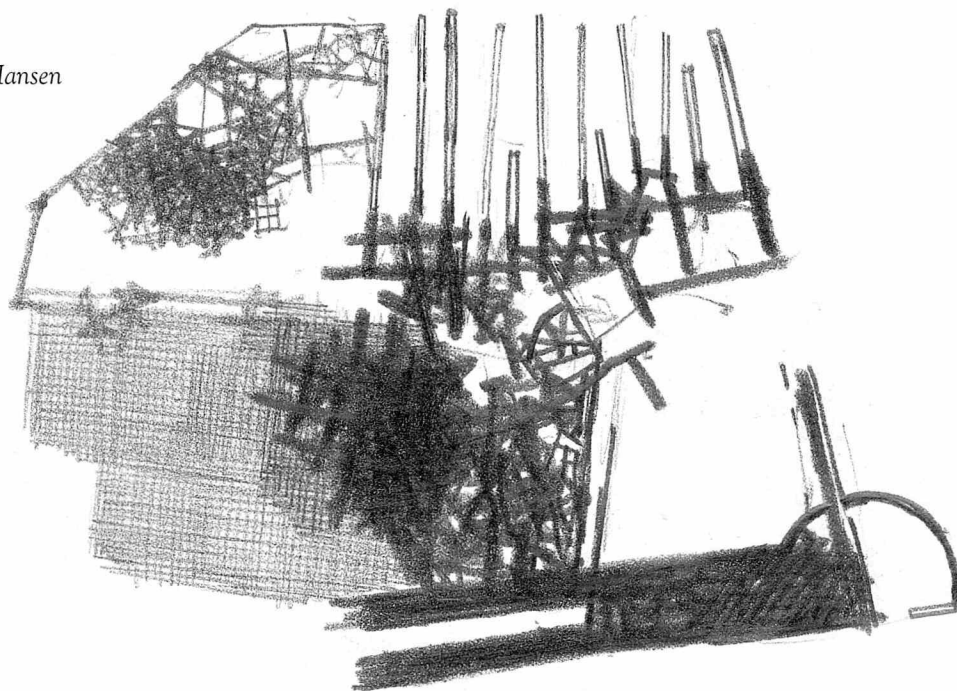




Rapport fra en lukket afdeling

Af Tore Jacob Hegland

Illustrationer Gert Hansen



Den følgende beskrivelse, og nogle tilløb til analyser, er lavet på baggrund af min egen indlæggelse på et psykiatrisk sygehus omkring januar 2001. Den første afdeling, hvor jeg var indlagt i ca. tre uger, spiller hovedrollen. Det var en i princippet lukket akutafdeling, hvor de fleste patienter var tvangstilbageholdte. Den anden afdeling, hvor jeg var indlagt i ca. to uger, var en i princippet åben afdeling, hvor nogle af patienterne dog havde restriktioner på deres udgange. Jeg vil enkelte gange henvise også til denne afdeling, men ikke i sammenligningsøjemed. Dertil var de to afdelinger alt for forskellige, ikke mindst med hensyn til intern kultur, patientgruppens sammensætning samt patienternes funktion og opholdstid.

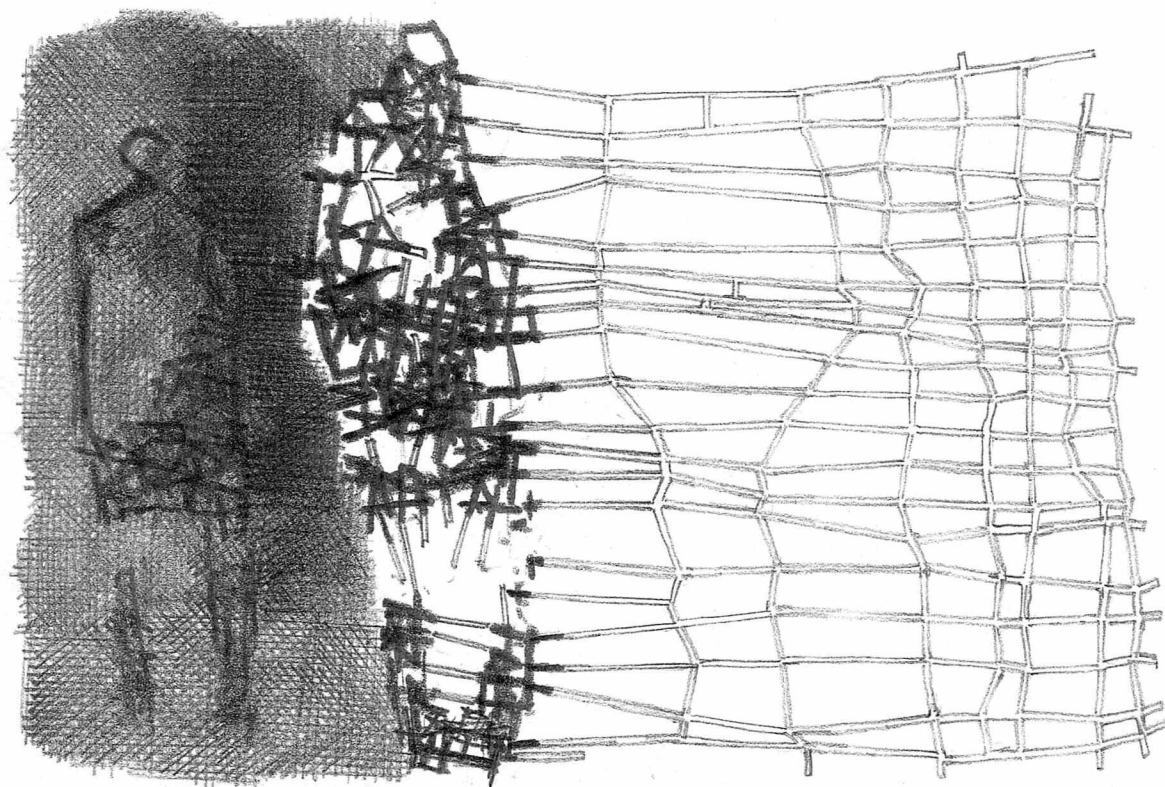
Jeg har haft, og har stadig, enkelte betænkeligheder med at skrive denne "deltagerobservationsrapport":

- Nogle af beskrivelserne og kommentarerne kan blive opfattet som en generel – og måske i nogle tilfælde personlig – kritik af personalet. Pletvist er det måske umuligt helt at undgå, men jeg har forsøgt at lægge hovedvægten på den organisatoriske struktur og institutionskultur som personalet (og på deres vis også patienterne) var indlejret i, og som i meget høj (og for mig forbløffende) grad var bestemmende for deres adfærd og normer. At min psykose hurtigt blev slået ned, og at jeg fik god kontakt til nogle enkelte medarbejdere, skaber også en taknemmelighed, der kan gøre mig noget usikker.
- Nogle læsere vil formentlig anse observationerne som fordrejede, forstørrede eller misforståede på grund af min egen sygdomssituation – en akut mani. Som manisk er man jo i høj grad "verdens midtpunkt". Her er jeg imidlertid mindre betænkelig. Jeg blev indlagt med en mani, som slog ud i fuld blomst nogle dage før indlæggelsen (som jeg gjorde voldsom modstand mod), og som via medicinering blev bragt nogenlunde under kontrol i løbet af den første tid på afdelingen. Herefter var jeg stadig præget af manien, men med en intakt (måske tildels skærpet) observationsevne (dog med rastløshed og koncentrationsbesvær). Jeg har ikke de store betænkeligheder ved at fremstå som en nogenlunde pålidelig "deltagerobservatør" fra en væsentlig del af indlæggelsesperioden, selvfølgelig med forbehold for både selektivitet og subjektivitet. Det er ikke "sandheder", der præsenteres her, men **mine** oplevede virkelighedsbilleder.
- Jeg har tidligt overvejet, om jeg i efterhånden burde skaffe mig nogle "neutrale" data fra institutionen, med hensyn til hvorledes den formelle organisation var, medarbejdernes antal og fordeling på faggrupper, vagthold mv., patienternes antal og fordeling på kategorier, opholdstid osv. (hvis det nu havde været muligt). Noget af det jeg oplevede, kunne måske forstås og fortolkes anderledes, hvis det blev sat ind i en bredere kontekst. Imidlertid har jeg bevidst valgt at afstå fra dette, fordi det nemt ville forstyrre de "rene", oplevede deltagerobservationer, som jeg gerne vil formidle så autentiske som muligt, og ikke som en efterrationaliseret, objektiveret beskrivelse.
- Endelig vil nogle vel finde det betænkeligt, at man eksponerer sig selv som "psykisk syg" eller "sindslidende". Angsten for stigmatisering – som jo stadig er reel nok for mennesker, der er/har været udsat for psykiske lidelser – gjorde jeg imidlertid op med, da jeg første gang (for 3-4 år siden) blev ramt af en mani, gennemlevet under støtte fra familie og venner og med lægelig/medicinsk og terapeutisk bistand. Siden da har jeg bl.a. brugt mig selv som eksempel i foredrag, undervisning osv., og enkelte gange har det vel også hændt, at mennesker med psykiske problemer selv har turdet eksponere sig efter at jeg – der jo besidder en vis status – har gjort det. Så denne betænkelighed eksisterer ikke for mit vedkommende.

Næsten alt det, som fremlægges her, er skrevet i perioden fra slutning-

en af februar til begyndelsen af maj 2001, da indtrykkene fra indlæggelsen stod rimeligt klare i min erindring. Derefter lod jeg det ligge i nogle måneder, for så at foretage den endelige udskrivning og finpudsning i efteråret – i september-oktober, med begivenhederne lidt mere på afstand.

Det viste sig ikke nødvendigt at lave nogle væsentlige justeringer. Blot er sprogbrugen enkelte steder dæmpet en smule ned; et halvt års tid tidligere var jeg nok emotionelt mere berørt af den lukkede afdeling end jeg var i efteråret. Og så er der tilføjet nogle supplerende, mere konkrete oplysninger og detaljer, som jeg kort efter indlæggelsen anså som en slags selvfølgelig almenviden. Når jeg nu også er mentalt ude af sygehuse – in casu den lukkede afdelings – højst specielle “univers” (det har taget sin tid!), kan jeg godt se, at noget af hvad jeg skrev i foråret måtte virke lidt indforstået på de fleste udenforstående. Og det er jo en rapport **fra**, og ikke **til** en psykiatrisk afdeling.



Akutafdelingen; fysiske rammer m.v.

Man kom ind i afdelingen gennem en slags “sluse”, aflåst i begge ender. I “slusen” var der et bord og to-tre stole, hvor besøg af pårørende og venner ofte foregik. Der var også et besøgsrum i tilknytning til slusen, hvor besøg kunne finde sted under mere diskrete former. (En medarbejder var ofte til stede, hvis den indlagte betragtedes som urolig, besværlig eller aggressiv. I de første dage var dette vel tilfældet for mit eget vedkommende).

Indenfor slusen var så selve afdelingen, relativt langstrakt og korridorlignende. Det korridoragtige var bl.a. frembragt af, at to store rum var afsat til henholdsvis opholdsstue (for især patienterne, hvor der bl.a. er TV, servering af kaffe, småkager m.v.), samt et stort kontor for personalet (hvor man bl.a. holdt langvarige møder med psykiaterne samt drøftelser i forbindelse med vagtskifte). "Korridoren" og dens fortsættelse havde enestuer for patienterne på begge sider (der var dog også to flere-personers stuer), relativt primitivt udstyret (lille plads til personlige ting m.v.). Herudover var der bad og toiletter for henholdsvis kvinder og mænd, samt nogle "forråds-kamre".

Lige indenfor "slusen" var der iøvrigt et stort og pænt spiserum, der var aflåst udenfor spisetiderne. At man her skulle spise varm middag ca. kl. 12.00, noget der iøvrigt også var tilfældet på den åbne afdeling, undrede mig såre. Jeg fik heller aldrig nogen forklaring på hvorfor. Patienterne fandt sig i det, men var næppe tilfredse. Jeg har tre forklaringer på denne arkaiske middags-placering: Et levn fra bondekultur- og højskoletraditioner o.l. (højst usandsynligt), en rationel tilpasning til "mad-personalets" arbejdstider (det meste af maden blev bragt, men der skulle også serveres og vaskes op), eller en (overleveret gennem en institutionskultur, formentlig ubevidst) socialisering af patienterne til nogle hospitalsrutiner: Man skulle vide og indrette sig på at man var på institution, og at der her gjaldt andre regler end i "verden udenfor". Altså en disciplineringsmekanisme.

Der var flere rum/faciliteter, end jeg har nævnt ovenfor, bl.a. et køkken og et rum for sygeplejerne til bl.a. mediciner og fordeling af disse. Vigtigere for patienterne var nogle småborde med stole hist og her, samt et større, rundt bord i en slags niche, hvor fem-seks personer kunne sidde sammen. (Her var også "patienttelefonen" placeret). Betydningen af denne niche skal jeg komme tilbage til.

Personalet og patienterne

Der må tages det forbehold, at oplysningerne, også de mere "konkrete", er baseret på egne observationer og oplevelser. Altså ingen systematisk informationsindsamling; dog gjorde jeg spredte notater undervejs, for jeg var helt fra indlæggelsen af klar over, at jeg nok kom til at skrive noget fra mit ophold. (Jeg husker iøvrigt, at jeg under selve indlæggelsen – før jeg blev klar over, at jeg ville blive tvangstilbageholdt – udbrød noget i retning af, at "nu får jeg endelig anledning til at observere en psykiatrisk afdeling indefra – det har jeg længe været interesseret i!")

På den lukkede afdeling var der sædvanligvis 6-7 daglige **medarbejdere** til stede, lidt færre på natholdet. Under spidsbelastninger (som f.eks. forekom i den første tid jeg var der, op mod og i forbindelse med nytår) blev der indkaldt nogle flere. Jeg oplevede det som et morgen-formiddagshold og et eftermiddags-aftenhold, samt natholdet. (Der kan have været glidende overgange, som jeg ikke lagde mærke til).

Et typisk hold var et par sygeplejere, samt 4-5 "menige" medarbejdere (social- og sundhedsassistenter, plejeruddannede, samt nogle enkelte

med andre baggrunde). Sygeplejerne havde en vis autoritet, uden at den slog særlig markant igennem. Herudover var der nogle medarbejdere, der kom og gik, f.eks. køkken- og rengøringspersonale. Og så var der selvfølgelig **lægerne** (de blev omtalt sådan, ikke som psykiatere), der var tilknyttet det større afsnit (med flere afdelinger), og med deres faste arbejdsplads geografisk adskilt fra afdelingerne. De kom (som oftest enkeltvis) til planlagte, langvarige møder med medarbejderne (tilsyneladende med udgangspunkt i journalen), af og til også akut (men det akutte blev ofte håndteret pr. telefon). Det var yderst sjældent, at lægerne havde personlig kontakt med patienterne i det daglige.

Andre personalegrupper/professioner end de ovenfor nævnte optrådte stort set ikke i de tre uger, jeg befandt mig på afdelingen. Én gang dukkede der en socialrådgiver op for en kort bemærkning. Altså billedligt talt, for det lykkedes mig ikke – på trods af visse anstrengelser – at finde ud af hendes rolle. Psykologer var totalt fraværende – fandtes de overhovedet?

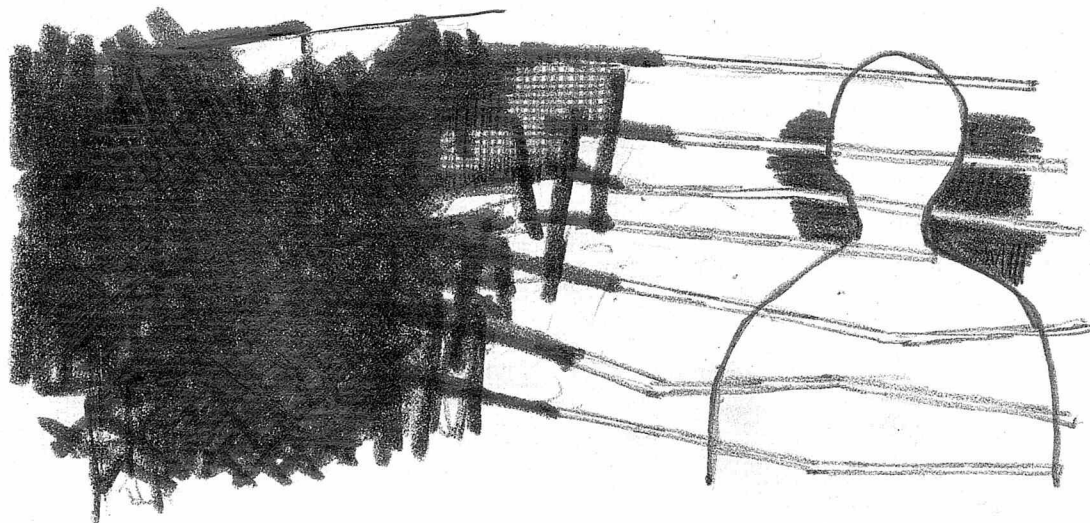
Patienterne var en yderst broget skare, fra unge indlagt efter f.eks. selvmordsforsøg, ofte med yderst diffuse, psykiske symptomer, til midaldrende/ældre med en konfus og forvirret adfærd. Nogle af de yngre havde abstinenser efter perioder med stort alkohol- eller stofbrug, kombineret med psykiske problemer. Der var tilfælde af relativt “almindelige” depressioner, og der var “mærkelige” tilfælde, som det er vanskeligt at beskrive andet end som enkelt-cases:

Den ca. 60-årige dame der pludselig dukkede op, og vandrede op og ned af “korridoren”, mens hun klamrede sig til en bylt med personlige ejendele. Hun talte stort set sort, men insisterede dog på, at hun havde en hjerneskade, og at hun **ikke** ville bort fra afdelingen. Hun holdt sig derfor langt væk fra “slusen” – for derfra ville hun blive sendt til et sted, hvor man anbragte folk i “kasser”. Det sidste slap hun dog for, i hvert fald den første dag, for efter mange timers vandring var hun træt nok til at acceptere at gå i seng (interimistisk arrangeret), og ved hjælp af nogen medicin faldt hun i dyb søvn. Næste dag var hun forsvundet – forhåbentlig ikke til “kasserne”.

Eller den ældre kvinde som blev rullet ind på en hospitalsseng, til et forbløffet personale, som mente, at dette måtte være en misforståelse. Sengen blev stående midt i korridoren, mens det blev diskuteret, hvad man dog skulle gøre. Efter et blik på kvinden kunne det umiddelbart se ud som hun snarest burde visiteres til et begravelsesfirma, hun så absolut mere død end levende ud. Efter nogle timer havde personalet fundet en mere passende placering, og så forsvandt “kvinden i sengen”. Hvilket dog ikke forhindrede, at samme procedure gentog sig næste dag: Pludselig stod sengen med kvinden der igen. Masse drøftelser påny, og så var seng og kvinde væk.

Nåh – disse par eksempler er meget ekstreme. Men generelt var det et meget bredt spektrum af “tilfælde”, der rykkede ind på afdelingen, og personalet gav da også udtryk for, at man især i denne periode oplevede den som et slags krisecenter med døgntilbud (det var jo ved jule- og nytårstid): “De fleste andre tilbud er tydeligvis lukkede i denne periode, så dermed bliver vi mere en slags nødhjælpsfunktion end under “normale”

forhold”, som en af medarbejderne sagde. Efter mit skøn var det under halvdelen af patienterne, som “hørte hjemme” på en akut, lukket modtageafdeling på et psykiatrisk sygehus. Og heldigvis var det også således, at enkelte hurtigt blev sendt videre, eller udskrevet til eget hjem/familie. Men der var også adskillige, som blev der i mindst lige så lang tid som jeg, altså ca. tre uger, fordi de havde “ondt i livet” (ofte med depressive, angstprægede eller paranoide symptomer), uden anden behandling end den medicinsk dæmpende/sløvende samt en beskyttet (og reguleret) tilværelse. Flere gange hændte det også, at patienterne blev forflyttet til en anden afdeling, for så hurtigt at dukke op igen.



Nogle observationer fra dagliglivet

De allerfleste af disse observationer er hentet fra den akutte modtageafdeling. Lidt af det passer nok også på den åbne afdeling, der imidlertid var mere nuanceret og vanskeligere at danne et “billede” af.

Det mest iøjnefaldende – i hvert fald for mig, der jo også er en slags organisationsforsker – var, at medarbejderne i overvejende grad indtog en opsyns- og kontrolfunktion, tilsyneladende i den bevidste eller ubevidste hensigt at få patienterne til at falde ind i en (ikke særlig explicit) patientrolle. En række rutiner (måltider, kaffeservering, medicinuddeling, sengetider, som iøvrigt blev liberalt administreret, osv.) var led i denne disciplinering, samt forskellige påbud og forbud incl. tildeling af privilegier. (F.eks. fik jeg selv efter nogen tid tildelt afdelingens eneste værelse med eget toilet og bad samt et lille skrivebord – måske fordi jeg nok så fredsommeligt skrev og læste en hel del, efter at den akutte mani havde sluppet grebet).

Blandt forbudene/påbudene var f.eks.: Ikke tale alt for højt, opføre sig “dannet” (i en diffus forstand), lade være at henvende sig til bestemte patienter, ikke opholde sig på hinandens værelser (især ikke hvis det drejede sig om det modsatte køn, det var **helt** forbudt), bruge “kontakt-

personen” hvis der var noget man ønskede (hver patient havde én af personalet som kontaktperson, men de skiftede jo hele tiden efter vagter og arbejdstider), holde sig væk fra indgangen til personalekontoret, ikke opholde sig for meget tæt på “slusen”, ikke låne penge til andre patienter. Ens egne penge, større antal cigaretpakker, telefonkort m.v. var deponeret på personalekontoret, og blev udleveret i portioner ved henvendelse til kontaktpersonen, der også sørgede for indkøb af yderligere cigaretter, slik, cola osv.

Mange af disse kontrolfunktioner kan selvfølgelig logisk begrundes, men for personalets vedkommende syntes de at være institutionaliserede og rutinerede, bundet op på regler og vaner. Dette gav lille rum for afvigelser og for tættere kontakter til patienterne. Ved en umiddelbar betragtning kunne det synes praktisk, i den udstrækning afdelingen i hvert fald i princippet skulle have som hovedfunktion at være en modtagestation, hvorfra patienterne relativt hurtigt skulle sendes videre, evt. efter at akutte symptomer var blevet afdæmpet medicinsk. Men virkeligheden på dette punkt var altså noget anderledes, bl.a. opholdstiderne taget i betragtning. Konsekvensen blev, at patienterne generelt set befandt sig i en “vi-dem-situation” i forhold til personalet, og vice versa¹⁾. Om der var en slags tilsigtet “systemlogik” i dette, tør jeg ikke sige. Fraværet af **omsorg og samtale** i mere end en overfladisk og “teknisk” forstand, var i hvert fald påfaldende.

Lad mig uddybe dette lidt nærmere, uden at det skal opfattes som nogen kritik af de enkelte medarbejdere eller af personalegruppen som sådan. Med ganske få undtagelser var medarbejderne både kompetente og rare mennesker. De var imidlertid – af årsager der for os patienter ikke var nemme at begribe – tilsyneladende afskåret fra at indgå i en forstående, evt. empatisk præget kontakt med de enkelte patienter. Samtaler om ens problemer – aktuelt, sygdomsmæssigt, familiemæssigt, osv. – fandt blot sporadisk sted, og slet ikke som noget medarbejderne tilsigtede, snarere som noget de fleste medarbejdere søgte at undgå. Og hermed tænker jeg ikke på samtaler, der tilnærmer sig det psykoterapeutiske i en snævrere forstand. (Afvisning af lidt tættere samtaler kunne af og til blive begrundet med, at “vi arbejder altså ikke med psykoterapi her”.) Jeg tænker snarere på samtaler, hvor patienten får udtrykt sig om sine frustrationer, forventninger, sorger og glæder såvel aktuelt/på afdelingen som mere generelt/i livet”. Sådanne samtaler behøver man bestemt ikke nogen terapeutuddannelse for at kunne tage, og de har måske heller ikke nogen direkte, terapeutisk effekt. De kan imidlertid være tryghedsskabende for patienter, der er rykket ud af deres hverdag og pludselig finder sig spærret inde – i bogstavelig forstand – blandt en hel del mennesker som man aldrig før har set, endsige kendt. Og ikke mindst: De kunne give medarbejderne – eller nogle i blandt dem – en indsigt der kunne formidles videre til dem, der tager de væsentlige beslutninger, nemlig lægerne: Beslutninger om medicinering, visitering til andre afdelinger eller institutioner, udgang, udskrivning osv.

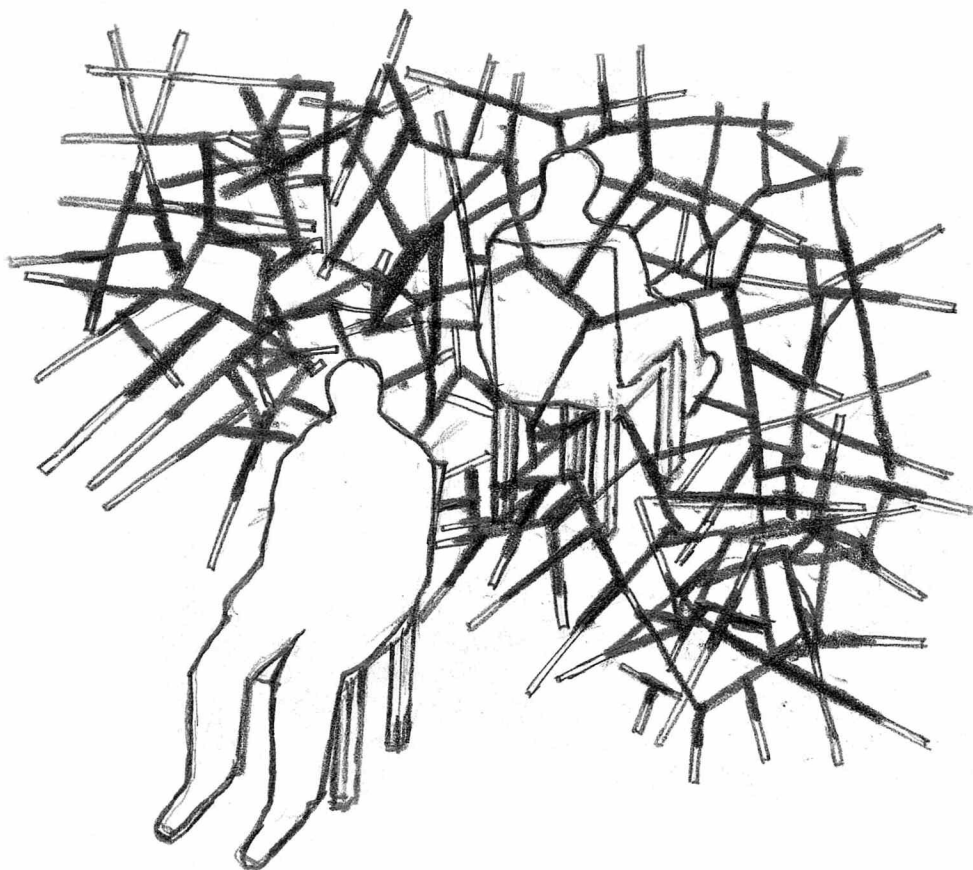
Ofte undrede jeg mig over på hvilket grundlag sådanne beslutninger blev taget, når den væsentligste information måtte stamme fra observation af patientens ydre adfærd: Rolig/uroelig, forvirring, koncentra-

tionsevne, fysiske symptomer som rysten, fordøjelse o.l., døgnrytme, søvn osv. Denne "ydre normalitet" må nødvendigvis have været et centralt grundlag for beslutningerne i afdelingen, ud over hvad journalen måtte indeholde af baggrundsoplysninger o.l. vedrørende patienten. For der syntes heller ikke at være indbygget nogle samtaler mellem læge(r) og patient, bortset fra i forbindelse med en udskrivning eller forflytning. En eller to gange fik jeg selv etableret en kort samtale med en læge om min situation, men det var nærmest tilfældigt, og den kom hovedsageligt til at dreje sig om hvad jeg i øjeblikket var optaget af: Hvor hurtigt kunne jeg komme ud?

Derimod var det altså nemmere at få lægesamtaler, når **de pårørende** anmodede om det. Én af disse samtaler resulterede iøvrigt i et skænderi mellem mig og min kone, hvor jeg følte mig forrådt af, at hun ikke ville gå ind på at lade mig udskrive. Det ville næppe have været fornuftigt, og lægen ville nok heller ikke have gået med til det. Men samtaler mellem læge, patient og pårørende er følsomme sager, især når patienterne i praksis har været afskåret fra at "fremlægge sig selv" på tomandshånd med lægen. De pårørende kommer i en de facto magtposition, hvilket i værste fald kan betyde risiko for en formynderisk adfærd. (Lægen og de pårørende "bestemmer over" patienten). I alle fald giver det åbning for unødvendige familiekonflikter.

Disse unødvendige familiekonflikter har jeg iøvrigt et nok så éntydigt eksempel på – dog i forhold til de daglige medarbejdere og ikke til lægerne. Forholdsvis kort tid efter at jeg var blevet indlagt, kom min kone og søn på besøg. Jeg var rasende over at være spærret inde – lå vist også i spændetrøje²⁾ på det tidspunkt – og lod aggressionerne (og sikkert også meget andet) gå ud over dem. Da vi havde sagt farvel, blev det fra medarbejderside udtrykt overfor min familie, at det nok var det bedste for alle parter, at de nu ventede nogle dage med at besøge mig påny. **Men dette fik jeg slet ikke at vide.** Jeg var skuffet, såret og fortvivlet over, at de ikke kom, til trods for telefonopringninger og indirekte henvendelser. Følelsen af svigt i denne forbindelse havde jeg faktisk i mig helt til tre uger **efter** min udskrivning, da min kone en passant fortalte om medarbejder-henstillingen. Og hun var højst overrasket over, at ingen havde fortalt **mig** om dette. Hvorfor skete det så ikke? To nærliggende forklaringer: At man ganske simpelt havde glemt det. Eller værre, men logisk forståeligt: Hvis jeg var blevet oplyst om at familiens fravær skyldtes en medarbejderhenstilling, så havde mine aggressioner selvfølgelig rettet sig mod medarbejderne, og ikke imod min kone. Og det kunne have været besværligt nok, da mine aggressioner over selve indspærringen på forhånd var ganske voldsomme. Men risikoen for – ved forglemmelse eller fortielse – at skabe mistillid i familien, burde nok på et psykiatrisk sygehus veje temmelig tungt.

Det blev lige nævnt, at jeg på et tidspunkt lå i spændetrøje. Det hændte mig tre-fire gange, fra et halvt til $\frac{1}{4}$ døgn hver gang. De første par gange var det isoleret set højst berettiget, et par andre gange var det nok temmelig unødvendigt. Det oplevedes snarest som afstraffelser, fordi jeg ikke ville "makke ret" i forhold til reglerne og personalet. Generelt var jeg imidlertid meget forbløffet over den udstrakte anvendelse af bæltefiksering på afdelingen. Jeg havde i min naivitet forestillet mig, at



sådanne fikseringer stort set var gået ud af brug i den mere generelle psykiatri, til fordel for indelukning på et værelse med kvalificeret opsyn, evt. kombineret med medikamenter. Men nej, her blev fikseringen brugt nærmest dagligt, ikke åbenlyst som disciplineringsforanstaltning, men tilsyneladende som et enkelt og praktisk redskab. Nu var jeg ikke selv særlig angst over at blive fastspændt, det var selve **indespærringen** som var angst- og aggressionsfremkaldende. (Og iøvrigt gik der en vis sport i at vikle sig ud af læderremmerne, det lykkedes for mig de fleste gange). Men jeg kan forestille mig, at for andre patienter med en anden psykisk konstruktion end min, kunne selve fikseringen virke stærkt angstprovokerende, og fungere contraindicerende i selve behandlingsforløbet. (Enkelte, især nogle formodede "svingdørspatienter", fandt sig imidlertid villigt i fikseringen, nærmest som en forventet rutine.)

Under fikseringsepisoderne, men også når patienter var stærkt urolige, evt. med markante, psykotiske symptomer/udbrud, og de var blevet fortalt, at de **skulle** blive på deres værelse (ofte om natten), blev der placeret en medarbejder udenfor døren, der kunne være halvt åben, evt. næsten lukket, mens medarbejderen af og til kikkede ind. Ud over kontrolfunktionen sørgede medarbejderen for en række praktiske ting, som f.eks. vand, kaffe, medicin, at madras og sengetøj var i orden, at man kunne få forrettet sin nødtørft osv. Man kunne af og til få tilbudt en avis eller et ugeblad. Spørgsmål vedrørende indlæggelsen, sygdommen, opholdstid osv. blev som oftest kun besvaret med at nu skulle man bare

tage den med ro, og nu skal man slappe af bedst muligt, og så ordner alting sig nok efterhånden. (Der **fandtes** undtagelsestilfælde, men så blev det signaleret at dette nærmest var irregulært).

Denne distancerede, praktisk orienterede kontakt mellem medarbejderen (der står betegnende nok "vagt" i mine notater, og det har bestemt ikke noget at gøre med at medarbejderen var "på vagt", f.eks. om natten) og patienten, i en situation hvor begge parter har rigtig god tid, og hvor patienten ofte har et stort behov for at tale, betro sig, beklage sig osv., synes underlig malplaceret både i en omsorgs- og behandlingsmæssig sammenhæng. Patienten har ofte et desperat ønske om at opleve varme, nærhed og tryghed, og gennem de samtaler der måtte udvikle sig, kunne medarbejderen måske også vinde nogen indsigt, der evt. kunne få betydning i behandlingsforløbet. En patient er jo ikke **kun** psykotisk, men også så meget andet og mere. Og måske kan en patient **netop** i stærkt pressede situationer formidle/røbe noget om sig selv, der på ny bliver fortrængt, når psykosen er slået ned eller fader ud?

Lad mig nævne et par episoder, hvor distancen forekom åbenbart uhenigtsmæssig:

En ung pige blev indlagt i en nærmest hysterisk, ukontrolleret tilstand. Lille, spinkel, så ud til at være 12-13 år, det blev imidlertid sagt at hun var 17. Hun bliver nærmest øjeblikkeligt placeret i et værelse, hvor hun stort set var isoleret i de par døgn, hun var på afdelingen. Højlydt, uhæmmet gråd det meste af tiden, afbrudt af perioder hvor hun døsede hen. Af og til heftige, delvis usammenhængende udråb: "Nej – ikke der. Hold op med at gøre det så hårdt. Ikke så langt op!, osv." (Refereret fra en medpatient der boede i naboværelset, og ikke kunne sove på grund af gråden og råbene). Der var fast vagt i en stol udenfor pigens værelse, men ingen tilløb til trøst og samtale. Efter et par døgn var hun visiteret videre, formentlig til ungdomspsykiatrisk afdeling. Det fik vi – patienterne – ikke at vide, det var vigtigt at vi ikke "blandede os" for meget. Episoden var nok dén, som skabte størst forargelse i patientgruppen, og de få som havde været tættest på (jeg var ikke blandt dem) var nærmest rystede/fortvivlede. Den anden nat etablerede to-tre medpatienter iøvrigt deres egen, supplerende overvågning af hende, ved at lytte og kikke til.

En anden episode: Ung pige fra en omegnskommune blev indlagt med diffuse problemer, bl.a. abstinenser efter længere tids blandingsmisbrug. Dybt ulykkelig og grædende, på en stilfærdig måde. Fik beroligende medicin og blev placeret i en seng på en stor stue, med en tom seng i den anden ende, og ellers intet i det måske skræmmende lokale. Det sidste var i hvert fald mit skøn, så jeg skyndte mig at placere nogle huggede blomster og potteplanter i vinduet og på det tomme natbord, for til sidst at lægge en lille bamse (fra hendes åbne kuffert) i hendes armkrog (hun var nu stærkt dopet af medicin). Dette initiativ måtte ordnes i en fart, mens de fleste medarbejdere var i møde, for ellers risikerede jeg i det mindste at få voldsomt skældud (alene med en indlagt pige på et værelse -). Dagen efter fortalte hun iøvrigt, at hun havde følt sig meget alene og ulykkelig, og at blomsterne og bamsen havde været til trøst. Denne første nat på afdelingen havde hun **ikke** heltidsovervågning. En medarbejder sad udenfor døren dele af natten, og da en af patienterne –

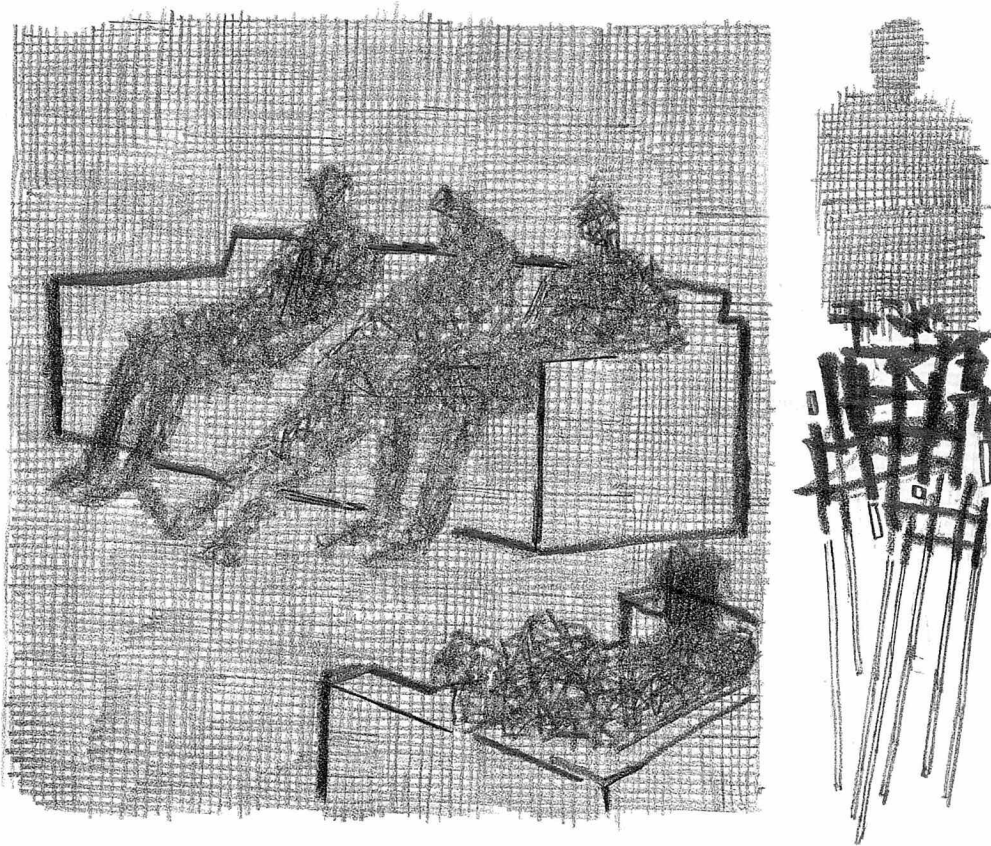
der troede at vide at hun var stærkt selvmordstruet – spurgte hvorfor ikke der var bedre overvågning, fik han til svar, at det var umuligt, for “det var ikke besluttet på medarbejdermødet”³³).

Pigen fungerede rimeligt efter ca. tre døgn – hvorefter hun blev udskrevet til egen adresse i hjemkommunen. Jeg fik anledning til at tage temperaturen på denne afgørelse: På forespørgsel sagde en af de erfarne medarbejdere i al fortrolighed til mig, at han var stærkt bekymret: “Hun havner i sit gamle miljø, det hele gentager sig, vi burde have taget kontakt til kommunen”. Senere har jeg nærmest tilfældigt nævnt sagen for socialchefen i denne kommune, og han blev meget forbløffet: “Det forstår jeg ikke. Vi har jo opbygget et godt beredskab for sådanne situationer, og det er jo rigtigt, at vi **har** et misbrugsmiljø som hun nu formentlig er tilbage i.” – Så må man jo stille spørgsmålet om omsorg og samtale en gang til: Ville en tættere omsorg ikke kunne have åbnet for en fortrolighed, der måske ville have forhindre den hurtige beslutning (efter kun tre døgn indlæggelse) om en udskrivning til ingenting?

Et tredje eksempel, der drejer sig om en 68-årig mand, meget stilfærdig og nem at have med at gøre. Ikke noget med udad-ageren og fiksering her. Tilsyneladende en middelsvær depression. Dybt ulykkelig, havde ikke ventet at komme på en lukket afdeling. De første, adskillige dage vandrede han omkring, ofte med tårer i øjnene, og sagde gang på gang til dem, der ville høre: “Why am I here? This is a prison. Why doesn't anybody tell me anything? I am so unhappy...” – Hans klage over, at ingen ville fortælle ham noget, skyldtes tildels at han nærmest insisterede på at føre samtaler på engelsk. På min forespørgsel om hvorfor medarbejderne dog ikke kunne efterkomme dette ønske, svarede hans aktuelle kontaktperson noget kontant, at “han kan dansk lige så godt som os andre, har boet her sit halve liv, så det er slet ikke nødvendigt”. Nej, måske ikke nødvendigt, men hvorfor ikke alligevel tale med ham på hans “eget” sprog, når det nu var dette han foretrak i sin nuværende situation? Det var i hvert fald ikke vanskeligt at tale med ham på engelsk (efter de første, meget indesluttede dage) om hans baggrund: Hans tjeneste i de amerikanske styrker i Koreakrigen i halvtredserne, hans flytning til Danmark, hans danske kones død, og ikke mindst, hvor ensom han følte sig i et ældrebofællesskab, hvor han ingen interesser delte med de andre beboere, hans ønske om en rejse til USA, osv. Her var jo udgangspunkter for konstruktive samtaler, f.eks. om evt. støtte efter udslusning.

Medarbejdernes omsorg/samtaler var imidlertid koncentreret om det praktiske/plejemæssige: Sørgen for at han fik sine måltider (med diæt-kost, han var diabetiker), gøre opmærksom på servering af kaffe i opholdsstuen (med de sukkerfrie kager, som han hadede), invitationer til et slag kort med en medarbejder, sikring af at han fik nok søvn osv. Altså: Når der fornemmes en fortvivlet ensomhed og afmagt (der måske var årsagen til indlæggelsen, snarere end forårsaget af den?), så forstærkes den praktiske, “teknisk” orienterede omsorg, men der etableres ikke nogen kontakt på det “indre”, personlige plan, ud over det helt overfladiske. Måske kan det have været forsøgt under et møde med en af lægerne, men sådanne møder var jo så flygtige og kortvarige, samtidigt som lægerne, langt mindre end det faste personale på afdelingen, havde kunnet danne sig noget indtryk af patienten som person.

På baggrund af de ovenfor beskrevne observationer og eksempler, turde det være logisk at der måtte eksistere et vi-dem-forhold mellem patienterne og medarbejderne. I hvilken grad medarbejderne på **deres** side oplevede sig som medlemmer af et fælles "vi", har jeg imidlertid vanskeligt ved at vurdere.



Patientkollektivet¹⁾

I løbet af den første tid jeg opholdt mig på afdelingen, opstod der – tilsyneladende spontant – en patientgruppering, der samledes i "nichen" omkring det runde bord, med patienttelefonen i baggrunden. Den bestod til at begynde med af nogle yngre mænd og piger samt mig selv. Enkelte var psykisk ude af balance (bl.a. jeg), andre tilsyneladende rimeligt fungerende. De fleste havde baggrund i stof(mis)brugs- og beslægtede miljøer, et par havde tidligere været HA-supporters o.l. Alle – undtagen jeg – befandt sig på siden af "normalsamfundet". Senere sluttede flere sig til, bl.a. en muslim (iøvrigt veluddannet og velintegreret i det danske samfund).

I udgangspunktet var det behovet for hygge, fællesskab, menneskelig kontakt, der samlede gruppen. Der blev drukket spandevs af kaffe, slik og kager blev skaffet til veje, og luften var konstant tyk af cigaretrøg. Der blev spillet kort, og der dukkede af og til en guitar op. En næsten forbløffende åbenhed gjorde sig gældende, med hensyn til personlig bag-

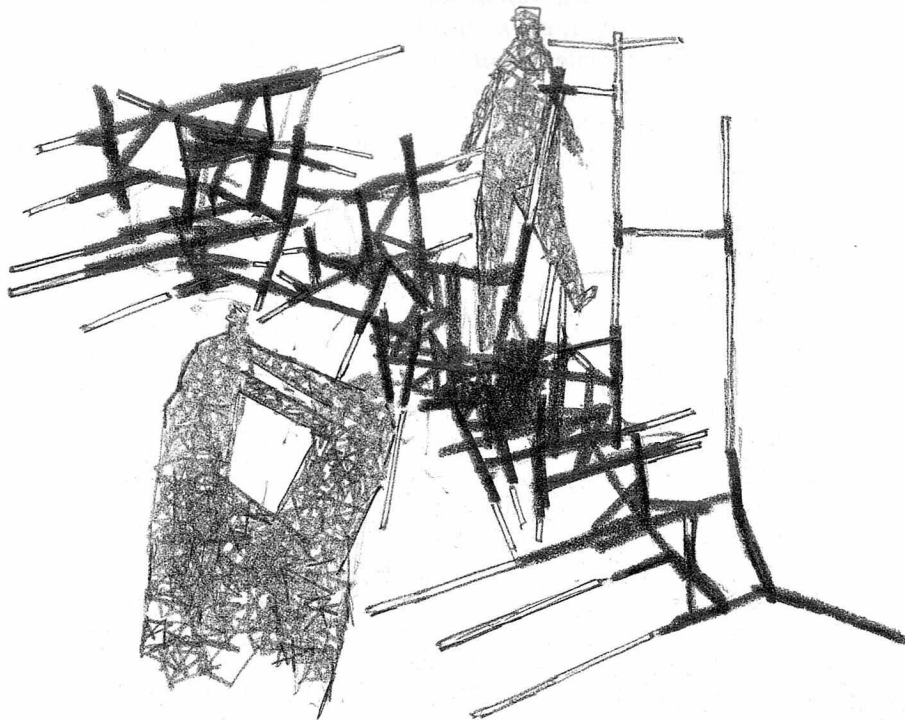
grund og problemer (enkelte kendte iøvrigt hinanden "udefra"), øjeblikkelig situation med hensyn til indlæggelse osv., og en udpræget tolerance gjorde sig gældende med hensyn til adfærd og holdning. Diskriminerende ytringer (hvad angik etnicitet, religion, alder, udseende osv.) blev kontant imødegået.

Ud over "patientkollektivets" helt åbenbare funktion som et fællesskab omkring menneskelig kontakt, hygge og samvær i en forstående og åben atmosfære, så fyldte det en række andre funktioner, i udgangspunktet især for "kernegruppen", efterhånden også – i varierende grad – for stort set hele patientgruppen ved afdelingen. Det bliver mest oversigtligt hvis jeg beskriver disse funktioner punktvis:

Forsøg på at etablere en vis egenkontrol, dvs. overfor "dem" (de daglige medarbejdere, ledelsen). Den vigtigste mekanisme var udveksling af oplysninger, f.eks. hvilke af medarbejderne der var til at tale med, og hvilke man absolut burde være forsigtige overfor. Hvem man kunne betro sig til uden risiko for misbrug af oplysninger, hvem ville tage sig af indkøb udefra på en ordentlig måde, hvem kunne håndtere en besøgssituation med en vis fingerspidsfølelse (hvem skulle f.eks. få lov til at besøge en, og hvem ville man helst ikke se). Med hensyn til lægerne: Hvilke holdninger (behandlingsmæssigt etc.) havde de enkelte (f.eks. at lytte til en med hensyn til medicinering), hvem kunne man være åben overfor, hvem var liberale med hensyn til udgang, hvem kunne det **overhovedet** lykkes at få kontakt til, osv. (Oplysningerne om lægerne/psykiaterne syntes at flyde på tværs af afdelinger indenfor afsnittet, nok også på tværs af større dele af det psykiatriske sygehus, bl.a. via patienter der forflyttedes, blev genindlagt osv.).

Tagen sig af hinanden, i form af emotionelle og praktiske omsorgsfunktioner. Trøst til de ulykkelige, opmuntringer (f.eks. om at deltage ved bordet, både i "nichen" og i opholdsstuen, spille kort eller erobre TV-et for at se en bestemt film) til de nedtrykte eller sløve. Og mere planlagt: At holde øje med patienter der så ud til at være i krise (f.eks. kigge til dem om natten, jfr. det tidligere eksempel), finde veje til akut at ændre medicinering (ved at påpege alarmerende symptomer overfor sygeplejerne, ved at afgive noget af sin egen medicin, hvilket lod sig gøre på trods af kontrol, ved at informere patientrådgiveren osv.). At bidrage til at der så pænt ud på de enkeltes værelser, at dele bøger, blade osv. med hinanden, sørge for at folk ikke glemte at komme til måltiderne (her gjorde personalet også hvad man kunne), sørge for cigaretter og slik til dem, der havde glemt at købe eller ikke havde penge. Og altid kontakte nyankomne, både for at signalere at der var medpatienter der kerede sig om dem, og for at bidrage med vigtige, informelle oplysninger om afdelingen.

Det skal præciseres, at omsorgsfunktionerne – som der her kun er nævnt enkelte eksempler på – næsten systematisk blev udstrakt fra "kernen" i patientkollektivet til **alle** medpatienter. Jeg har en fornemmelse af, at dette skyldtes, at omsorgsfunktionerne var **så åbenbart nødvendige**, fordi de ikke var adækvat indbygget i medarbejdernes arbejdsroller, og måske også fordi nogle af kernegruppens medlemmer havde tidligere erfaringer fra samme eller lignende afdelinger, evt. fra andre, typiske totalinstitutioner, én af dem var f.eks. overflyttet fra et fængsel.



Planlægning af forbudte aktiviteter foregik mere eksklusivt og gedulgt indenfor selve kernegruppen. Det drejede sig hovedsageligt om to forhold: Hvorledes man evt. kunne flygte fra den faktisk temmelig godt sikrede afdeling, og hvorledes man kunne skaffe vin, spiritus eller stoffer udefra. Disse planlægningsaktiviteter var tidvis temmelig intense, men bragte sjældent resultater. At de havde en vis mentalhygiejnisk effekt, tør imidlertid være hævet over tvivl. Det er f.eks. mindre belastende at være spærret inde, når man ved – eller tror at man ved – at man i givet fald selv kan skaffe sig ud. Jeg deltog iøvrigt selv aktivt i denne planlægning, der dog forblev på planlægningsstadiet. Og da jeg en dag fandt en udvej, som jeg **troede** ville kunne lykkes, så overtalte et par andre deltagere i kernegruppen mig til **ikke** at tage væk. Det ville være usolidarisk, og vi hyggede os jo så godt sammen! Og dermed blev det.

Umiddelbart skulle man tro, at interessen for at få adgang til spiritus eller stoffer ville være meget stor, på en afdeling hvor adskillige havde en baggrund som stofbrugere, og nogle med abstinenser fra et langvarigt overforbrug af alkohol. Og der **var** en betydelig optagethed af rusmidler, med en udstrakt åbenhed om hvad man brugte og ikke brugte (ecstasy o.l. var det eneste stof man generelt tog både praktisk og principiel afstand fra), med lange, personlige historier om glæder og sorger ved brug af både lovlige og ulovlige narkotiske stoffer, alkohol og hash. Der var også nogen uforpligtende planlægning af hvorledes man kunne smugle stoffer ind på afdelingen (det ville have været relativt nemt, via besøgende), men planerne blev mig bekendt aldrig bragt til

udførelse. Så vidt jeg kan bedømme, opfattede de fleste indlæggelsen som en anledning til at få en tiltrængt, stoffri periode (og for nogle ganske få, tildels i periferien af "kernegruppen", som begyndelsen til nedtrapning/behandling mod stoffrihed). Med den ganske massive medicineringsomkostning som man blev udsat for, var det akutte behov for yderligere stoffer måske heller ikke særlig påtrængende.

Med hensyn til alkohol lå det lidt anderledes. Her var der en markant interesse i at få smuglet vin eller spiritus ind. Ikke i store mængder, men dog noget, til at hygge sig med. Jeg tror iøvrigt, uden at kunne stå inde for det, at muligheden for at få en lille en, eller et par glas vin, også repræsenterede introduktion af en slags "normalitet" i institutions-sammenhængen, dvs. som en symbolsk funktion. At skaffe vin, øl eller spiritus til veje, var imidlertid praktisk besværligt, og man gjorde sig heller ikke voldsomme anstrengelser. Ved et par-tre tilfælde lykkedes det (én gang var jeg selv den aktivt udøvende), men det var begrænset til små mængder. På den åbne afdeling, hvor jeg var i et par uger, var det iøvrigt meget nemt at tage spiritus med ind. Det skete alligevel i meget lille udstrækning.

Generelt kan man sige, at der var megen **snak** om stoffer og alkohol, men i praksis ikke noget udbredt **ønske** om at introducere rusmiddelbrug på afdelingerne. På akutafdelingen var det især patientkollektivet der opretholdt denne situation (selvfølgelig understøttet af restriktionerne). På den åbne afdeling var det de enkelte patienter (patientkollektivet var her mere opsplittet og utydeligt), men de fleste havde jo udgang, og kunne evt. nyde deres vin og øl hjemme, eller ude i byen.

Sammenfattende kan det konkluderes, at stoffer og alkohol **ikke** var noget problem, og at patientkollektivet snarere bidrog til denne situation end modvirkede den. Det overraskede i hvert fald mig en smule.

Patientkollektivets funktioner – navnlig på den lukkede afdeling – kan måske bedst illustreres ved ét markant eksempel, som jeg vil beskrive forholdsvis detaljeret: **Håndteringen af problemer omkring anvendelsen af patienttelefonen:**

I et skab tæt ved den tidligere omtalte "niche", var der placeret en automattelefon, som patienterne skulle benytte, hvis de telefonerede "ud af huset", og hvortil man også kunne ringe ind udefra. (Skabet kunne låses, og det var lukket om natten. Jeg husker imidlertid, at skabet også på andre tidspunkter blev låst, i tilfælde af markant uro blandt patienterne. På mig virkede det som en slags kollektiv afstraffelse). Når den ringede – med en lyd der kunne høres over det meste af afdelingen, var det sædvanligvis **patienterne**, der skulle svare, og finde den som opringningen var møntet på. Når man skulle ringe ud, skulle der benyttes telefonkort, som kunne købes hos personalet (helst via kontaktpersoner).

Der var flere problemer med dette: Når personalet sjældent kerede sig om at tage patienttelefonen ved ringning (det lå tydeligvis udenfor deres arbejdsområde, men **nogle** gjorde det dog alligevel), var telefonkontakten udefra ganske simpelt afhængig af, at der eksisterede en vis solidaritet eller ansvarsfølelse blandt patienterne. Det var der også – efter min vurdering ikke mindst på grund af patientkollektivets eksistens – men det krævede faktisk en vis indsigt og konduite. Ofte måtte man f.eks. vide hvem der ringede, for at en medpatient overhovedet ville

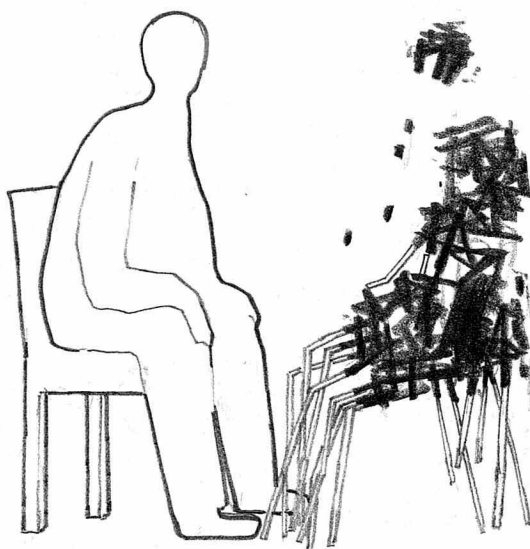
tage telefonen. Der skulle evt. aftales et nyt opringningstidspunkt, med forklaring af hvorfor det ikke passede lige nu, og man skulle af og til lave et skøn over hvornår det passede, om vedkommende patient selv ville/kunne ringe tilbage, til hvilket telefonnummer, hvilken person osv. Og når der skulle ringes ud, enten for at besvare en tidligere henvendelse eller som et selvstændigt initiativ, så var bl.a. spørgsmålet om man nu havde et telefonkort med tilstrækkelig taletid på, eller om det var muligt at købe et (havde man penge, havde man telefonkort tilgængelig til salg, var der åbent for salg osv.). De sidste problemer medførte evindelige transaktioner med køb, salg, "lån" osv. indenfor patientgruppen, men på en eller anden måde blev de løst i de fleste tilfælde. Personalet kunne dog generelt ikke li' disse transaktioner; når man havde brugt sine kort eller sine penge, så måtte man give afkald på telefonopringninger. Formentlig en slags "opdragelseshensigt", der næppe kunne fungere særlig pædagogisk på en lukket afdeling med en betydelig forvirring og angst især blandt nytilkomne patienter.

De ovenfor nævnte, dagligdags håndteringer af patienttelefonitjenesten, overskyggedes imidlertid af det problem, at automattelefonen delvis var ude af funktion. Det havde den været i flere uger, da jeg blev indlagt, og funktionsproblemerne forværredes næsten dagligt: Hvis man skulle slå et nummer, måtte det gøres **meget** hurtigt for at der ikke skulle blive brud, og telefonen "åd" tællerskridt i et stadigt accellererende tempo. Efterhånden skulle man være nok så fingerfærdig for at kunne telefonere ud (mange måtte have hjælp fra medpatienter), og ved intens brug måtte telefonen "hvile" en tid for at kunne arbejde igen. Selvfølgelig beklagede vi os til medarbejderne, hvis reaktion var at det vidste man godt, og fejlene var forlængst anmeldt til telefonselskabet, der endnu ikke havde reageret. "Ansvaret er deres, ikke vort", som det udtrykkeligt blev sagt.

Nåh, med nogen gensidig hjælp blandt patienterne klaredes de fleste ud af huset-samtaler, indtil telefonen i praksis var brudt sammen hvad brugen af telekort angik. I denne situation prøvede nogle af os gentagne gange at få lov til at bruge en af afdelingens "officielle" telefoner, under påberåbelse af, at man dog havde en slags ret til at tage kontakt med omverdenen. Men nej, det var ikke tilladt. (Ved ét enkelt tilfælde fik jeg dog lov til at bruge en sygeplejers telefon). – Så indtraf miraklet: Én af patienterne, der havde indvandrerbaggrund, havde længe været dygtig til at hjælpe os med at håndtere den genstridige telefon. Og da den de facto var brudt sammen, og i bedste fald åd telekort i samme hastighed som de blev puttet ind, påtog han sig først at håndtere vore opringninger ved selv at lave opkaldet, hvorefter vi fik røret. Efterhånden blev det lidt anstrengende med al denne service. Så instruerede han nogle i "kernen" af patientkollektivet i hvorledes man kunne ringe op **uden** kort og dermed uden betaling, på et apparat der tilsyneladende var funktionsudueligt. Ved hjælp af både skriftlige og mundtlige instruktioner samt praktiske øvelser, kunne man slå nogle bestemte numre, få en stemme fra Sydøst-Europa på engelsk, og så anmode om det danske nummer. Det gik lynhurtigt, det var kompliceret (jeg lærte det aldrig), men det virkede. Og det var gratis, både for os og for sygehuset, men næppe for et eller andet anonymt telefonselskab. Skidt med det. Hovedsagen er at patienternes gensidige hjælpsomhed og eksistensen af et patientkollek-

tiv (der i hvert fald gennem nogen tid bragte denne tekniske indsigt videre til nye patienter), sikrede den telefoniske forbindelseslinie til "verden udenfor" for dem, der var tvangstilbageholdt. Men telefon-affæren forstærkede/fastholdt selvfølgelig vi-dem-relationen mellem patienter og personale, på godt og ondt.

Afslutningsvis nogle ord om patienttelefonsystemet på den åbne afdeling: Her var telefonen teknisk velfungerende, og det var en mønttelefon, der overflødiggjorde telekortkøberi og -låneri. Telefonen spillede også en langt mindre rolle for de fleste af patienterne, fordi de havde udgang. Man så sandelig havde man problemer her også, og både patienter og personale var irriterede: Telefonen lå langt væk fra de vigtigste opholds-, kontor- og spisearealer, så der blev et evindeligt renderi. Og ringeapparatet på patienternes telefon og personalets hovedtelefon havde nogenlunde samme styrke og tone, med daglig forvirring til følge. Sådan havde det vist været længe, og sådan så det ud til at fortsætte - .



Nogle spredte indtryk

På den lukkede afdeling kom der en uafhængig **patientrådgiver** og besøgte de patienter, der var tvangstilbageholdt. En venlig og kompetent folkeskolelærer der havde tid til at tale med de enkelte om deres situation, behov, rettigheder, om de havde klagepunkter, forholdet til pårørende (som hun gerne tog kontakt til), osv. Alvorlige klager kunne hun formidle til Patientklagenævnet, mindre problemer håndterede hun ad hoc, der hvor det var muligt. Den vigtigste funktion var dog, at **man havde en person, der ikke tilhørte "systemet", at tale med. Dette fungerede både som en lettelse og som en betryggelse.**

Den udefrakommende patientrådgiver, der altså slet ikke tilhørte sygehusorganisationen, satte imidlertid **afdelingens** stort set fraværende indsats for at koble patienterne til støttende/hjælpende instanser i "verden udenfor" forud for og ved udskrivning i relief. Det syntes som om de eneste hjælpeforanstaltninger, man kunne finde ud af at oplyse om eller henvise til, var funktioner der enten var knyttet an til sygehu-

set selv, eller mere eller mindre lægeligt/sundhedsorienterede tiltag, f.eks. praktiserende læger, alkohol- og stofmisbrugsbehandling osv. Hele det socialpsykiatriske område, med væresteder, støttende boformer, støtte- og kontaktpersoner, klub- og foreningsaktiviteter osv. eksisterede, så vidt jeg kunne bedømme og erfare, ikke i det lokale univers, som afdelingen udgjorde. Én enkelt gang kom der en vikar, der tilfældigvis havde sit daglige arbejde netop i socialpsykiatrien. Jeg spurgte vedkommende, om mit indtryk var nogenlunde korrekt, og i så fald, hvorfor? Og jeg fik til svar, at det var rigtigt nok, "men sådan er det bare ---". – Ikke at jeg kan påvise, at nogen enkelt patient burde være sat i kontakt med et bestemt socialpsykiatrisk tilbud. Men det var dog en yderst varieret patientgruppe, det drejede sig om, hvoraf nogle blev udskrevet efter ganske kort tid. Og patienterne er jo ikke "kun" deres diagnosticerede sygdom ---.

Lokaliteterne har jeg tidligere beskrevet, funktionsmæssigt og rumligt. Med de store investeringer, bl.a. statslige, som der i snart mange år er blevet gjort i forbedringer af de bygningsmæssige forhold på de psykiatriske sygehuse, fremtrådte afdelingens standard som noget – ja, deprimerende. Lettere nedslidt, nussede møbler, nøgne værelser, hospitalsagtigt præg. Personalet og i nogen grad patienterne gjorde såmænd det, de kunne for at gøre det rart og hyggeligt, men der var bestemt brug for en gennemgribende indsats for at gøre det hele mere hjemligt og "afinstitutionaliseret". Hvis det overhovedet er muligt, når det bygningsmæssige rationale er det traditionelt hospitalsmæssige: De lange gange, hospitalssenge, "behandlingsfunktionalitet". Når en ny patient træder ind, så véd han at her er det ens sygdom, der står i centrum, og når personalet træder ind i deres roller, så fortæller hele "landskabet" dem, at de er der for at tage sig af nogle der er syge. På den åbne afdeling var hovedindtrykket iøvrigt noget af det samme, på enkelte punkter dog bedre. Man kunne fristes til at tro, at den lidt triste standard havde fået lov til at udvikle sig og overleve, fordi de senere års bygningsmæssige investeringer indenfor psykiatrien hovedsageligt har satset på **enestuer** til patienterne. Om ikke her, hvor jeg var indlagt – og hvor der jo var adskillige enestuer, men næppe via synderlige investeringer – så andre steder. "Enestuer til alle" har jo gennem lang tid været et slags mantra, og nærmest et ultimativt kvalitetsmål. Det er måske ikke sikkert, at dette har fungeret ubetinget heldigt. Og der er jo trods alt forskel på en "sovesal", og en hyggelig, to- eller tresengs stue. Måske skulle man have muligheder for at vælge?

Refleksioner og tilløb til konklusioner

Det kan selvfølgelig diskuteres, hvor langt man kan eller bør gå med hensyn til generaliseringer og konklusioner på grundlag af oplevelser og observationer under et ca. tre ugers ophold på en afdeling. Det drejede sig om en meget intens periode på det personlige plan, fyldt med nye indtryk, personkontakter og erfaringer. Og afdelingen selv, den lukkede, var i dele af samme periode, omkring jul og nytår, præget af megen turbulens, ind- og udskrivninger, viderevisitationer, pres på personalet på grund af overbelægning, vikarindkaldelser osv. Både jeg, som skriver dette, og det system jeg beskriver, var altså i **ekstreme situationer**.

Det drejer sig imidlertid samtidigt om **autentiske situationer**, hvor det ekstreme på den ene side kan åbne for indsigt i noget, der ellers ville være upåagtet eller tilsløret, og som på den anden side selvfølgelig kan medføre en vægtning af det atypiske eller episodiske på bekostning af det sædvanlige eller almene.

At der hovedsageligt er tale om **subjektivt** oplevede erfaringer, understregede jeg allerede i indledningen, hvor jeg konkluderede, at jeg i det meste af perioden kunne optræde som en rimeligt pålidelig deltagerobservatør. At deltagerobservatøren er en "ægte" deltager – i dette tilfælde en "rigtig" patient – gør selvfølgelig situationen end mere autentisk, samtidig som det bliver særlig vigtigt at understrege det subjektive i erfaringerne/observationerne og det ekstreme i situationerne. Eller måske alligevel ikke? **Netop** fordi jeg var patient, vil læseren nok være ekstra opmærksom på det subjektive og situationsbestemte i de fremlagte "data" og tilløbene til analyser, modsat rapporter fra "udefrakommende" observatører, der eventuelt påberåber sig eller tillægges en form for neutralitet eller objektivitet? Og **netop** fordi jeg var patient, vil jeg måske være ekstra omhyggelig med at præcisere de subjektive og situationsafhængige præmisser, og tage højde for dem i hvad jeg fremlægger? Jeg lader disse spørgsmål stå åbne, idet jeg dog vil postulere, at pålideligheden og gyldigheden af det her skrevne må vurderes ganske som ved enhver anden – her udpræget kvalitativ – samfundsvidenskabelig undersøgelse. Blot vil jeg gentage, hvad jeg tidligere har nævnt, at der **ikke** er gjort noget forsøg på at fremskaffe andre informationer end dem, jeg erfarede på den lukkede afdeling (og nogle enkelte fra den åbne). Det ville i efterhånd måske have været muligt at tilvejebringe f.eks. noget skriftligt materiale fra psykiatريفorvaltningen, men jeg har foretrukket at bygge udelukkende på det oplevede og skete, i min optik. Så bliver det mest ægte, tror jeg nok. At det alligevel ikke kan undgås at det skrevne er påvirket af mine erfaringer fra forsknings- og udviklingsarbejde på bl.a. det psykiatriske og socialpsykiatriske område gennem 10-15 år, er imidlertid et grundvilkår som må accepteres. Især på de følgende sider vil denne præmis gøre sig gældende. Ikke som et forbehold, men snarere som en understregning af, at jeg dog har en vis faglighed at støtte mig til.

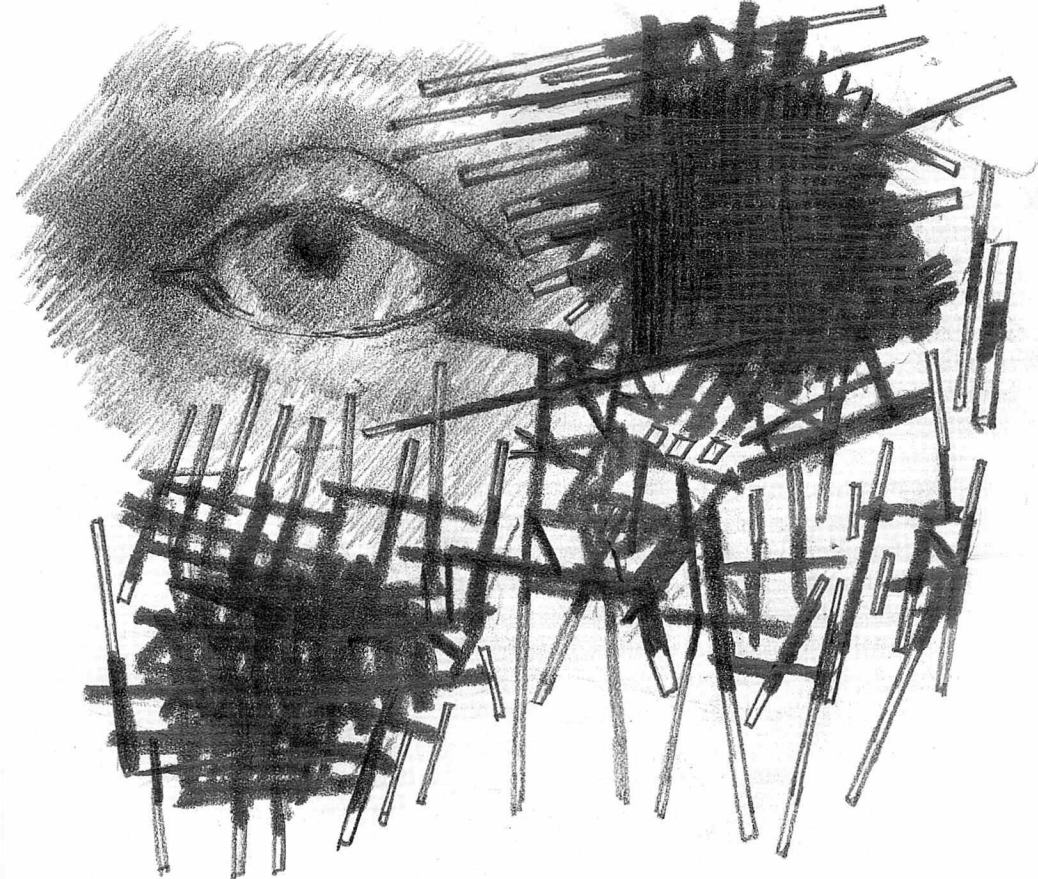
Med hensyn til **behandlings- og organisationskultur**, skal man ikke tilbringe mange dage på en afdeling som den jeg var indlagt på, før det udenfor enhver tvivl bliver klart, at det var en lægeligt styret hospitalsafdeling, med de biologisk-medicinske behandlingsmetoder som de enerådende. For en del af de akut indlagte patienter var koncentrationen om medicinering ganske givet en nødvendighed, eller i det mindste hensigtsmæssig i den første tid: I mit eget tilfælde skulle den akutte mani slås ned, før en videre behandling kunne iværksættes, for andre skulle der inter文neres hurtigt i forhold til akutte, evt. selvmordstruende, og ofte samtidigt diffuse, psykotiske tilstande. Men – som jeg har påpeget tidligere – så fulgtes denne første indgriben i akutsituationen **ikke** op af nogen som helst systematisk vidensindsamling via samtaler med den enkelte patient. Nogle oplysninger havde man nok via journalmateriale bl.a. fra indlæggelsen, eventuelt også fra enkelte samtaler med pårørende m.v., men ellers baserede man sig så vidt jeg kunne bedømme, udelukkende på medarbejdernes observationer af patienter-

nes "ydre adfærd", evt. suppleret med kliniske prøver i forbindelse med medicineringen. Blot noget så enkelt som information til patienterne om medicinens forventede virkninger og bivirkninger, samt inddragelse af patienternes subjektive oplevelser af medicineringen, foregik mere tilfældigt end systematisk/rutinemæssigt. Når hertil kommer, at den vagthavende psykiater hver dag holdt et længerevarende møde med tyngden af det tilstedeværende personale på det store kontor, hvortil patienterne kunne kigge ind udefra, men ikke henvende sig – så var billedet af den objektiverede patient, **genstanden** for behandlingen, allerede nogenlunde klart.

Fraværet af egentlige samtaler mellem patienter og medarbejdere, der evt. kunne have skabt dialoger omkring sociale og personlige forhold, oplysninger om ens eget forhold til og oplevelse af sygdommen, opholdet på afdelingen osv., kan vel langt hen af vejen forklares med det biomedicinske rationales hegemoni, således som det er skitseret ovenfor, incl. lægernes ultimative beslutningsmonopol. Hvis det havde været udbredt – eller blot ønskeligt/accepteret – at personalet gik ind i samtaler med patienterne om personlige og/eller sygdomsrelaterede forhold, så ville det enten have kommet i konflikt både med autoritetsstrukturen og det rådende behandlingsparadigme, eller det ville have været uden betydning for behandlingen – med risiko for en forstærket afmagtsfølelse hos både medarbejdere og patienter.

Men er dette tilstrækkeligt for at forklare **hele** den udprægede "vi-dem"-holdning mellem patienter og medarbejdere, også hvad angår de mere menneskelige/omsorgsprægede kontakter? Kontakter der eventuelt kunne have skabt et "varmere" klima for patienterne, med nogen bedre omsorg for de ulykkelige, enkelte nye håb for de forvirrede og frustrerede, lidt mere ro for de aggressive, lidt bedre forståelse for egen situation og fremtidsudsigter osv. Selv om det overordnede behandlingsrationale var det biologisk-medicinske, så bør man vel alligevel ikke helt se bort fra, at der kan være en vis sammenhæng mellem f.eks. patientens subjektive oplevelse af den kontekst, han er placeret i, og effekterne af den medicinske behandling? Jeg tror da bestemt heller ikke, at sådanne tanker var fremmede hverken for nogle af psykiaterne og for i det mindste de mere erfarne blandt det daglige personale, og der var da også enkelte episoder, hvor empatiske og "direkte" relationer mellem medarbejdere og patienter manifesterede sig. Men det forblev på episode-planet. Et par gange spurgte jeg nogle erfarne og involverede medarbejdere, hvorfor det hændte så sjældent, og fik det lidt resignerede svar, at "det er jeg jo ked af, og vi havde forresten mere af den slags for år tilbage".

Jeg tror **ikke**, at den biologisk-medicinske behandlingsorientering samt det markant hierarkiske beslutningssystem kan være **hele** forklaringen på fraværet af et empatisk og personligt støttende miljø på afdelingen, selv om den kan forklare manglen på en mere eksplicit inddragelse af patienterne i deres egen behandling. Bemærkningerne om at "der var mere af den slags før" antyder en ændring i "organisationsklimaet", og de episodiske tilfælde af mere tætte og støttende "møder" mellem medarbejdere og patienter understøtter også en formodning om at der stadig kunne findes "rester" af tidligere, mere empatisk prægede relationer mellem "os" og "dem". Det er muligt, at man også kan søge en del af forklaringen i at afdelingen efterhånden havde fået **et stadig "vanskel-**



gere” klientel, hvor vogter-rollen blev stedse mere dominerende for de daglige medarbejdere, og denne rolle kan jo kun med stort besvær kombineres med en støttende omsorgsrolle. Dette ved jeg ikke nok om til at kunne udtale mig med sikkerhed. **Personalemangel/underbemanding, for dårligt uddannet personale** osv. fremhæves ofte som argument, når “klimaet” i en organisation bliver for dårligt. Umiddelbart tror jeg ikke, at det var tilfældet her. Dertil var der trods alt for mange, tættere kontaktmuligheder til stede mellem patienter og personale, uden at disse muligheder blev udnyttet i nogen større udstrækning. Derimod er der næppe tvivl om, at **afdelingens fysiske udformning** bestemt ikke var lavet for at fremme kontakten mellem medarbejdere og patienter. Der var få “naturlige mødesteder”, og de der var, var “for offentlige”. Den tidsmæssige placering – gerne midt på dagen – af det langvarige **behandlings- eller journalmøde** eller hvad man nu skal kalde det, var bestemt uhensigtsmæssig, for det var ofte netop på denne tid af dagen, at den informelle kontakt mellem patienter og medarbejdere nemmest kunne finde sted. Og så den måske mest nærliggende forklaring; at det **var en lukket afdeling med udprægede akutfunktioner**, hvor det væsentlige nødvendigvis måtte være opsyn, medicinering og pleje (i snævrere forstand). Men det er vanskeligt at købe en sådan, eventuel forklaring, når man i nogle uger har levet sammen med patienter, hvor flertallet netop i denne akutte krisesituation havde et nærmest desperat behov for dyberegående, menneskelig omsorg og kontakt.

Jeg kan altså ikke finde nogen enkel forklaring på de udprægede “vi-dem”-relationer mellem patienterne og personalet som grupper betragtet, ledsaget af det næsten lige så udprægede fravær af personligt omsorgsprægede eller forstående/oplysende samtaler mellem personale-

medlemmer og patienter. Det må – i min optik – dreje sig om en række forskellige årsagsfaktorer, der over tid har virket sammen om etablering af **en dominerende afdelings- og organisationskultur**.

Lad mig i den sidste forbindelse bemærke, at der i min tilgang nok har været en større opmærksomhed på “vor” – patientgruppens – rolle som en slags ofre for denne dominerende kultur, end på den situation, som de daglige medarbejdere befandt sig i. Måske disse **også**, som enkeltpersoner eller gruppe, bevidst eller ubevidst oplevede sig som relativt magtesløse ofre for den samme kultur? Den mulighed må bestemt tages i betragtning, hvis der skulle laves mere dybtgående analyser af en afdeling som den her omtalte.

Det er velkendt fra institutions- og organisationsforskningen, at når sådanne organisationskulturer har sat sig fast, så er det uhyre besværligt at ændre på dem⁵⁾. At der var **behov** for ændringer i den afdeling, jeg her har koncentreret mig om, betragter jeg som evident, ud fra de foregående beskrivelser. En nærmere diskussion af hvilke ændringsimpulser, der alligevel eventuelt kunne have slået igennem, ligger imidlertid udenfor dette notats primære hensigt. Hvad jeg har tilsigtet, er at give et nogenlunde kvalificeret øjebliksbillede af situationen på en psykiatrisk afdeling i Danmark i begyndelsen af 2001, set fra patientside. Var den ønskelig? Var den enestående? Hvis ikke, hvad så?

Noter:

- 1) “Vi-dem-situationen” skal altså ikke opfattes som et formelt, organisatorisk/funktionsmæssigt begreb, for det var selvfølgelig indlysende hvem der var patienter og hvem der var personale. Det er snarere et socialpsykologisk/sociologisk begreb, som udtryk for gensidig social afstand mellem repræsentanter for to “verdener”. Nok kunne man tale sammen om “verden udenfor”, f.eks. under og efter en nyhedsudsendelse i TV, eller om ens hobbies og lignende. Men mere “tæt” på, det var sjældent.
- 2) “Spændetroje” var en sædvanlig metafor for “fiksering” med bælte og evt. remme, i hvert fald blandt patienterne. Vi blev selvfølgelig ikke puffet ind i en trøje med løse ærmer bundet sammen bag ryggen, således som man i en historisk betinget, folkelig fantasi nemt kan forestille sig.
- 3) Jeg er efterhånden blevet lidt usikker på, hvorvidt det var over denne patient, eller den der blev omtalt ovenfor, at medpatienterne etablerede deres egen overvågning. Pointen er vel i alle fald nogenlunde den samme, overordnet set.
- 4) Betegnelsen “kollektiv” om informelle parallelsystemer blandt de undergivne/”prisgivne” indenfor formelle organisationer, kan i skandinavisk samfundsforskning føres tilbage til den norske sociolog Sverre Lysgaards afhandling “Arbejderkollektivet” fra 1961. Her drejede det sig om de underordnede arbejdere i en industri-virksomhed. Blandt kendte undersøgelser af kollektiv-lignende systemer i **totalinstitutioner** kan nævnes Johan Galtungs “Fængselsamfunnet” fra 1959 og Thomas Mathiesens “The Defences of the Weak” fra 1965 (også om fængsler), samt Yngvar Løchens “Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus” fra 1965, iøvrigt alle norske. Det fortjener også at nævnes, at en af mine kolleger ved Aalborg Universitet relativt fornylig har beskrevet og analyseret et brugerfællesskab i og omkring et støttecenter for sindslidende; Søren Kristiansens “Interaction Processes in a Community Care Center” fra 1998. Hvis jeg skulle have valgt at gå videre i en egentlig, faglig analyse af “patientkollektivet”, ville det selvfølgelig også faldt naturligt at referere til centrale, internationale inspirationer fra fremragende forskere som f.eks. Erving Goffman og Michel Foucault. En sådan analyse har jeg imidlertid fravalgt i denne lille publikation, der fortrinsvis skal fremstå som en “ren”, oplevelsesbaseret beskrivelse, suppleret med nogle umiddelbare, personlige refleksioner.
- 5) Allerede i begyndelsen af 70-erne, da jeg først gik i gang med en egentlig forskning i “totalinstitutioner”, blev jeg opmærksom på en påfaldende ubevægelighed (“modstand mod forandringer”) i organisationer, der samtidig var præget af en bureaukratisk-hierarkisk administration, og af én dominerende profession med kontrol over den faglige autoritet. I udvikling af fælles – eller i det mindste overlappende – normer og værdier mellem disse to magtsystemer, kan der udvikles ret ubevægelige organisationskulturer. Jeg brugte den gang somatiske sygehuse som typiske eksempler på sådanne tendenser. (Senere er begreber som “professionsbureaukrati” o.l. blevet anvendt som betegnelse på fænomenet).

Det har været ret fristende for mig at gå videre med teoretiske og forandringsorienterede analyser i nærværende publikation, i lys af ovenstående ræsonnementer. Dette har jeg imidlertid valgt at afstå fra, med en tilsvarende begrundelse som angivet i note 4.