humoren med det alvorlige.

For det første ville vi synge Molak, molak, gak, gak, gak næste gang, vi skulle synge den sang.

For det andet skulle vi løse de andre patienters problemer.

Endelig skulle vort symbol være et skjold.

Folk, der er på afdelingen, er nemlig kendetegnet ved at være meget følsomme, så vo-

res lille klubs allerfornemste opgave skulle være at beskytte de andre patienter. Og, sagde Eva og så alvorlig ud, vi skal også have realitetssansen med i klubben.

Selvfølgerlig. Men ikke så snæver som deres, vel! Det syntes hun heller ikke.

Tirsdag den 17. februar

What a day! Jeg er flygtet og sidder nu hjemme hos mig selv.

Lisbeth skældte ud. Hun var ked af noget, der stod i hendes journal.

– Jeg må have noget, sagde hun hele tiden og gik hen og bankede på døren ind til kontoret.

Karen klagede over, at hun får det værre og værre.

Denne følelse af, at smerten helt er indkapslet, er ikke rar, sagde hun meget vemodigt.

Den gnaver ligesom, men kan ikke komme ud på grund af pillerne.

Og Gitte, som i sidste uge var meget ulykkelig over den høje dosis Trilafon, hun får, og derfor krævede at blive sat ned, fordi hun

føler sig helt bombet af pillerne, skal sættes over på et nyt mærke, Senap eller sådan noget. Det er vist det samme som Trilafon. Ingen forskel.

Ja, det er virkelig svært, når du ikke føler, du bliver forstået. Du følger lægernes råd, hvis du ikke synes, du er stærk nok til at klare dig udenfor.

Påvirket af hele situationen gik jeg rastløst rundt på afdelingen. I køkkenet bemærkede en sygeplejerske det.

Hun lagde armen om mig. Du ligner en, der har det som en løve i bur, sagde hun kærligt. Ja, men sådan har jeg det også. Vil du så ikke have en Trilafon til at blive samlet? Jeg kiggede hende hårdt ind i ansigtet og fandt en *meget* bestemt stemme frem: – Nej, fanme nej. Jeg skal ikke have det lort.

Forskrækket gik hun et skridt tilbage og sagde: Jeg spurgte jo bare ...

Så spurgte hun mig om, hvorfor jeg så ikke tog væk fra afdelingen.

Det gør jeg også, svarede jeg. Og tog væk, og nu er jeg her. Jeg tror, jeg bliver væk til i morgen ...

Molak, Molak, gak gak gak

Det er en måned siden, Ellen Grønberg blev udskrevet fra Rigshospitalets psykiatriske afdeling. Her kigger hun tilbage på ugerne på afsnit 6122.

– Jeg forstår overhovedet ikke, det virkelig foregår på den måde. Det virkede fuldstændig som om, intet har ændret sig de sidste 100 år.

Ellen Grønberg blev udskrevet den 23. februar – seks dage efter, hendes dagbog fra afsnit 6122 slutter.

– Hvad skete der i den sidste uge?

– Jeg tog tilbage til afdelingen – og om torsdagen var jeg til den sidste psykolog-test om formiddagen. Jeg var i dårligt humør. Nætterne er ikke særligt rare, når man ligger vågen – skridtene er enormt høje og ekkoagtige ... jeg ville ikke have Abidorm til at sove på. Jeg var træt af det hele – træt af at blive behandlet som en baby.

– Så sagde jeg til lægen – Ida – at det var én stor *regression* at være her – jeg brugte deres sprog – det betyder at gå tilbage til barnestadiet. Det virker som om, patienterne bare skal være nogle glade spædbørn. Det vigtigste handler om at proppe i sig. Ude i køkkenet var der to skabe, der bugnede af kiks, så sad patienterne og trøstespiste hele dagen – som små spædbørn, der skal have mad og være rolige og tilfredse. Det lægger stedet op til ...

Men det er en falsk tryghed. Det var voksne mennesker, der var proppet med psykofarmaka ...

– Hvad sagde lægen til det?

– Der var stilhed et øjeblik. Så tænkte jeg: det var satans, hun gi'r mig ret ... jeg blev så glad, og så tænkte jeg: nu kan vi måske gøre noget ved de problemer, der er på afdelingen ...

– Hvad gør vi så ved det? spurgte jeg. Så svarede hun: jeg synes, du skal prøve et af de neuroleptiske præparater, til at få samlet tankerne, fordi du ikke er i stand til at skille verden fra dig selv . . .

Vi sang som på Vin & Ølgod

– Når man læser din dagbog, virker det, der sker på afsnit 6122 enormt tilfældigt . . . også behandlingen.

– Ja, de fleste får piller. Men jeg ville ikke ha' nogen. Jeg ville i samtale-terapi – det var det, jeg havde brug for. Det kom jeg aldrig. Jeg var der næsten en måned.

– Hvad var udviklingen i den tid på afdelingen – i behandlingen af patienterne?

– Den bestod vel mest i, at pilledoserne blev reguleret, og at lægen spurgte: hvordan går det så i dag . . . ?

– Hvad med de fællesmøder, du nævner i dagbogen, hvad blev der brugt til?

– Det var selvfølgelig dels socialt samvær. Og så hvis man havde noget, man gerne ville sige eller have forandret . . . det var sådan en demokratisk . . . patienterne skulle føle, de havde indflydelse. Men der var aldrig nogen, der foreslog noget. De ting, man kunne ændre, var små petitesseer: Fællesmødet kunne beslutte, at telefonsamtalerne fra gang-telefonen skulle være kortere, så alle patienter kunne komme til.

– Og bagefter sang vi så de dér børnesange. Følelsen af at sidde der som voksne mennesker og synge *Ole sad på en knold og sang* . . . det var ydmygende. Forestil dig: der sidder en masse voksne omkring et langt bord i dagligstuen – med paptallerkener og plasticrus foran sig – og det er almindelige mennesker med almindelige jobs, der bare har problemer. Sygeplejersker, socialrådgivere, hjemmehjælperne – og vi sidder allesammen og synger Molak, Molak, mak, mak, mak . . . Jeg oplevede det uhyggeligt: fordi der ikke var nogen, der protesterede, eller sang bare helt mekanisk.

– Der var også sange som *Katinka, Katinka* og *Det var på Frederiksberg* – det mindede mig om Vin & Ølgod i festligt lag med kæmpestore ølkrus, der svinger frem og tilbage – så skal mennesker, der ikke har det særlig godt, sidde dér . . . Man forsøger at pådutte os sådan en nu-har-vi-det-da-rigtigt-hygge-ligt-stemning – på en falsk måde. Som tvært-

imod gør det hele meget værre, fordi du får den der fornemmelse af, at du ikke kan *tillade* dig at være ked af det.

– Personalet begrundede det med, at alle patienterne skulle være med på niveauet . . . ! Men jeg tror, de selv synes, det var lidt komisk. De trak i hvert fald på smilebåndene, da jeg sagde, jeg syntes, det var dummenikkel-sange. Sammen med en anden pige fandt jeg ud af, at vi ville synge Molak, Molak, gak-gak-gak. Det syntes nogle af de andre var helt fint.

Mellem havet og himlen

– Hvorfor blev du egentligt indlagt . . . ?

– Jeg havde været i gang med en HF-opgave, som jeg gik meget op i, og så blev jeg overanstrengt og havnede på et tidspunkt i en choktilstand, hvor jeg pludselig syntes, det hele var så meningsløst. Jeg var nærmest i coma.

– Jeg så himlen og havet og en linje imellem. Himlen var døden og havet var livet, og på linjen gik et menneske. Og det menneske kom nærmere – og det viste sig at være mig, der balancerede dér på linjen.

– Det lyder da smukt . . .

– Ja, men havet var meget stormfuldt, og det kan være svært – at holde hovedet over de bølger, som livet kan være ind imellem. Jeg syntes ikke, der var nogen mening med noget som helst. Derfor gik jeg til sidst op på Rigshospitalets Modtagelse sammen med en veninde – fordi jeg ville tale med en psykolog. Jeg ville vide, hvorfor jeg var gået i en slags chok og hvorfor jeg nu havde den fornemmelse af, at det hele kunne være ligemeget. Jeg har haft den fornemmelse før, men aldrig så stærk som nu.

– Det var fredag eftermiddag, og der var en kvindelig læge, der anbefalede mig at overnatte. Næste dag talte jeg med en anden læge, der anbefalede mig at blive indlagt . . .

– Har du nogensinde været indlagt før . . . ?

– Nej . . .

– Hvad forestillede du dig – på forhånd?

– Jeg havde jo tænkt, at i forhold til mig, ville det være muligt at komme til nogle samtaler. Jeg kom til afdelingen en lørdag eftermiddag og jeg blev . . . jeg blev chokeret, da jeg kom derop. Det har jeg også skrevet om i dagbogen: der var så stille. Og så det der totalt sterile miljø. Jeg havde ikke regnet

med, at det hele var så sterilt, hvidt og gråt på gulve og vægge. Folk på psykiatriske afdelinger har jo ikke behov for sterilitet ... de skal jo ikke opereres.

– Og så blev jeg overrasket over stemningen. Folk sad i stolene og sagde ikke noget til hinanden, selv om de sad tæt ved hinanden – med et stift udtryk i øjnene og stive bevægelser. De mindede om balsamerede mumier. Enkelte strikkede helt hektisk.

– *Det lyder ikke som et sted for depressive?*

– Nej, når du ikke har det godt, bliver stemninger dobbelt forstærkede – derfor skulle man tro, de lagde vægt på, at der var nogle rare omgivelser. Jeg sagde til en ung læge, at jeg ikke brød mig om det sterile miljø – så sagde han: det kan jeg da ikke forstå – væggene er da lige nymalede ...

Elektrochok mod skilsmisseproblemer

– Det virker jo middelalderligt. De er ved at male fjernsynsstuen i øjeblikket – den havde en pæn rødlig farve, nu er den blevet malet hvid – ligesom alle de andre. Det var ellers den eneste hyggelige stue.

Det, jeg oplevede, var, at de andre patienter var meget mere opgivende i forhold til mig. Jeg var bare i en kortvarig desperadostemning. Jeg reagerede sådan, da jeg kom ind i det miljø, at jeg blev gal. Dem, der var der, vendte tingene indad – de blev ulykkelige. Jeg blev bare gal.

– Jeg tænkte, det er ikke *dig*, der kommer på det sted, der er noget galt med. Det er sku omgivelserne. Det er galt, at du skal komme ind i sådan et sterilt miljø. Det er galt, at man skal gøres forsvarsløs med medicin. Det var mærkeligt at træde ind, ramt af en opgivningsfølelse – og så komme ind i noget, der var endnu mere opgivende.

Jeg fik et andet chok, allerede den første dag. Jeg kunne ikke holde ud, at alle folk bare sad og kiggede – weekenderne er meget stille, de er de værste – så gik jeg ind på en stue. Der ligger en patient i en seng. Hun er meget bleg. Og så rejser hun sig pludselig op og siger:

– Ja, jeg har det *rigtigt* dårligt – så nu har jeg valgt elektro-chok. Og det er jeg glad for! Så lægger hun sig ned igen. Hun sagde det med sådan et mærkeligt undskyldende ... opgivende smil ... det er svært at forklare

... Jeg blev helt ... jeg blokerede fuldstændig.

– *Hvorfor?*

– Jeg havde ikke ventet, de gav elektrochok. Jeg troede, at elektro-chok, det var passé ... jeg troede, man var gået væk fra det, fordi tanken om, at man dræber folks hjerneceller er umenneskelig. Jeg fik det virkelig dårligt, og så sagde jeg det til den unge læge ... at jeg var meget chokeret over, at de gav elektrochok.

– Så svarede han, at hun havde det så dårligt, at han var *glad* for, at hun *endelig* havde sagt ja ... Så mærkede jeg bare et enormt sug indvendig, du ved – hvad fanden gør man i den situation: når et menneske, der burde have forstand på tingene, sidder og siger den slags?

– *Jo, men måske havde hun brug for det?*

– Nej ... *jeg* synes i hvert fald, der er noget galt i, at man slår noget ihjel i folks organisme, det synes jeg ikke er menneskeligt. Folk er jo ikke syge på *den* måde ...

– Hun var meget deprimeret, fordi manden havde forladt hende efter 21 år ... det var hvad hun fejlede. Det kom som et chok for hende, det skete med dags varsel, at han forlod hende.

Hun havde været der i 14 dage, da de foreslog elektrochok ...

– *Var der ikke noget alvorligt – at hun havde forsøgt at hoppe ud fra 7. etage eller ... ?*

– Nej, det var slet ikke på den desperate måde, hun var deprimeret. Hun havde en virkelig indvendig smerte, forståeligt nok følte hun angst ved så pludseligt at skulle stå på egne ben.

– *Det er der jo mange kvinder, der har oplevet – uden at de får elektrochok bagefter ...*

– Ja, jeg *forstår* det jo heller ikke.

– *Hvad sagde lægerne selv var grunden?*

– Jamen, hun havde det så dårligt, og de bryder sig ikke om, at patienterne ligger inde i sengen ... de lægger vægt på, at vi er oppegående. Det betyder også noget, at der er *andre* i hendes familie, der har været indlagt på psykiatriske afdelinger som maniodepressive ...

– *Hvorfor det?*

– Fordi det er et indgroet system. Og man tror, at mennesker, der knækker sammen – at det skyldes arvelige faktorer. Det er en holdning, man har. Men man kunne høre, når man talte med de andre, at de havde deres

problem ude i det *virkelige* liv – slemme problemer. Mest typisk – mange af dem snakkede om deres arbejdsproblemer. At de ikke kunne holde deres arbejde ud eller var fuldstændig overarbejdede og var brudt sammen og ikke vidste, om de ville tilbage til deres jobs . . .

– Der var én fra en bank, en sygeplejerske, en lektor, en edb-fyr, der var en socialrådgiver og en læge . . . og to hjemmehjælpere.

– Og ellers var der problemer med skilsmisser – og ensomhed. Jeg synes, ensomheden var der meget. Der var mange af dem, der boede alene. Jeg var den, der fik mest besøg. De andre fik ikke ret meget besøg. Og så var det jo udbredt blandt de unge, at de havde nogle jobs, de ikke var glade for, fordi det var så trivielt. Hvad så, tænker man . . . man er kørt fast i tanker om fremtiden.

Du skal ikke blande dig . . .

– Det handlede om, at folk manglede selvtilid – og værdighed. At man kunne være noget i sig selv og bruges i det her liv.

– *Vidste lægerne ikke det?*

– Ha – der sker jo det, at samtaler kræver *tid*. Manglende penge og ressourcer – de erstattes af medicin.

– Det var det eneste gennemgående: medicinen . . .

– *Men det lyder helt manisk – deres forsøg på hele tiden at trumfe medicinen igennem.*

– Det er fordi, der er lange køer ved psykologerne og samtalerne – simpelthen – så gi'r de medicinen for at folk i hvert fald skal føle, at der *sker* noget. Du kan jo ikke være på et hospital uden der sker noget. Det kan lægerne ikke forsvare over for myndighederne. Men jeg tror da også, at de selv tror på medicinen.

– De andre var jo meget forbavsede over, at jeg ikke fik medicin. De kunne godt forstå, jeg ikke ville have den. Der var to patienter, jeg snakkede med, som også ville prøve at slippe . . . Den ene lykkedes det for – efter meget hård kamp – at komme væk fra medicinen.

– Den anden – hun var træt af at føle sig »låst fast indvendig« – hun spurgte, om jeg ville hjælpe hende. Men det lykkedes ikke. Da jeg besøgte afdelingen i går, for at fortælle, at det her kom i PRESS . . . da fortalte

hun, at hun havde givet op. Hun magtede det ikke, det kostede alt for mange kræfter.

– *Hjælper den medicin?*

– For nogle få, ja. Hvis du helt har sluppet jordforbindelsen, kan den være nødvendig. Men generelt fik de det værre. Det fortalte de jo: de havde det ikke godt.

– Men i øvrigt var der den holdning *indirekte* på afdelingen, at patienterne ikke skulle blande sig for meget i hinanden. Det lagde personalet vægt på, at man ikke gjorde. Jeg skulle endelig ikke tage deres situation op, sagde de til mig. Jeg skulle tænke på *mig* og ingen andre.

– *Det var vel også fordi, du ikke skulle have flere problemer . . . ?*

– Jah – men måske også fordi jeg åbenlyst skældte ud over det med medicinen . . .

– *Var der nogen af personalet, der gav dig ret?*

– Nej. Men dem, jeg sagde det til, var jo nede i hierarkiet. Dér tilpasser du dig jo, du frygter for dit job, hvis du begynder at give patienterne ret i det, de siger. Og tænk nu, hvis vi lige pludselig lavede oprør og sagde: *det vil vi fandme ikke være med til, det her!* – alle 28 patienter – kraftedeme, nu vil vi ikke mere. Der var jo slet ikke plads til alle os på den lukkede.

– Da jeg blev udskrevet, sagde lægen til mig: ja, du vil jo ikke ha' medicin. Det pudsig er, at da jeg blev udskrevet, fik jeg også min diagnose at vide: jeg var i en grænsetilstand . . . sagde de.

– *Mellem havet og himlen . . . ?*

– Ha-ha . . . det fik jeg ikke at vide, men de sagde, jeg manglede »realitetssans«. Så havde jeg gået der i næsten en måned og regnet med, at jeg skulle i samtalerapi. Men det var underforstået, at de ikke kunne gøre noget for mig – når jeg ikke ville ha' medicin. Så indtil videre har jeg bare fået en sludder for en sladder. Der er ikke sket en skid. Jeg er ikke kommet i gang med nogen terapi endnu. Ikke begyndt på at bearbejde den der choktilstand, jeg kom i.

– *Er lægerne sådan nogle skurke?*

– Både og. Den enkelte læge er virkelig sød og rar og venlig at snakke med, men de er groet ind i systemet fuldstændig . . . helt groet sammen med det. Jeg tror, det er en meget gammel tankegang . . . Man troede jo engang i gamle dage, at det *var* noget arve-

ligt – ligesom med Amalie Skram – at det var noget *sygeligt*.

– Jeg tror . . . jeg tror, at de faste på afdelingen handler imod noget, som de godt ved *inderst inde* er galt. Det var forholdsvis unge læger, som kender til den tid, da man gjorde oprør og selv har været unge i den tid – de gik jo også klædt sådan. Min fornemmelse er, at de simpelthen er gået på kompromis. De har lagt distance – der er vel også arbejdsløshed blandt psykiatere.

De gode – og syndebugkene

– *Du skriver om en, der hedder Lissi, som blev erklæret følelseskold af lægerne?*

– Ja, de vurderede hende fuldstændig forkert. Det er da i orden, at et menneske er reserveret over for at svare på spørgsmål i sådan en psykologtest. Der var sådan nogle sætninger, man skulle fuldføre: »Min mor . . .«, så skulle man skrive resten.

– Lissi skrev noget meget objektivt, og det er klart, hvis man kender hende. Hun blev så ked af det, og hun forlod afdelingen helt nedbøjet. Vi patienter oplevede, at hun var et af samlingspunkterne. Alle kunne skidegodt li' hende. Hun var snakkesagelig og meget engageret i de mennesker, der var på afdelingen. Hun satte sig hen til bordene til folk – hun hjalp folk – hentede ting til de andre fra kiosken. Og så fik hun det stempel . . . Hun brød helt sammen . . .

– *Du har været naiv, skriver du i dagbogen – hvad er du nu?*

– Ja, der er sket den udvikling, at jeg ikke tror en *skid* på psykiatriske afdelinger, og jeg forstår overhovedet ikke, man bare lader det køre.

– Jeg mærkede hele tiden to stemmer inden i mig i den måned, jeg var der: Den ene som sagde: åh nej, det klarer du ikke, det her. Det er *dig*, der er noget galt med. Den anden sagde: det er for *meget*, vi skal sidde og synge børnesange, det er for *meget*, at vi skal dopes hele tiden, det er for *meget* . . .

– Der var dage, hvor stemme 1 var stærk . . . og jeg var lige ved at sige: så giv mig dog for helvede den medicin. Personalet er så forbandet velmenende, og når du afviser dem, føler du det er din skyld. Lægerne med de dér alvorlige øjne. Når de kigger på

dig, *føler* du dig virkelig som et tilfælde. Du tør ikke engang rejse fra afdelingen, før du ligesom har fået deres accept.

– *Hvorfor kunne du alligevel sige nej – når de andre ikke kunne?*

– Det er måske fordi jeg har tænkt meget over – i *mit* liv – hvad det er, at folk bliver kuede – også ude i samfundet. På arbejdet – i skolen. Du bliver kuet i omgivelser, hvor alt bare skal fungere. Det er bygget op på, at der skal være en *idyl* – landene og systemerne konkurrerer om at være de bedste, og så skal vi mennesker bare være nogle arbejdsbiler, der skal leve op til, at det hele fungerer – og ser så *godt* ud som overhovedet muligt. Sådan som de *ledende* vil ha', det skal se ud. Sådan har det været gennem århundreder, og mennesket er ikke indrettet sådan – inde i sig selv.

– Vi er ikke indrettet til at lave det samme hver eneste dag på arbejdet. Vi er ikke indrettet til . . . at der er nogen, der er mere end andre. I bund og grund tror jeg ikke, vi er indrettet til det: Jeg tror, vi bliver født lige stillede – og når vi kommer *ud*, er vi allesammen gode væsener, sociale væsener, som gerne *vil* den lighed. Så går det galt, fordi vi bliver opdraget og kommer hen i skolen og får at vide: her er der nogle syndebugke . . . og her er de gode.

– Man lærer at skelne mellem mennesker, at nogen er bedre end andre – og dem, der er syndebugke, de bliver mærkede for resten af livet. – De kommer blandt andet på psykiatriske afdelinger.

– En del af de mennesker, der var på afdelingen, var mennesker, der havde tabt deres værdighed, fordi det var for svært, det var især blandt kvinderne. Og . . . man giver ikke folk deres værdighed tilbage – ved at fylde dem med medicin og fortælle dem, at de *selv* er problemet.

Alle navne i dagbog fra afsnit 6122 – og det efterfølgende interview – er ændret. Det gælder også enkelte detaljer i beskrivelserne af personerne.

Meningen med skildringen af livet på den psykiatriske afdeling har været at give et indtryk så tæt på virkeligheden som muligt – uden at udlevere de enkelte patienter.