

Intro

I 2009 var jeg indlagt i en periode på knapt 2 mdr på Brøndbylund. Under den sidste del af indlæggelsen havde jeg en meget dygtig psykiatrisk overlæge som læge. Jeg fik den bedst tænkelige behandling og vi havde nogle rigtigt gode samtaler om de pinsler, der nu en gang havde ført til indlæggelsen og hvordan man kunne opnå bedring.

Under en af de samtaler fortalte jeg om min første oplevelse med Nietrazipam - jeg havde ikke sovet i flere dage og fandt dem så i skabet på badeværelset hos en ven. Det var tydeligvis sovemedicin så jeg tænkte en kunne ikke skade. Oplevelsen var fantastisk, for første gang i mit liv kunne jeg færdes uden frygt i min egen bevidsthed, jeg faldt ikke i søvn, men kunne mærke hvis jeg besluttede mig for at sove så ville det ske, men i stedet tog jeg på en rejse uden frygt i min bevidsthed - det var en fantastisk oplevelse at kunne se på alle disse ting der pinte mit sind, at opleve dem uden frygt og ligefrem forstå hvorfor de virkede som de gjorde, nærmest som at nå kausaliteten i mit hjertes angst.

Jeg beskrev det for lægen som til min overraskelse sagde: "Jamen Bo var det ikke uhyggeligt?" hvortil jeg svarede: "Nej da", det var netop den del af samtalen der inspirerede mig til at forsøge at skrive nærværende.

-

Før indlæggelse

-

Der kan være mange grunde til at en patient bliver indlagt, jeg skal ikke gøre mig klog på andre situationer end min egen. Angst er en underlig størrelse, der forandrer sig med alderen. Ofte følger den der lider af det hele vejen igennem livet, og nogle gange bliver den så overvældende, at den tager kontrol over bevidstheden. Sangeren Lou Reed formulerede det på den bedste måde jeg nogen sinde har hørt med sætningen: "Når bevidstheden angriber sig selv ...! i sangen "A dime store mystery". Angsten som barn kan være for de særeste ting som en forventning om besøg af spøgelser, zombier, tab af dem man elsker, frygt for svigt osv. Som ung op igennem 20'erne kommer det jeg vil kalde den projekterende angst, hvor det er den eller det der er skyld i ens kvaler, og når man som jeg bliver op i 40'erne og igennem gradvis selverkendelse tager ansvar for sig eget liv, og i det store og hele akcepterer den præmisser der er forbundet med at være menneske, så bliver angsten introvert, og dybest set meget abstrakt. Det er mere end noget andet en tilstand, hvor bevidstheden overvældes af mørk håbløshed så bevidstheden bliver låst fast i tilstanden. Der er nogle få fysiske symptomer som

f.eks., det føles som hjernen trækker sig sammen og udvider sig, og der risler koldt vand igennem musklerne , når jeg når dertil så ringer jeg til en veninde der kommer hjælper mig med at pakke en taske og køre mig til indlæggelse. Jeg er blevet opfordret til at at lade mig indlægge noget før af personalet på afd. inden det kommer så vidt ud fra den logik, at jo hurtigere behandlingen kommer i gang jo kortere tid vil indlæggelsen kræve.

Indlæggelsen

Når jeg ankommer til modtagelsen, så skal man i en samtale om, hvorfor man i grunden er der, hvad jeg så redegør for efter bedste evne. Starten er altid den sværeste, man er forvirret, alting er kaotisk og jeg oplever, at jeg praktisk talt ingen energi eller overblik har, de mest banale ting er uoverskuelige som f.eks toiletbesøg og at spise altså slet og ret at være til, og sådan er de første dage også under indlæggelsen, men der kommer påfaldende hurtigt en bedring synes jeg af flere grunde, for det første så er der en struktur og orden på afdelingen, som man bare glider ind i, og bliver man overvældet af angst, vrede, sorg og håbløshed, så kontakter jeg min kontakt person og sammen reder vi trådene ud, så godt som det nu en gang er muligt, hvad der giver en følelse af tryghed der gør, at man begynder at slappe af og kommer i bedring og kan faktisk på en uge fremstår som værende rask. Det kan dog godt snyde, da det opsving man oplever reelt er et produkt af de trygge rammer som indlæggelsen giver, men hvis man bliver sendt hjem for tidligt, så falder man hurtigt tilbage i den tilstand der bragte en til indlæggelse.

Diagnoser.

Der er flere tanker man med fordel bør gøre sig når man som læge giver en diagnose. Når en patient bliver indlagt, så er dette menneske for det meste i en frygtelig psykisk tilstand og derfor kan have symptomer på mange forskellige sindslidelser , men med den rette behandling der fører til udskrivelse, så er det meget muligt at patienten med rette har givet udtryk for at have både den ene og den anden sindslidelse, men det behøver ikke at være ensbetydende med, at disse lidelser præger patienten, eller er aktuelle når patienten udskrives og vurderes som rask, hvorfor det ikke må skønnes at være korrekt at sige, at patienten lider kronisk af dette.

Nogle gange bliver patienten spurgt om ting, hvor patienten ikke forstår spørgsmålet. Jeg var i 2007 indlagt med en mand , der bestemt var permanent sindslidende forstået på den måde, at han ingen virkelighedsfølelse havde der stod tilnærmelsesvis i fornuftigt forhold for den consensus, som de fleste mennesker lever efter. Men han var et utroligt kærligt, sjovt og gavmildt

menneske og gudskelov for, at den slags mennesker også findes. Han var i en samtale med lægen blevet spurgt om han var pædofil, hvortil han havde svaret ja, det var han da bestemt. Noget chokeret spurgte jeg ham, om han var klar over hvad det betød, hvorpå der fulgte en lang, men ganske ukorrekt beskrivelse af pædofili. Jeg sagde nej, sådan er det ikke. Det betyder at man har sex med eller måske bare lyst til at have sex med børn. Han så derefter mistænksomt på mig og sagde, at det var sgu' da noget forbandet svineri, og det kunne han da ikke finde på, og det var da iøvrigt en ond måde at være over for børn på.

Men den dag i dag og resten af hans liv vil der sandsynligvis stå i hans journal, at han er pædofil. Eftersom patienten på ingen måde har ressourcer til at kræve dette forhold rettet, så vil det stå der til hans død.

Medicinering

Jeg tror at langt de fleste mennesker under indlæggelse profiterer af medicinering, og for dem der som jeg er kronisk syg, bør der findes en medicinering der bringer bevidstheden til en tilstand imellem god og tålelig. Problemet med medicinering er, at forskellige mennesker reagerer forskelligt på forskellig medicin. Der er de gamle præparater som f.eks Nozinan, Tolmin, Truxal Sisordinol div. Benzodiazepiner. Efter dem kom der en bølge med de såkaldte lykkepiller Prosac, Cipramil osv. inden for de sidste 5-6 år, jeg ved ikke om der er nogen af dem der er ældre er kommet, f.eks Cyprex Abilify & Seroquel

Personligt sværger jeg selv til de gamle præparater, slet og ret fordi man ved hvordan de virker og hvilke bivirkninger der er, de har den erfaring på deres side som tiden nu en gang giver.

Det eneste katastrofe medicin jeg har fået af de gamle er Sisordinol , men det var da også frygteligt. Jeg oplevede at blive utroligt rastløs, hvor 10 minutter kunne føles som flere timer, men det værste var nok at der ikke kom en naturlig overgang fra søvn til vågen tilstand. Det er svært at forklare, men det var som hjernen drømte videre efter at jeg var vågnet. Ved en lejlighed drømte jeg, at en kær veninde var omkommet ved et trafikuheld. Jeg ringede hendes mand op for at høre hvordan de klarede den, og det var først da jeg var lidt over et minut henne i samtalen, at det gik op for mig at det hele muligvis bare var en drøm. Endelig kom min veninde til telefonen tæt på grædefærdig af lykke, og så sagde jeg DU LEVER .. og fik hende sat ind i sagen. Dagen efter kontaktede jeg den psykiater der havde givet mig det, og sagde det ville jeg aldrig have mere, og hun skiftede det ud med Nozinan som jeg har fået siden, dosis er dog halveret p.g.a. mit hjerte begyndte at slå for langsomt.

Der er ingen tvivl om at jeg fik det bedre. På det tidspunkt jeg blev startet op i Cipramil oplevede jeg en bedring, men det er til gengæld også det præparat jeg helst vil af med igen slet og ret fordi det er så hårdt ved potensen, at det praktisk talt er umuligt at opnå sædløsning under coitus, hvad der inden for rimelighedens grænser må beskrives som en rimelig livskvalitet.

Af de nye præparater er det svært at sige hvad der er det dårligste og bedste, men jeg synes Cyprex virker lidt på den samme måde, som hvis man står meget tidligt op og drikker en kold lys pilsner. Det summer lidt i hovedet og det er som det flimrer lidt for øjnene i lidt under en time, hvorefter virkningen aftager uden at gøre fra eller til på nær, at man mister sin mætheds fornemmelse og på utroligt kort tid tager en 15-20 kg på.

Abilify var også en mærkelig oplevelse. Det er som om præparatet sætter gang i en masse overflødig aktivitet i hjernen, hvorefter der følger et anseligt søvnbesvær og fysisk apati, der i praksis betød jeg var vågen i 18-20 timer ad gangen, og sov så i 12 imens mit hjem groede til i rod og skidt. Til sidst blev jeg indlagt og min socialrådgiver bevilgede en hovedrengøring til 26.000 kr.

Efter sidste indlæggelse satte lægen mig på Seroquel prolong, det er til gengæld det bedste præparat jeg nogensinde har fået. 20 minutter efter indtagelsen af første dosis, oplevede jeg en fornemmelse af at akceptere mit liv for at være det som det nu en gang er, og oplevede en lyst til at arbejde på at få det bedste ud af det, hvad der startede med en diæt der gjorde at jeg tabte 25 kg på en måned. Det lyder af meget selv i mine ører, men fakta var at det var hvad der skete, og efterfølgende tabte jeg yderligere 7 kg. Jeg har hele mit liv været plaget af mareridt, de forsvandt. jeg har haft de mest gemen tvangstanker og en adfærd der gjorde Jeg har hele tiden sat mig i situationer der endte med at give et deprimerende resultat, men denne adfærd fandt jeg styrken til at gøre op med og har ikke gentaget den siden. Det kunne så lyde som om jeg har ramt mirakelkuren hvad der delvis er korrekt, forstået på den måde, at de mest invaliderende problemer er løst, men det er dog stadig sådan, at hvis jeg bliver udsat for hvad såkaldte almindelige mennesker vil kalde en ubetydelig belastning, som f.eks flere dages selskab med mennesker der taler meget, der er jeg helt flad flere dage efter og kan ikke andet end holde sengen og se let fordøjelige amerikanske tv serier. Jeg ville gerne dyrke lidt motion og holde en ugeplan for at holde mit hjem rent, men det bliver det ikke, ikke dermed sagt at jeg gror til i rod og svineri, for bistået af mine gode familier og gode venner så kommer de forbi og vi får sat skik på det hele.

Men som jeg indledte dette afsnit med, så virker forskellig

medicin forskelligt på forskellige mennesker. Jeg var sidst indlagt med en meget begavet mand der led af OCD, og som fik den halve dosis af hvad jeg får af Seroquel prolong. Om det var OCD'en eller Seroquel der gjorde det skal jeg ikke kunne sige, men det tog ham 6 timer at komme ud af sengen, og 2 timer at tage et bad. Han mente selv det var en bivirkning af seroquel, men eftersom jeg hverken er læge eller sygeplejerske, skal jeg ikke kunne sige noget fornuftigt om det.

En anden patient, en ung kvinde beskrev at hun tog 14 kg på og var træt hele tiden, så som tidligere skrevet, det eneste man kan gøre med medicin er at prøve sig frem til man finder noget der virker, der må man både som læge og patient være klar over, at der ikke er nogen garanti for succes og det er tåbeligt at bebrejde hinanden et dårligt resultat, da man må gå ud fra at lægen har ordineret det i den bedste mening, på samme måde som patienten reagerer som patienter nu en gang reagerer.

At forstå et andet menneske

jeg tror indledningsvis, at praktisk talt alle mennesker på et eller andet plan er multi emotionelle -og seksuelle selv om langt de fleste af disse emotioner og præferencer ligger dybt i en latent dvale, hvor fra langt det meste aldrig ville komme til udtryk eller dominere bevidstheden mærkbart.

C. G. Jung skrev i sin tid, at man skulle være varsom med at forveksle det normale med det optimale. På samme måde mener jeg at man nok skal gå til et andet menneske med en vis ydmyghed, hvis man reelt mener at man vil kunne forstå et menneske som det i virkeligheden er, ja man kan sige det kan være næsten lige så svært for mennesket at forstå sig selv, da en meget stor del af vores adfærd, måde at tænke og føle på er så at sige på autopilot styret af emotionelle indtryk, og måske oplevelser vi enten tillægger for meget eller ingen betydning. Det ville også være en alt for ambitiøs opgave at påtage sig at tro, man kan nå helt der ind. Psykiatriens opgave er som jeg ser det, at afdække de væsentlige faktorer der forårsager den pinefulde tilstand som har ført patienten til indlæggelse, eller i behandling ved psykolog eller psykiater, om det er en smerte der kommer fra en voldelig forælder eller ægtefælle og rigtigt mange andre ting der kan gå galt, eller om det slet og ret "bare" er en kemisk ubalance i hjernen er ikke så vigtigt, bare man med tiden når frem til en tilstand der gør det tåleligt for patienten at leve og i bedste fald om muligt være med til at bidrage som borger til det samfund som vi alle sammen lever i.

Misbrug & psykiatri

Det er en kendt sag, at langt de fleste misbrug om det er misbrug af alkohol, hash og de hårde stoffer for det meste er selv medicinering af psykiske sygdomme , jeg har selv haft et periodisk usundt forhold til alkohol i en periode på omkring 11 år , det var det der fik mig i gang med behandling inden for psykiatrien. Jeg har aldrig været alkoholiker , det er lidt en tvist om ord hvorfor jeg tog kontakt til Dansk Sprognævn. Man kan aldrig bruge betegnelsen alkoholiker om en ædru person , det hed dipsomani i 80'erne d.v.s. det samme som kvartals dranker i folkemunde. Jeg er ikke helt sikker på hvilken betegnelse man bruger nu om dage , men mit bud er at det er et "alkohol afhængigheds syndrom" jeg ved ikke om det er en begrebsmæssig valid beskrivelse af fænomenet, men fakta at er den bruges.

Inden jeg gik i behandling havde jeg en frygt for, at hvis jeg først kom i behandling så ville de muligvis kunne løse mit alkohol problem, men jeg var overbevist om, at de ville hjernevaske mig til at klippe mit hår kort og tage en HF, og så ville jeg alt taget i betragtning hellere dø med en smule værdighed af druk, denne problematik nævnte jeg for en misbrugs konsulent på en krise linje man kunne ringe til. Vi havde snakket længe om det meste hvorpå hun blev helt stille, og så sagde hun:" Bo jeg lover dig DET KOMMER ALDRIG til at ske. De vil ikke tvangsklippe dig eller tvinge dig til at tage en HF, det kommer slet og ret ikke sagen ved, sådan fungerer det bare." Noget skeptisk spurgte jeg om hun var sikker på det , og det var hun. Dagen efter ringede jeg til en ven og spurgte, om hun ville gå med mig på alkohol ambulatoriet der den gang var samlet på Østerbro, det blev senere delt ud på de forskellige hospitaler i Kbh og jeg kom der regelmæssigt i nogle år. De var fantastisk gode og, jeg vil til mine dages ende være taknemmelig for den behandling jeg fik der. Senere skiftede jeg til Lænken der fungerede fint til rygeforbudet kom, hvorved dem der brugte det stort set forsvandt og afdelingen på Vesterbro blev nedlagt.

Det er mit indtryk, at dem der arbejder med misbrug ofte er dem der refereres til som ildsjæle der virkeligt kæmper for deres patienter, og forstår hvad for et helvede det er de lever i.

Behandlingen af en misbruger kan være både umulig og nem, hvis misbrugerens identitet og sociale referencer eksisterer omkring misbruget, så tror jeg det er praktisk talt umuligt at løse misbrugsproblemet, problemet er ikke som sådan at gøre misbruger en "clean" men for misbruger at finde noget at tage sig til med al den tid som før gik med misbruget, det er ikke nemt at sidde og være ikke-misbruger imellem misbrugere og hvis det nu er de eneste mennesker man kender, ja så er det uvilkaarligt dem man søger tilbage til, men i det hele taget så kommer der et hul i livet, som det kan være svært at udfylde på en konstruktiv måde.

Hvis misbrugerens har et reelt ønske om at komme sit misbrug til livs , så er det forholdsvis nemt at foretage en abstinens fri nedtrapning. Det er bagefter den store opgave ligger, at få afdækket misbruget. Årsagen på den ene side kan være en person der bare har det optimalt med at være under påvirkning, og på den anden side kan der være en sindslidelse der ikke længere bliver dulmet med misbruget, det skal så afklares hvad det er, og hvordan man behandler det, hvad der i sagens natur er en stor opgave, men der er det min erfaring, at både på ambulatorierne og Lænken der er de faktisk utroligt dygtige til at arbejde med den problematik.

Problemstillinger inden for psykiatrien

De følgende problemstillinger er jeg nået frem til efter flere indlæggelser på psykiatrisk afdeling. Jeg har selv oplevet problematikkerne og håber med dette at kunne bidrage med en patients syn som i bedste fald kan anvendes af læge og andet psykiatrisk personale.

Jeg skal ikke påstå mig at have fundet den endegyldige sandhed, men det er mit syn på sagen.

kemi mellem læge og patient

I alle medmenneskelige relationer opstår en kemi når to mennesker mødes. Den kan være god, dårlig eller for det meste fungere det uden der er nogen grund til at tænke dybere over sagen. Men det sker også at der er en dårlig kemi.

Dette forhold eksisterer selvklart også imellem læge og patient. Lægen og patienten kan i sig selv være udmærkede mennesker - men af den ene eller anden grund fungerer samværet eller kemien ikke. I en sådan situation tror jeg ikke, man som læge skal være bange for at lade en anden læge overtage patienten - ud fra erkendelsen af at uanset hvilken stilling vi beklæder her i tilværelsen, er vi alle trods alt "bare" mennesker på godt og ondt.

Sprog og udenlandske læger:

Der blev uddannet for få læger i 80'erne, hvad vi mærker nu. Der er slet og ret mangel på danske læger, hvorfor der kommer læger fra andre lande. Disse lærer dansk og når prøven er bestået kan de (afhængigt af hvor de kommer fra) begynde deres virke som læge i Danmark.

Hvad man i denne situation skal gøre sig klart er at dansk er et af de sværeste sprog at lære og ikke mindst at udtale. Den der har

lært sproget forstår nok ordene, men dette er langt fra ensbetydende med at denne også rent faktisk kan føre en samtale med en udtale der er meningsfuld.

Dette er i særdeleshed et problem inden for psykiatrien, hvilket jeg har erfaret på egen krop. I psykiatrien består en stor del af arbejdet af netop samtale mellem læge og patient. Det er mildest talt uhensigtsmæssigt, hvis patienten skal bruge meget energi på at forstå lægen samt at gætte sig frem til, hvad der bliver sagt i en sætning, hvor forståelige og ikke forståelige ord blander sig imellem hinanden.

Nu kan vi jo ansætte danske læger, som der faktisk ikke findes - hvorfor man må få det optimale ud af tingene som de nu en gang er med udenlandske læger.

Det er unægteligt et problem som man kan angribe på flere forskellige måder. Personligt ville jeg foretrække at samtalen i så fald forgik på engelsk, da selv dårligt engelsk fungerer bedre end dårligt dansk. Det fordrer selvfølgelig at begge parter taler fornuftigt engelsk.

Alternativt kunne dansktalende ansatte bruge tid på at tale med den udenlandske læge og lære dennes accent at kende. Herefter skulle den ansatte deltage i samtalen mellem den udenlandske læge og en patient, hvor man forud for samtalen informerer patienten om at spørge den ansatte ved tvivl om ords eller sætningers betydning. Den løsning vil ikke kræve ret meget ekstra, da der som regel er en til flere andre ansatte med til samtale imellem læge og patient - hvis bare en af dem forstår alt hvad lægen siger, så er det nemt at løse problemet.

Sengepladserne der blev væk

Under vores nuværende regering er det besluttet, at behovet for psykiatriske sengepladser er faldet fra 13.000 til 300. Hvorledes man er kommet frem til dette, må jeg være læseren svar skyldig. Nogle vil måske påstå, at der under den siddende regering har været en bedring på over 80% i den folkelige psykiatriske sundhed. Men det tungest vejende argument må være, at afvikling af sengepladser medfører en stor økonomisk besparelse. Dette medfører at især borgere uden diagnose enten ikke bliver behandlet, eller bliver erklæret raske før de reelt er det. Her er ofte tale om meget sårbare mennesker, der ikke har energi og overskud til at kræve, at få den behandling de har brug for. Hvilket er frygtelig trist og yderst smertefuldt for patienten. Logik dikterer nu en gang at det er bedre forretning at investere i dem, der bidrager til samfundet. Der findes meget få problemer der ikke kan løses, hvis blot borgeren er tilstrækkeligt motiveret til at tage sig sammen - en psykiatrisk sengeplads koster trods alt det samme på to dage som en måneds kontant hjælp.

Manikeren

I Danmark har vi ikke råd til, at hver patient får sin egen stue, hvorfor 2 til 4 mennesker ofte deler en stue. Min erfaring er at dette trods alt fungerer påfaldende godt. Men efter at have delt værelse med en maniker vil kun en tåbe ikke frygte, at komme til at dele værelse med en sådan igen. Jeg ved ikke præcist hvad der foregår i bevidstheden på disse stakkels mennesker, men det er mit indtryk at de tænker utrolig mange forskellige tanker på én gang, i et højt tempo. De snakker konstant om alle disse tanker, der giver mere eller mindre sammenhæng for en udenforstående. Jeg synes ikke man kan byde andre patienter at de skal være sammen med dem 24-7 da det er opslidende, forstyrrer og måske ligefrem forlænger indlæggelsen. Jeg mener det må være fair at manikerne har deres egen afdeling, så ikke-manikerne kan få ro til at komme i bedring.

Jeg har været i et miljø med flere manikere de 4-5 gange jeg har været indlagt, men har kun delt stue med en maniker en gang. Da han på under en time mindst havde afbrudt mig ca. 105 gange i den bog jeg læste, henvendte jeg mig til en af de ansatte og sagde: "I må få manden til at være stille! Med mindre det han siger, er meget vigtigt - ellers frygter jeg sgu' at jeg kvæler ham". Der skete flere ting det næste døgn, men det endte med at han blev overført til "lukket". Jeg så ham aldrig igen.

Den realistiske indstilling

Igennem årene har de bedste læger jeg har været i kontakt med haft den indstilling, at der ikke er grund til at bevare et problem, hvis der kan findes en løsning - også selv om det strider imod almindelig praksis.

Det kræver selvfølgelig at lægen har tillid til sin egen dømmekraft, har højt til loftet og skuldre der er brede nok til, i samarbejde med patienten og de øvrige ansatte, at finde den bedste løsning - også selv om den ikke kan slås op i en bog eller er noget man har gjort før.

Jeg har selv oplevet en situation - hvad man nok med rette kan kalde en af mindre betydning, men det svarer til det her beskrevne forhold.

En læge skrev i 2007 i min journal at jeg led af en narcissistisk personlighedsspaltning. Dette fandt jeg ikke fair - at stemple mig så brutalt på 2 samtaler af under 15 minutters varighed. Ikke mindst fordi man nemt kan se det som en ringeagtelse, da ethvert dannet menneske kender den græske myte om Narsos. Narcissistisk opfattes af de fleste som sygelig selvoptaget, ude af stand til at indgå i samvær med andre mennesker uden selv at være i fokus hele

tiden. Kun de færreste er klar over, hvor bred diagnosen reelt er. For slår man narcissistisk personlighedsspaltning efter i Culbergs Dynamisk psykiatri sidste udgave så er det jo en beskrivelse, som er meget lang og omfattende.

Men til trods for dette syntes jeg stadig ikke diagnosen var korrekt.

Jeg talte med overlægen fra indlæggelsen i 2009. Jeg formoder han var enig med mig - narcissistisk personlighedsspaltning forekom ikke omtalt i den endelige epikrise.

Netop i denne situation oplevede jeg at lægen vurderede at der ikke var nogen grund til at holde liv i et problem, da dette kunne løses.

Han løste problemet ved ikke at følge op på den fejlagtige diagnose, men slet og ret undlod at nævne den i epikrise 2009.

Benzodiacepiner og tobaksrygning

Til slut vil jeg skrive om disse to fænomener der har været et stort fokus på de sidste 10 år, ja måske endda længere. Optimalt set ville jeg sige at rygeloven skulle være gældende der hvor den tjener et altovervejende fornuftigt formål, problematikken er ikke svær at gennemskue, det er bestemt usundt at ryge, ja det er så usundt, at det er en gåde når det omtales at folk dør konstant omkring en, og mange gør eller får andre følgesygdomme af tobaksrygning - hvorfor vi har fået en rygepolitik.

Men som jeg skrev indledningsvis så bør den bestemt gælde der, hvor den overvejende tjener et fornuftigt formål forstået på den måde, at der er praktisk talt ingen der bliver indlagt med et brækket ben, for at de skal holde op med at ryge. Pårørende kan blive hasteindkaldt fordi en der står dem nær er hjernedød ved et trafikuheld. Det er måske heller ikke det rette tidspunkt at vælge, til at begynde at opdrage voksne myndige mennesker om det uhensigtsmæssige i at være tobaksryger. I sådanne og mange andre situationer mener jeg, at man bør lægge sit fokus på det aktuelle problem og så lade opdragelsen blive i baggrunden. Det skal aldrig være sådan at en ikke-ryger udsættes for en rygers røg, men de gamle rygerum der var på hospitalerne fungerede fint og den røg der slap ud derfra var sandsyneligvis marginal i forhold til, hvis man står ved en bus der kører videre fra et stoppested til det næste.

Der er også forbundet lidt hykleri omkring rygepolitiken, fordi hvis man har sagt a så må det være oplagt at sige b, og fakta er at der er væsentligt større samfundsmæssige omkostninger i forbindelse med alkohol - som der bare ikke er mode i at lovgive

omkring. Om jeg synes man skulle forbyde alkohol? Nej selvfølgelig gør jeg ikke det, men jeg mener man dog bør have fornuft nok til at se tingene i rette perspektiv, og have fornuft nok til at udlede en logik af dette. For ikke så mange år siden brystede vi os af det danske frisind og med en slet skjult hån omtalte Sverige som Forbuds Sverige. Men der har vi da gennemgået en forandring, hvor Sverige nærmest i forhold til Danmark svæver i et frisind der grænser til sand anarkisme i forhold til Danmark. I forhold til resten af sundhedessektoren har man indgået et kompromis mht. tobaksrygning. Inden for psykiatrien på "den lukkede" er der ryge rum og på de åbne afdelinger kan man gå uden for at ryge. Jeg tvivler på at dette kompromis er et udsprunget at et godt hjerte med vilje til at nå sine med mennesker med rimelige kompromisser, men slet og ret ud fra erkendelsen, at det vil kræve enorme ressourcer hver eneste dag for personalet at skulle diskutere dette med patienten, at gå i rette med de patienter der uvilkaarligt vil overtræde forbudet og skulle det endeligt blive indført, at patienten skulle uden for hospitalet grund for at ryge, ja så vil det tage utrolige mængder af tid at lokalisere patienter der på må og få forsvinder for at dukke op når de bliver fundet, eller bare kommer tilbage af sig selv. Det ville blive kaos.

Jeg ved ikke om man kan drage en parallel til brugen af Benzodiazepiner, men det var nærmest som det kom over natten, at det var noget frygteligt at ordinere til patienten og jo det er med en vis berettigelse. Sagen er kendt ved at Benzodiazepiner i starten sandsynligvis virker bedre end noget andet imod angst og søvnbesvær. Problemet er så for de fleste, at der går påfaldende kort tid før dosis enten skal skrues op eller den dosis man er på reelt kun virker til at holde abstinenserne væk, og jeg formoder at det kan slås efter i de fleste fagbøger, at hvis man kan få patienten til at holde op med at tage Benzodiazepiner så har man den sunde fornuft på sin side, men nu skal man heller ikke glemme at bruge sit hoved til at tænke med, her skal man for det første gøre op med sig selv i samråd med patienten, om der reelt er et ønske om at trappe helt ud af Benzodiazepin forbruget. Hvis der ikke er det så vil jeg mene at det er et korstog man med fordel kan springe over at være med på. For det første vil det give så mange problemer i behandlingen, at et alt for stort fokus der kunne være brugt på reel behandling drukner i en endeløs diskussioner om dette, eller endnu værre er, at de virkeligt svage patienter der ikke har overskud til at kræve hvad de mener er bedst for dem bliver ført ud i en lang og smertefuld seponering.

En ansat fortalte mig om en ung skizofren pige der fik dem taget fra sig, hun var en ung kvinde der ikke formåede at sætte ord på hvordan hun havde det, så et par uger efter sprang hun ud fra en bro og død var hun da også, så der er store omkostninger ved for drastiske tiltag i den sags tjeneste.

Jeg kender også til et eksempel på en mand, der efter krigen imod Benzodiazepiner begyndte rent faktisk blev startet op i Nitrazepam både til natten og når han stod op, hvilket havde fortrinsvis to fordele. For det første kunne manden endeligt sove og så holdt han op med at tæve sin kone, hvorfor der undtagelsesvis ikke blev gjort noget forsøg på seponering.

Selv har jeg fået Nitrazepam i over 23 år, og nu er jeg ikke lige et menneske som der er ret mange mennesker der gider at gå ind i en diskussion med, hvor jeg aldrig vil skifte standpunkt, det vil slet og ret blive en frugtesløs diskussion og i sidste ende spild af tid, og det ellers gode samarbejde der kunne være med lægen vil ende med at gå op i at parterne i stedet bliver sure på hinanden, og så sker der ikke mere konstruktivt i den sag.

Jeg forsøgte om det var muligt at finde en ordning med Embedslægen vedr. min Nitrazepam medicinering , eftersom der står at det fra rådes ikke er det samme som det er forbudt. Jeg vil ikke sige vi havde en konstruktiv dialog , men han belærte mig om, at min hukommelse ville blive bedre, og mine reaktioner ville blive bedre. Jeg er født i 1966, og jeg kan huske da min far viste mig julemærkerne da de udkom i 1969, og kan stort set huske det meste siden da, min hukommelse fejler ikke noget, bevarer jeg kan som alle andre løbe rundt og lede efter mine nøgler og min mobil telefon, men hvem kan ikke det ? På badeværelset havde jeg et maleri i ramme der var faldet ned, hvorfor jeg havde lagt det sammen med noget vasketøj der var tørt som skulle lægges sammen, hvad jeg netop var i færd med da jeg hørte en lyd. Instinktivt fik jeg rakt armen ud, fik vendt hånden og greb maleriet i luften hurtigere end jeg fik drejet hovedet, det kan man vist ikke med nedsat reaktionstid.

Og hermed vil jeg afslutte med min indledning. Det er altid bedre at finde en løsning, end det er at bevare et problem der findes en løsning på.

Venligst Bo Mørch Mogensen