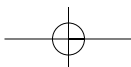


ER PENGE TERAPEUTISKE?

Økonomiens betydning for det psykiske helbred

Af Alain Topor



Forholdet mellem økonomi og alvorlige psykiske forstyrrelser er velkendt. I følge en række undersøgelser har forholdsvist flere mennesker med alvorlige psykiske problemer en dårlig økonomi. I Sverige påviste Halldin (1985), at 2,7 procent af dem, der tilhører socialgruppe 3, udviser tegn på alvorlige psykiske forstyrrelser imod 0,6 procent af dem, der tilhører socialgruppe 1. Der findes flere forklaringer herpå (se Read 2004):

- Alvorlige psykiske forstyrrelser fører til dårlig økonomi. I og med at en person ikke får fodfæste på arbejdsmarkedet, bliver vedkommende langtidsafhængig af den offentlige sygesikring, hvor ydelserne på sin side er afhængige af hidtidige lønindtægter. Lønindtægter, som disse mennesker kun sjældent har haft, eller kun haft i kort tid.
- Dårlig økonomi fører til alvorlige psykiske problemer. Fattigdom skaber stress og forhindrer individet i at deltage i samfundets muligheder både i form af forbrug og i form af fritidsaktiviteter og andre kulturelle aktiviteter.
- Mennesker fra socialgruppe 3 og 4 og ikke-europæiske indvandrergupper risikerer af sociokulturelle grunde i større udstrækning at blive vurderet som alvorligt psykisk forstyrrede end personer fra andre socialgrupper med bedre økonomi.

Disse forklaringer udelukker ikke hinanden.

VÆRRE END ALLE ANDRE

I forbindelse med psykiatireformen i midten af 1990'erne blev der foretaget et betydeligt udredningsarbejde (SOU 1992:73). Det viste sig, at unge mennesker (20-44 år), som var førtidspensionerede pga. alvorlige psykiske forstyrrelser, havde en dårligere økonomi end tilsvarende grupper, som var førtidspensionerede på grund af somatiske lidelser, og i forhold til tilsvarende grupper af unge uden forstyrrelser.

- 35% af de unge med psykiatriske diagnoser magtede ikke at klare deres løbende udgifter, mod 24% af de unge med somatiske diagnoser og 18% af hele befolkningen. Desuden havde de unge med psykiatriske diagnoser sværere ved at mobilisere deres nærmiljø ved et akut pengebehov.
- 53% af dem, der havde en psykiatrisk diagnose, havde ikke adgang til 9.000 svenske kroner til en uforudset udgift. Det tilsvarende tal for dem med somatiske diagnoser var 33% og for hele befolkningen 12%. Disse økonomiske problemer mærkedes siden på en række områder.
- Mens 30% af hele befolkningen oplyste, at de ikke havde været på ferierejser i det seneste år, så var det 35% af dem med somatiske problematikker og 65% af dem med en psykiatrisk problematik, der var i den situation.



Mulighedernes kort

Mere handlefrihed i din hverdag



Det omfattende udviklingsarbejde for mennesker med psykiske forstyrrelser, som psykiatireformen satte gang i, havde fokus på normalisering af disse menneskers livsvilkår. Tyngdepunktet i reformarbejdet var centreret omkring boliger uden for de lukkede psykiatriske institutioner og adgang til arbejde og beskæftigelse. Efterhånden blev medborgerskabs- og medbestemmelsesaspekter betonet stærkere.

VOKSENDE FORSKEL

Nu, ti år efter, tager såvel det landsdækkende psykiatriske koordineringsudvalg SOU (2006) som Socialstyrelsen (2006) den privatøkonomiske situation for brugerne af psykiatrien op. SOU's betænkning påpeger indledningsvist, at denne gruppes disponible indtægt (arbejdsindtægt, ydelser og erstatninger) er lavere end den øvrige befolknings. Den er dog ikke lavere end andre handicapgruppers. Samtidig er der flere blandt de psykisk funktionshæmmede, der ikke har noget økonomisk spillerum sammenlignet med andre handicapgrupper. En afgrænset gruppe af de psykisk funktionshæmmede, sandsynligvis dem med langvarige problemer, har det dog betydeligt værre end alle andre grupper.

I Socialstyrelsens rapport har man fulgt udviklingen i indkomsten for forskellige handicapgrupper i samfundet (Socialstyrelsen 2006). Et delstudium beskæftiger sig med personer med diagnosen skizofreni.

Undersøgelsen bekræfter billedet af, at denne gruppe havde en klart dårligere økonomi end både andre handicapgrupper og befolkningen som sådan. Det, undersøgelsen også viser, er, at forskellen mellem grupperne er blevet større og større med tiden.

I 1993 lå den gennemsnitlige disponible indtægt for en person uden handicap noget over 100.000 svenske kroner (med en tydelig forskel på mænd og kvinder). Den tilsvarende indkomst for mennesker med

en skizofrenidiagnose lå da på knap 100.000 svenske kroner.

I 2002 er den disponible gennemsnitsindtægt for mænd i "den øvrige befolkning" godt og vel 200.000 og for kvinder godt og vel 150.000, mens den kun ligger lidt over 100.000 for mennesker med en skizofrenidiagnose. Hvor forskellen mellem grupperne i 1993 var cirka 20.000, er den i 2002 cirka 70.000.

Socialstyrelsen konstaterer desuden:

"Den økonomiske udvikling for de yngste personer, der blev behandlet for skizofreni, er også interessant. Her finder vi med stor sandsynlighed et stort antal førstegangssyge. I denne gruppe mærker man tydeligst, hvordan den økonomiske situation bliver dårligere og dårligere i sammenligning med udviklingen i den tilsvarende aldersgruppe i resten af befolkningen." (s. 49)

Grunden til, at mennesker med alvorlige psykiske forstyrrelser har det dårligere end andre, og at de derudover har fået det relativt dårligere, angives i rapporten at være, at de står uden for arbejdsmarkedet og de stigende indkomster i det svenske samfund som sådan. SOU's betænkning peger også på den dobbelte marginalisering, der rammer denne gruppe dels i forhold til hele befolkningen og dels i forhold til andre handicapgrupper. Trods al talen om integration og normalisering er marginaliserings- og ekskluderingsprocesserne vokset. Mennesker i handicapgrupperne med alvorlige psykiske forstyrrelser har ikke engang opnået at få konkret anerkendelse af deres specifikke behov for hjælpemidler og kompensation for forhøjede leveomkostninger. I den afsluttende betænkning konstateres, at:

"(...) personer med psykiske funktionshæmninger ikke får kompensation for de meromkostninger, de har på

grund af deres funktionshæmning, eller (...) de får ikke tilstrækkelig støtte til at planlægge og forvalte deres økonomi.”
(s. 96)

ARBEJDETS LOV?

Selv om fattigdommens negative følger for et menneskes psykiske helbred er velkendt, er det sjældent, at en bedre økonomi fremhæves som en effektiv måde at forbedre det psykiske helbred på for mennesker med alvorlige psykiske forstyrrelser og stramme økonomiske vilkår.

Når det handler om vejen til forbedring af deres økonomiske situation, har fokus længe været på en overgang til arbejdsmarkedet. Rehabilitering og arbejdsmarkedstræning er løsenet. Bag betoningen af arbejdet som den eneste vej ligger der et tydeligt moralsk perspektiv, selv om det, der bliver fremhævet, er arbejdets strukturerende rolle i hverdagslivet og dets betydning for det sociale liv.

Det moralistiske fremgår af motiveringen for, at de, som ikke magter en overgang til arbejdsmarkedet, skal leve under vanskelige økonomiske vilkår. En udbredt begrundelse for de lave ydelser i den offentlige sygesikring er, at de skal gøre det mindre tillokkende at misbruge systemet. De mennesker, der havner i denne type støtteforanstaltninger skal ”stimuleres” tilbage til arbejdsmarkedet.

Forskellen i levevilkår mellem dem, der klarer sig/arbejder og dem, der ikke gør det, skal være mærkbar (Zelizer 1994).

Men for mennesker med alvorlige psykiske forstyrrelser har skridtet ind på det normale arbejdsmarked ofte vist sig at være svært at tage på trods af flere grader af rehabilitering og stimuleringsforanstaltninger:

- De psykiske vanskeligheder, som de kæmper med, lægger beslag på mange af deres kræfter.
- Den medicinske behandling, som de anvises, kan have bivirkninger (træthed, træghed, vægtøgning, ufrivillige bevægelser), som forhindrer dem i at arbejde.
- De er ikke en eftertragtet gruppe på arbejdsmarkedet.

- De kan ofte have svært ved at leve op til de præstationskrav, der stilles på almindelige arbejdspladser.
- De arbejdsopgaver, som de kan få, er ofte monotone og kan udgøre en trussel mod deres psykiske helbred (Starrin & Janson 2005).
- Når de nærmer sig det regulære arbejdsmarked, risikerer de at ende med at miste den tryghed, der ligger i de forskellige former for sygdomsbestemte ydelser. Da deres vanskeligheder kan variere over tid, kommer de i karambolage med socialforsorgens rigide regelsæt.
- De lave lønninger, som de ofte er henvist til, har ingen stimulerende virkning (Warner & Polak 1995).
- I psykiatrien vurderes deres problematik ofte som kronisk eller livsvarig. De bliver stillet et liv i udsigt med permanent økonomisk stress, hvilket næppe kan siges at øge motivationen til at kæmpe for et bedre liv.

FATTIGDOM OG HELBREDELSE

Pengemangel som et sygdomsfremkaldende fænomen har man lagt mærke til, i Sverige senest i Bengt Starrins forskning i skam (Starrin & Janson 2005).

Et andet aspekt ved økonomien, som man sjældent lægger mærke til, er de terapeutiske følger, en forbedret økonomi har. Kan en forbedret økonomi spille nogen rolle for et menneskes psykiske helbred, hvis dette menneske i psykiatrien bliver vurderet til at have alvorlige problemer?

Helbredelsesforskningen tyder på det. I en svensk undersøgelse af helbredelse/recovery af alvorlige psykiske forstyrrelser (Topor 2004¹¹) nævnte flere af de interviewede pengenes rolle i deres helbredelsesproces. Og derudover beskrev nogle, hvordan en vis økonomisk tryghed kunne bidrage til en forbedring i deres psykiske tilstand:

”Økonomien var jo katastrofal. Især når man ikke kunne arbejde. Regningerne

hober sig op, kan ikke betale – pantefogeden; så lukker man bare af. Glem det! Det er ubeskriveligt angstskabende. Da jeg så kom til møde med en kontaktperson, var der en kurator til stede, og jeg fik sygepenge. Det var nok de første penge, jeg havde haft, siden jeg blev syg. Det var ubeskriveligt vigtigt. Så kunne jeg betale huslejen. Der var ikke mange penge tilbage. Det gjorde ikke noget. Vi klarede os. Det var ubeskriveligt vigtigt, især for værdigheden; for værdigheden som menneske. Jeg kunne naturligvis ikke gå i biografen og sådan noget, men pludselig kunne vi købe sko. Det købte jeg aldrig til mig selv. Det var kontaktpersonen, der sagde: "Nu skal vi ud og købe sko." Det var også et stort øjeblik. Egne sko uden hul i sålen – det betød meget."

I et interview beskrives, hvordan fraværet af økonomiske bekymringer og det ikke at behøve at gå på arbejde, hvis man stadig føler sig skrøbelig, bidrog til helbredelsesprocessen.

"For mig har penge været en ressource. Jeg har tænkt på det mange gange. Da jeg begyndte at få det bedre, havde jeg vældig godt med penge. Så jeg behøvede ikke at gå på arbejde, men kunne gå arbejdsløs og bruge så meget tid på mig selv, som jeg ville. Det ville jeg ikke have kunnet gøre, hvis jeg havde haft fuldt op at gøre med arbejde."

Khai Chau har været indlagt på en lukket psykiatrisk afdeling i flere omgange, hvor han fik en psykosed diagnose. Han beskriver, hvordan han, efter at have hævet sin erstatning fra sygesikringen, kunne bruge sit nyvundne økonomiske spillerum på sin egen helbredelse. Blandt andet begyndte han at gå til bowling:

"For andre er bowling bare en sport, men for mig er det også terapi. (...) Jeg kan gå derhen næsten hver dag ... næsten døgnnet rundt. Der er altid nogen, man kan tale med. Man er som en stor familie. Vi har samme interesse, alle hjælper hinanden. Fordi de har opda-

get, at jeg gerne vil hjælpe til, er dygtig til edb og har god tid, har jeg fået forskellige tillidsposter som at gøre klar og hjælpe til ved træningen. Jeg hjælper med edb, og de synes, at jeg betyder noget. Jeg tager mig af resultaterne og taler om, hvem der vinder, hvem der bliver nummer to ...

Jeg har magt til at bestemme. Det giver en vis styrke. Det giver mig også et vist menneskeværd. På en bowlingbane spiller det ingen rolle, om du er psykisk syg, om du er udlænding, astmatiker eller ordblind; bare du laver så mange 'strikes', som du kan. Man er ligesom andre; idrætten forener, hedder det. Så når jeg spiller kamp, er jeg lige så meget værd som alle andre. Jeg har fået selvtillid. Så snart der er noget, kalder de på mig."

Penge kan være nøglen til verden uden for behandlingsapparatet og via den til et andet selvbillede. Via det sociale samspil med mennesker kan Khai Chau opleve sig selv som en, der kan "hjælpe" andre, og som har noget at give andre; han kan opleve at være "vigtig", at være med til at "bestemme" og derigennem få "menneskeværd"; være "som alle andre", hvilket medfører, at Khai Chau har udviklet tiltro til sig selv. Et forandret liv, et mere mangefacetteret selvbillede, som blandt andet har ført til, at han ikke har været i lukket psykiatrisk behandling i over ti år nu.

BRUGERNES KREATIVITET

Fokuseringen på psykiatriens og socialvæsenets tiltag, når det handler om at undersøge, hvad der hjælper mennesker med alvorlige psykiske problemer, risikerer at gøre os blinde for det sociale liv og andre faktorer, som kan bidrage til helbredelsesprocessen, fordi disse ikke bliver organiseret af myndighederne og undersøgt i randomiserede, kontrollerede undersøgelser. Det gælder blandt andet de håndteringsstrategier, som mennesker med psykiatriske diagnoser udvikler.

I en afhandling fra Den sociale Højskole (Nygren 2004) blev mennesker med en dårlig økonomi interviewet. De var i behandling på en akutafdeling for psykose-

ramte. Studiet fokuserede på de håndteringsstrategier, som patienterne benyttede for at klare deres situation. De kreative løsninger, som patienterne havde udviklet for overhovedet at klare sig under meget knappe økonomiske forhold og bevare deres egen og andres værdighed, står i stærk modsætning til de kognitive og følelsesmæssige mangler, som i den psykiatriske litteratur siges at kendetegne denne gruppe (Socialstyrelsen 2003).

PENGENES TERAPEUTISKE VIRKNING

Meget af forskningen i helbredelse/recovery bygger på beretninger fra enkelt individer og deres vej mod erobring af magten over deres liv og symptomer. Denne type kvalitative studier nedvurderes på mange måder. Derfor er det interessant, at pengenes betydning for helbredelse er blevet studeret i en amerikansk, randomiseret, kontrolleret undersøgelse.

Undersøgelsen (Davidson et al. 2001 og 2004) tog udgangspunkt i en gruppe patienter med alvorlige psykiske forstyrrelser. Deltagerne i undersøgelsen blev af deres læger vurderet til at have lettere til svære vanskeligheder med hensyn til sociale relationer og deltagelse i forskellige aktiviteter. Misbrug gav ikke anledning til udelukkelse fra undersøgelsen. Patienterne blev tilfældigt inddelt i tre undergrupper. Alle undergrupperne fortsatte deres tidligere behandlingsforanstaltninger. Alle deltagerne i de tre grupper fik derudover 28 dollars om måneden at more sig for. Deltagerne i den ene gruppe fik herudover en kontaktperson med tidligere brugererfaringer med psykiatrien. Deltagerne i den anden gruppe fik en kontaktperson uden brugererfaringer med psykiatrien, og deltagerne i den tredje gruppe fik udelukkende pengene uden nogen social kontaktperson. Også kontaktpersonerne fik 28 dollars om måneden til at dække deres omkostninger med.

Det er måske vigtigt at understrege, at personerne i undersøgelsesgrupperne fik pengene uden krav om kontrol med, hvordan de brugte dem, eller krav om, at de skulle deltage i strukturerede aktiviteter eller lignende.

Deltagerne blev vurderet på mange for-

skellige måder inden starten, fire måneder efter og efter undersøgelsens afslutning. De blev også interviewet før, under og efter undersøgelsen.

Resultaterne må siges at være højst interessante. Samtlige grupper fik det signifikant bedre hvad angår psykiatriske symptomer, funktionsniveau og selvfølelse.

FORSKERNES KONKLUSION ER, AT:

"Mange mennesker med psykiatriske handicap vil, skønt de ser ud til at være socialt isolerede og tilbagetrukne, reagere på en invitation til at deltage i vennskaber og fællesaktiviteter uden for det formelle psykiatriske sundhedsvæsen".
(s. 470)

Forbedringerne i deres sociale relationer og aktivitetsniveau gjaldt ikke kun i forhold til, at de fik en social kontaktperson. Selv deltagerne i gruppen, der ikke fik en sådan kontaktperson, fik det bedre. Det kan være værd at notere sig, at det forbedrede sociale liv og det forhøjede aktivitetsniveau heller ikke kun var knyttet til den sociale kontaktperson. Der findes nogle forestillinger blandt de professionelle om, at kognitive forstyrrelser hos denne patientgruppe vil forhindre dem i at generalisere nye erfaringer og overføre dem på andre situationer. De, der havde en kontaktperson, rapporterede, at også deres relationer til tidligere sociale netværk blev forbedret.

Resultatet kan naturligvis bero på forholdene i det amerikanske samfund, men det må så siges også at gælde for mange andre undersøgelser, hvis resultater uden forbehold generaliseres og overføres på svenske forhold.²⁾

Resultaterne peger på, at det, som psykiatrien betegner som "negative symptomer", det vil sige udtryk for individets sygdom, egentlig kan være et resultat af nogle levevilkår, der bidrager til isolation og et på mange måder usselt liv. Det betyder også, at en god behandling kan bestå i ændrede levevilkår.

Det er på denne baggrund, opgaverne omkring de forværrede levevilkår for mennesker med alvorlige psykiske forstyrrel-

ser bør ses. Fokuseringen på tiltag, der baserer sig på psykofarmaka, psykoterapeutiske og psykosociale manualiserede og strukturerede tiltag, sker på bekostning af en tværvideenskabelig synsvinkel. Sociale og psykosociale aspekter, som ikke nødvendigvis er koblet sammen med specifikke metoder og tiltag, bliver ikke undersøgt. Dermed har disse aspekter kun meget få muligheder for at blive studeret og opfattet som evidensbaserede.

Følgen bliver, at den behandling og den støtte, der udformes, ikke tager hensyn til væsentlige aspekter af det, der ville kunne være hjælpsomt for denne gruppe medborgere.

Et konkret eksempel på dette er, hvor svært det er, for ikke at sige umuligt, for psykisk funktionshæmmede at få hjælpemidler, der er tilpasset deres behov. Khai Chau, som tidligere tog pengenes betydning for sin egen helbredelse op, problematiserer dette:

"Er du meget ude og surfe på internettet? – Ja, hver dag i flere timer. Jeg har søgt om at få et telebidrag, fordi jeg anser det for at være et hjælpemiddel. Der bør være et handicaptilskud, fordi psykisk syge har brug for at ringe mere eller at surfe som rehabilitering. Det beskæftiger tankerne. Det giver lindring, helbredelse eller forebygger i alt fald – det er netop her vores problem ligger – tankerne – det kan ikke afhjælpes med andre hjælpemidler. Hvis du har brækket benet, får du en krykke, men det behøver jeg ikke. Jeg ringer og surfer meget og har haft en telefonregning på 1500 kroner i kvartalet i flere år på grund af mit handicap, men jeg får ikke hjælp til telefonen.

Andre handicappede, de, der er fysisk handicappede, får jo penge til deres hjælpemidler. Kun fordi fysiske handicap er accepterede, så er der penge. Men der er ingen penge til vore hjælpemidler."

Der findes en vis evidens for at penge, en bedre økonomi, både kan være et instrument, der modvirker, at en funktionshæmning bliver til et handicap, og et aspekt i et menneskes liv, der bidrager til færre symptomer og endda helbredelse/recovery ved



alvorlige psykiske forstyrrelser. Alligevel bliver mange nægtet denne hjælp, og pengenes rolle som behandlings- og rehabiliteringsinstrument forbliver usynliggjort.

Oversat af Lissi Nordahn.

Alain Topor er Enhedschef, FoU, Psykiatri Södra Stockholm. Han har bl.a. skrevet "Fra patient til person" (Akademisk Forlag 2005).

Noter:

1. Hvor intet andet er angivet er citaterne nedenfor fra denne bog.
2. En ansøgning til SOU om at lave en lignende undersøgelse i Sverige fik ikke nogen støtte.



Fotos Pelle Rink

Litteratur:

- Davidson, L., Haglund, K., Stayner, D., Rakfeldt, J., Chinman, M. & Kraemer Tebes, J. (2001): "It was just realizing... that life isn't one big horror": A qualitative study of supported socialization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 24 no 3, pp 279-292.
- Davidson, L., Shahar, G., Stayner, D.A., Chinman, M.J., Rakfeldt, J. & Kraemer Tebes, J. (2004): Supported socialization for people with psychiatric disabilities: Lessons from a randomized controlled trial, *Journal of Community Psychology*, vol 32, no 4, pp 453-477.
- Halldin, J. (1985): Prevalence of mental disorder in an urban population in central Sweden in relation to social class, marital status and immigration, *Acta psychiatr. Scand.* 71, pp 117-127.
- Nygren, P. (2004): *På ständigt jakt efter billig mat - En explorativ studie om fyra psykopatienters strategier för att hantera sin ekonomi.* C- Afhandling, Institutionen för socialt arbete: Stockholms Universitet.
- Read, J. (2004): Poverty, ethnicity and gender, in Read, J., Mosher, L.R. & Bentall, R.P. (red.): *Models of madness. Psychological, social and biological approaches to schizophrenia.* Brunner-Routledge.
- Socialstyrelsen (2003): *Vård och stöd till patienter med schizofreni - en kunskapsöversikt*, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006): *Handikappomsorg. Lägesrapporter.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (1992): *Välfärd och valfrihet - service, stöd och vård för psykiskt störda*, SOU 1992:73.
- SOU (2006): *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.* SOU 2006:100.
- Starrin, B. & Janson, S. (2005): Typer av arbete, arbetslöshet och psykosocial ohälsa, *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, årg 11, nr 1, s 33-43.
- Topor, A. (2004): *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem.* Stockholm: Natur och Kultur.
- Warner, R. Polak, P. (1995): The economic advancement of the mentally ill in the community: 2. Economic choices and disincentives, *Community Mental Health Journal*, vol. 31, no 5, pp 477-491.
- Zelizer, V. (1994): *The Social Meaning of Money. Pin Money, Paychecks, Poor Relief and Other Currencies.* New York: Basic Books.