

GEEL: «DE GALES BY»

En historie om inklusjon

av Leif Jonny Mandelid



Asylenes galskap

Foucault (2006) og Read (2013) har i sine fremstillinger av galskapens historie beskrevet europeernes holdninger til mennesker som på ulike måter falt eller ble skjøvet utenfor rammene storsamfunnet satte til enhver tid opp gjennom historien. Jevnt over, men ikke alltid, dreide det seg om former for utestengning eller innesperring av de såkalt gale. Særlig før medisin som vitenskap løftet dem opp til status som pasienter og ikke kriminelle. Slett ikke alltid fordi de var dokumentert farlige for andre, men ofte fordi de ikke bidro til produksjon eller var vanskelige å forstå. Det er en kjent sak at andre som er vanskelige å forstå gjør oss utrygge og redde, slik at vi lett gir opp å forholde oss til dem. Dette er en relasjonell utfordring for begge parter, som trolig heller bør løses gjennom forsøk på dialog mellom såkalt normale og såkalt gale, enn utstøting, avvisning og sosial marginalisering.

En annen side ved galskapens historie er ulike profesjoners forsøk på å monopolisere forståelse og behandling av galskap gjennom både

definisjonsmakt og fysisk makt. Grovt sett gjennom religiøse forestillinger om djevelbesettelse og frelse eller vitenskapelige forsøk på rasjonelle årsak-virkningssammenhenger. Slik har for eksempel prester, leger, psykologer og sosiologer i tur og orden prøvd å redusere forståelsen av fenomener som trolig bunner i mange ulike menneskelige forutsetninger og behov. Noen spredte unntak fra dette finner vi hos enkelte humanister som av altruistiske grunner satset på å snakke med og ikke til dem de ikke forsto, og som gjorde sin relasjon til de gale til et etisk fremfor et teknisk prosjekt: en skulle ikke gjøre noe med, men sammen med de gale. Det en ikke kunne forklare, kunne en i det minste prøve å forstå. Men selv disse prosjektene forfalt ofte til ydmykende veldedighet, snarere enn medborgerskap. I utgangspunktet velmenende holdninger endte ofte opp i dogmatiske prosedyrer for administrasjon og belæring av dem som likevel ikke tilpasset eller innordnet seg i samfunnet slik majoriteten krevde av dem.

Et eksempel på dette er Pinels *Traitement moral* (Pinel, 1806/1962), moralske eller psykososiale behandling, fra slutten av syttenhundretallet. Moralsk behandling omfattet alle respektfulle og helende aspekter ved relasjonen mellom behandler og pasient som ikke er farmakologiske eller kirurgiske. En innsikt i at på samme måte som relasjoner kan bryte mennesker ned, kan de også bygge opp og hele. Pinel var den første kjente alienisten, eller psykiateren, som systematisk interesserte seg for den enkelte pasientens historie og som la brukererfaringer til grunn for behandling innenfor medisin som vitenskap.

Før dette hadde enkelte humanister gjort spredte forsøk på å forstå galenskap på mer filosofisk grunnlag siden opplysningstiden, se for eksempel Daquin (1792/2015).

Pinels prinsipper ble nedfelt i ny og mer human praksis i asylene som ble bygget i Europa og USA på attenhundretallet. Frem mot midten av attenhundretallet hadde disse asylene jevnt over gode tilfriskningsrater (Bockoven, 1963). I siste halvdel av attenhundretallet og til midten av det nittende forfalt asylene imidlertid til overbefolkede oppbevaringsanstalter på siden av storsamfunnet, preget av kustodiale regimer med iatrogene konsekvenser som apati, håpløshet og såkalte institusjonaliseringsyndromer (Gauchet &

Swain, 1999; Goffman, 1961; Weiner, 1993).

Asylene ble på sitt beste humane, men skjermede samfunn på siden av samfunnet og på sitt verste sykeliggjørende miljøer som umyndiggjorde og invalidiserte dem som ofte forble der gjennom store deler av livet. Institusjonsbehandlingen hadde gode intensjoner, men endte som en blindgate. Det ble nødvendig å bygge dem ned og erstatte dem med mer sosialpsykiatriske tilbud.

Ideene om nødvendigheten av å skape plass for de gale i det lokalsamfunnet det er meningen at de skal leve livene sine var imidlertid på ingen måte nye. Gjennom hele attenhundretallet besøkte mange alienister den lille byen Geel i Belgia og viste til hvordan de gale der i stor grad profiterte på å bli integrert i lokalsamfunnet der gjennom bred folkelig aksept, en tradisjon som har røtter tilbake til trettenhundretallet. I dag ser vi dette som en type hybrid mellom våre distriktpsykiatriske sentre, kommunal psykiaritjeneste og stor grad av sosial inklusjon i nærmiljøet, inntil på familienivå. Dette er et eksempel på at integrering i et lokalsamfunn i form av rent geografisk plassering også kan lede videre til egentlig sosial inklusjon, et avgjørende steg videre mot fullt medborgerskap i samfunnet. Rowe (2015) hevder at det å ha en gateadresse alene ikke gjør noen til

verken nabo eller samfunnsmedlem.

Tilfluktsstedet

For lenge siden leste jeg om byen Geel i Belgia, en koloni for de gale, med stor takhøyde og rom for utstøtte og eksentrikere. Som psykolog i psykisk helsearbeid har dette myteomspunne stedet interessert meg i 35 år. Jeg leste om det fra tid til annen og ble stadig mer fascinert. I juli 2019 fant jeg anledning til å besøke OPZ Geel (Openbaar Psychiatrisch Zorgencentrum) som blant annet viderefører en tradisjon med familiepleie for mentalt syke som kan føres tilbake til trettenhundretallet. Jeg ble tatt godt imot, fikk innføring i den historiske bakgrunnen og hvordan ordningen er bygd opp og fungerer innenfor rammene av Belgias moderne helsevesen i dag. Jeg tilbrakte også en dag i Geel sentrum og var vitne til hvordan en rekke spesielle mennesker ble møtt med største selvfølge av sine medborgere. Jeg satt igjen med et inntrykk av at her har ikke avinstitusjonaliseringen bare ført til desentralisering av psykiske helse-tjenester og rent fysisk integrasjon av mennesker med alvorlige psykiske forstyrrelser. Den har også nådd et mer avansert nivå preget av høyere grad av sosial inklusjon. En sosial inklusjon som ikke har skjedd gjennom assimilering og utvisking av annerledeshet, men gjennom åpning av et rom for annerledeshet og

dermed større mangfold i befolkningen i sin alminnelighet. Med andre ord et sosialt rom for en dialogisk og dialektisk dynamikk borgerne imellom som verken er ensrettende eller represiv. Jeg sto igjen med et spørsmål om det må ta syv hundrede år til å realisere noe liknende hos oss? Jeg ruslet videre til et lite kapell som er stedet hvor det hele startet.

Fra St. Dymphnas mirakuløse helende kraft til moderne samfunnspsykiatri

I år 600 flyktet den vakre prinsesse Dymphna fra sin far i Irland som ville ta henne til kone. Hun ble innhentet i området hvor byen Geel ligger i dag i Flandern. Hun motsatte seg kongens begjær og han lot henne halshugge. Hun fikk etter hvert status som helgen ettersom hun hadde bøtt med livet for å ikke underkaste seg farens incestuøse vanvidd og regnes i ettertid som de sinnslidendes skytsengel. Sinnssykdom ble lenge forstått som en besettelse av onde ånder og forsøkt behandlet med eksorsisme eller djevleutdrivelse. St. Dymphna ble hovedfiguren i en slik eksorsismekult. Ritualene i denne kulten kan føres tilbake til det 13. århundre. Da bygget man et St. Dymphna kapell i Geel, med den følgen at stadig flere syke, plagede og utstøtte søkte dit i håp om beskyttelse og helbredelse. Snart hadde ikke kapellet plass til alle



Godfried Moes (1649-1700) «The beheading of St. Dymphna» (1688)

pilegrimene og det ble bygget et rom for de syke ved siden av kapellet. Etter hvert ble stadig flere plassert hos private familier i nærområdet, i påvente av utdrivningsritualet. Ikke alle returnerte dit de kom fra etter ritualet og antallet fosterhjem økte gjennom århundrene. Fra 1700-tallet hadde ordningen med privat innlosjerte hos fosterfamilier spredt seg til alle distrikter i Geel. Fosterfamiliene fikk en viss økonomisk kompensasjon for de losjerende. Prester tok seg av ritualene, besørget fosterfamilier og veiledet omsorgen i familiene. De religiøse overbevisningene om sinnsykdom som djevelbesettelse og eksorsisme som behandling hører nå til i fortiden, med unntak for en liten rest av troende. Det er dessuten lite trolig at bare nåde og barmhjertighet har opprettholdt Geel-tradisjonen frem til vår tid. Det økonomiske aspektet spilte også en vesentlig rolle.

Presteskapets rolle avtok gjennom opplysningstiden og tok for det meste slutt etter den franske invasjonen i Flandern i 1797. En brå boom av losjerende fra midt på 1700-tallet oppsto da myndighetene i andre deler av Flandern fant det billigere å sende sine syke til Geel enn å sperre dem inne i institusjoner. Brussel og andre større byer gjorde det samme fra 1803. Antallet losjerende økte dermed radikalt de neste tiårene, fra omtrent 200 i 1800 til 900 i 1850. De fleste bodde hos småbønder under

enkle og ukomfortable forhold, selv etter datidens standard. Trass i dette overlevde ordningen under tilsyn av lokale myndigheter frem til 1850, da parlamentet vedtok en ny lov for mentalt syke. Som følge av det ble Geel underlagt justisdepartementet som en «koloni» for mentalt syke, med retningslinjer for administrativ struktur og medisinsk behandling. I 1861 ble det bygget et sykehus som midlertidig losji for syke som kom til Geel for første gang og for dem som trengte medisinsk hjelp for en kortere periode. Dette var også et svar på kritikk om at mentalt syke ble plassert i familier uten medisinsk tilsyn.

Loven bidro til vedvarende bedring av pasientenes materielle og medisinske forhold. Erfaringene fra Geel inspirerte også andre land til å etablere liknende kolonier. Hele 174 beslektede prosjekter er dokumentert. I 1900 levde 2000 pasienter i landsbyen, et tall som steg til hele 3800 i 1938. Antallet sank under andre verdenskrig til 2600 i 1944. Tendensen vedvarte i takt med at Belgia og andre land i etterkrigstiden gikk fra jordbruksamfunn til mer industrialiserte samfunn med mindre boenheter og bygget ut andre og mer desentraliserte former for omsorg. Tidlig i syttiårene var antallet 1300 og i 2006 nede i 460, de aller fleste fra nærområdene i Flandern.

«Geel-spørsmålet» i siste halvdel av 1800-tallet

Mellom 1840 og 1870 dro mange fremtredende psykiatere («alienister») fra Europa og USA til Geel for å danne seg en oppfatning om utplassering av psykisk utviklingshemmede og mentalt syke som losjerende i familier. De delte seg i tre leire. Kritikerne konkluderte med at denne formen for omsorg var utdatert, uvitenskapelig og uansvarlig. Forkjemperne hevdet at denne behandlingen var mer effektiv og human enn den som ble tilbudt i dattidens moderne asyls. De hevdet at ordningen i Geel burde kopieres andre steder. Vi ser allerede her et skille mellom tradisjonell sentraliserende institusjonspsykiatri og mer desentralisert samfunnspsykiatri. En mindre tredje gruppe observatører så både fordeler og ulemper ved Geel-ordningen. Duval (1860) skrev en omfattende analyse som vakte internasjonal interesse. Roosens (2007) hevder at før dette var synspunktene på Geel-ordningen ikke basert på fakta, men sterkt emosjonelle og moralske synspunkter.

Det viste seg at selv om de fleste syke gikk fritt i byen og området, ble håndjern og fotlenker brukt på dem som ble voldelige eller prøvde å rømme fra byen. Louisien (1862, i Roosens, 2007) mente at disse pasientene kunne være like lykkelige i en lukket

institusjon, ettersom de ikke er i stand til å nyte frihetens velsignelse eller se verdien av den. De nyter ikke samme frihet som øvrige innbyggere. Fordi de er pasienter vekker de en type snill medynk, men kontrolleres av beskyttelsen som ligger i effekten av fornultens overlegenhet over galskapen. Andres fordommer mot de gale gjør det umulig for dem å bevege seg i en befolkning som tolererer dem uten frykt. Det ble også uttrykt fare for seksuell utnyttning og overgrep. Likeledes bekymring for barn som levde blant mentalt syke. En del harde fakta talte også imot Geel. De losjerende led ofte under dårlig ernæring og hygiene i fattige hjem. Det var ofte uansvarlig å la pasienter som trengte å bli kontrollert gå fritt. Kun fire leger klarte ikke å følge opp tilfredsstillende medisinsk behandling av hundrevis av pasienter. Følgelig anså kritikerne det som uansvarlig å sende de sykeste pasientene til Geel. Spredning av de gale var etter deres oppfatning det motsatte av alle forestillinger om aktiv og individualisert terapi.

Synspunktene ovenfor sto i motsetning til dem hos mange andre besøkende, også enkelte av de moderat kritiske, sine inntrykk av at de fleste losjerende var integrert i stor, om ikke fullstendig, grad i sine fosterfamilier, et klart tegn på medfølelse, sivilisert atferd og veldedighet. De opplevde at dette også hadde en positiv og helende virkning på de syke. Duval (1860)

konkluderte med at frihet, arbeid og avkobling kun kan realiseres i et miljø som i Geel, nemlig i et vanlig familieliv. I dette lå også en innarbeidet tro på at det finnes normale aspekter ved den losjerende som kan opprettholdes og videreutvikles. En så en mer avslappet holdning til mentalt syke fordi mange innbyggere i Geel hadde vokst opp med annerledeshet hos seg og rundt seg i det daglige (Morceau, 1848 i Duval, 1860). Ut fra dette går det kanskje an å utlede at Geel-ordningen i et visst omfang motvirket sosial marginalisering av de syke gjennom å åpne et rikere rolletilfang og en demystifiserende synliggjøring av forskjellighet i lokalsamfunnet. Det å «behandle» de gale var ganske enkelt å leve med dem. Et alminnelig familieliv innebar kurative prosesser som i en viss grad, om ikke fullstendig, bringer «villfarne» på rett spor igjen. Dersom det ikke skjer, tilbys den losjerende uansett en human atmosfære av hjemlighet som er helt fraværende i en institusjon. Dette er tanker helt forenlige med vår tids recoverytenkning. Bedringsprosessen fasiliteres ved at mentalt syke «ganske enkelt slippes inn» (Davidson et al., 2001).

Allerede i 1860-årene praktiserte man dermed en type rehabilitering basert på grunnleggende prinsipper for integrering og inklusjon i lokalsamfunnet som kan sies å ha gyldighet også i vår tid. På en stor internasjonal psykiatri-kongress i Antwerpen i 1902 ble

familiepleie av typen som ble praktisert i Geel anbefalt som god praksis. Dette fikk ringvirkninger til andre land, også til Norge, men med visse modifikasjoner. Enkelte aspekter ved Geel-tradisjonen ser en igjen i moderne psykisk helsearbeid her hjemme, i for eksempel et samordnet og gradert system med psykiatriske sykehus, DPS-klinikker, ambulante team, kommunal psykiatritjeneste og dagsentra, familiearbeid og individuell utplassering med oppfølging i arbeid. Men Geel-modellen har beholdt aspekter som ofte er fraværende eller utilstrekkelige i vår organisering av psykisk helsearbeid. For eksempel rask og direkte støtte til familier i krise og tilgang til trygge og varige nære relasjoner ut over utredning, diagnostisering og stabilisering. Vi ser at forsøk på fysisk og geografisk integrering av mentalt syke i lokalsamfunnet fremdeles mangler kvaliteter av sosial inklusjon som en har klart å utvikle over lang tid i Geel.

Utviklingen av Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum i nyere tid

Sosialantropologen Roosens og medarbeidere gjorde en første feltstudie i Geel i perioden fra 1966 til 1975, hvor de observerte samhandlingen mellom «normale» og «losjerende» i Geel. De intervjuet også fosterfamilier, losjerende og publikum i byen. Funnene

nedfelte seg i en omfattende rapport (Roosens, 1979). Rapporten konkluderte med at pasientene klart foretrakk å bo med familier i lokalsamfunnet og at vertsfamiliene og lokalsamfunnets store toleranse for de losjerende gir håp om at Geel kan tjene som modell for andre terapeutiske samfunn. I to perioder senere, fra 1999 til 2000 og fra 2005 til 2006 gjorde Roosens og medarbeidere en ny studie hvor de intervjuet 19 forskjellige losjerende og deres fosterforeldre og familier. I noen tilfeller hadde de losjerende blitt adoptert som familiemedlemmer hvor omsorgen for dem gikk videre til neste generasjon når fosterforeldre gikk bort eller ble for gamle. Det var også eksempler på at de losjerende tok seg av sine aldrende fosterforeldre (Roosens & Van der Walle, 2007).

De samfunnsmessige forholdene i Geel hadde endret seg en god del siden første studie rundt 1970. OPZ var blitt enda mer integrert i Belgias øvrige psykiatriske tjenester. Det var mindre gårdsbruk og flere bodde i mindre leiligheter med redusert anledning til å ha losjerende. Antall fosterforeldre og losjerende hadde sunket, men den overveiende tolerante og inkluderende holdningen til mangeartethet i befolkningen hadde vedvart og var om mulig blitt ytterligere rotfestet. De 19 pasienthistoriene viste varierende grad av suksess og inklusjon. Det lå en realisme i både

observasjoner og konklusjoner som reflekterte utfordringer knyttet til familieliv i sin alminnelighet. Psykologen Boeghart uttalte i et intervju i Dag og Tid 5. juli 2019 at ingen familier er like og at det slik sett ikke finnes noe slikt som en «normal» familie, heller ikke i Geel.

Fra 1983 og frem til slutten av nittiårene var det et sterkt skille mellom sykehusklinikk og det tradisjonelle fosterhjemsprogrammet i OPZ. Lite ble gjort for å utveksle erfaringer og oppnå synergieffekter. Men i takt med nedbyggingen av døgnavdelinger så en etter en mer felles plattform som førte til en sammenslåing av OPZ i 1991. Fosterhjemsomsorg ble nå sett på som en form for hospitalisering av personer hvis psykologiske og sosiale likevekt kan oppnås og opprettholdes gjennom vedvarende omsorg. En omsorg gitt av en fosterfamilie under terapeutisk veiledning av et multifaglig team som arbeidet innenfor rammene av et psykiatrisk sykehus. I 2006 ble ordet «hospital» fjernet fra navnet OPZ ettersom hovedfokus i dreide mer og mer i retning av multifaglig psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet. Innleggelse i sengeavdelinger på sykehuset ble betraktet som en midlertidig ordning.

Fra 2000 skjedde en full omorganisering hvor alle tjenester ble delt inn i fire sektorer med hver sin målgruppe: voksne, eldre, unge og rehabilitering.

Hver av disse drives av en administrator og en psykiater. Alle teamene gir omfattende omsorg og er følgelig multifaglige, med sykepleiere, sosionomer, psykiatere, psykologer og ergoterapeuter. Fosterhjems plassering er den største komponenten i rehabiliteringsavdelingen. Målsettingen er å bedre livskvalitet og bidra til recovery hos de losjerende.

Organiseringen av fosterhjemsomsorgen i dag

Fosterhjemsprogrammet rekrutterer familier i Geel og nabobyene. Området er delt i 12 distrikter med 25–35 familier som besøkes av samme distriktssykepleier. Disse fungerer som case managere med et team bestående av en koordinator, psykiater og allmennpraktiker i deltidsstillinger, fire sykepleiere, en sosialkonsulent og en ergoterapeut. Hvert team holder til i et senter i en del av byen. I disse sentrene har losjerende og deres fosterforeldre anledning til å snakke med teamets medlemmer og å konsultere en allmennpraktiker, psykiater eller psykolog. Losjerende kan også komme dit for å arbeide, slappe av eller delta i sosiale og kulturelle aktiviteter. Slike lokale «distriktpsychiatriske» sentre er lettere tilgjengelig og ikke så fjernt og formelt som et psykiatrisk sykehus. Barrieren for å finne noen å snakke med er lavere og fosterfamiliene får hjelp så og si på timen døgnet rundt syv dager i uken dersom

de har behov for det.

Klinisk case management fungerer slik at distriktssykepleierne dukker uanmeldt opp i fosterfamiliene minst en gang i måneden, og oftere dersom det trengs. Fosterfamiliene har tilgang til øyeblikkelig hjelp hele døgnet, noe som gir økt trygghet og bedre kapasitet for romming. Sykepleierne fungerer som kontakter, fortrolige og talspersoner for både de losjerende og vertene deres. Sykepleierne observerer og intervensjoner dersom problemer oppstår. Blir dette for krevende tar sykepleierne opp vanskene på ukentlige teammøter. Slik går moderne psykisk helsearbeid hånd i hånd med folkelig tradisjon.

Formelt har vertsfamiliene og fosterfamiliene rett til å få sine losjerende innlagt til enhver tid. Roosens (2007) understreker at dette etisk sett er mer komplisert og at det eksisterer en stilltende overenskomst i lokalsamfunnet om at den losjerende ikke kan bli sendt bort uten tungtveiende grunner. Dette gjelder også den andre veien: dersom en sykepleier oppdager overgrep eller omsorgssvikt i forhold til en losjerende, griper sykepleieren inn og sørger for umiddelbar gjeninnleggelse i OPZ sin sykehusavdeling. Dette skjer sjelden, ettersom det anses som en skam og alvorlig anklage i lokalsamfunnet.

Distriktssykepleierne har en nøkkelrolle i det profesjonelle systemet. Personale fra de øvrige profesjonene besøker sjelden familiene og deres losjerende. Hovedsakelig kun når det oppstår vansker av større betydning, men også noen ganger rutinemessig for å forebygge og stabilisere situasjonen når det er hensiktsmessig. Den helende kraften ligger primært i folk flest sine holdninger i lokalsamfunnet. Det viser seg som en stor grad av fortrolighet med menneskelig variasjon i familien og det offentlige rom. Dette motvirker utenforskap, stigmatisering, redsel og utstøting. Samfunnet har rom for dem som er ment å leve der, noe som bidrar til opplevelse av tilhørighet.

Som det fremkommer av WHO sitt dokument om balansert omsorg (2006) er det også nødvendig med mulighet for innleggelse i sengepost. OPZ har 30 ordinære sengeplasser og 20 for eldre pasienter. Disse benyttes til stabilisering ved kriser, samt time out og lette for familier i forbindelse med for eksempel helger eller ferier. Sykehuset er også et midlertidig hjem for pasienter som venter på et nytt fosterhjem eller er inne i et obligatorisk utredningsprogram.

Inntaksprosedyre

Ved henvisning av en ny pasient vurderes den i et inntaksråd.

Inntakskriteriene er langvarige og alvorlige mentale funksjonelle forstyrrelser. Fokus er på personens evne til å leve sammen med andre mennesker. Tilstanden skal være stabilisert og eventuell aggresjon under kontroll. Søkeren må heller ikke ha noen historie med seksuelle overgrep eller kriminalitet. En undergruppe har en kombinasjon av psykisk utviklingshemming og psykoselidelse. Personen bør være i stand til et visst nivå av emosjonell tilknytning, evne til kommunikasjon og å gjøre ting på egenhånd. Dersom søker er for avhengig eller sengeliggende anses det som uhensiktsmessig med en fosterhjemsordning. Det er også en forutsetning at søkeren er i stand til å mestre dagliglivet i familiesituasjonen, underordne seg autoriteter og tone seg inn på familiens liv og forventninger i tilstrekkelig grad.

Dersom den første utredningen tilsier det kan søkeren gå videre til en systematisk matchingsprosedyre med henblikk på tilpassing til en vertsfamilie eller fosterfamilie. Søkeren får økende grader av utfordringer. Først i sykehuset og deretter i et dagsprogram i et vanlig hus i byen: Observasjonshuset. Der trener åtte pasienter på dagligdagse aktiviteter i omtrent tre måneder, under veiledning av tre coacher. Coachene observerer pasientenes evner, forventninger og relasjoner i stressende situasjoner. Basert på dette avgjør inntaksteamet hvorvidt personen er egnet for fosterhjem

og hvilken type fosterhjem. Deretter får distriktssykepleierne i oppdrag å speide etter en egnet vertsfamilie eller fosterfamilie. Straks en kobling mellom en pasient og en fosterfamilie får grønt lys flytter pasienten inn i familien som gjest eller losjerende. Familiene får en viss økonomisk kompensasjon, som sjelden dekker familienes faktiske utgifter ved å ha en losjerende. Familien får ikke vite noe om gjestens bakgrunn eller eventuelle diagnoser. En bruker ulike betegnelser på henholdsvis gjester og verter, noe som kanskje sier noe om at en har en mer folkelig eller mer medisinsk holdning til ordningen. «Hemmeligheten» ligger imidlertid i den inkluderende, ikke-medisinske, commom sense baserte legmannsholdningen til gjesten som et familiemedlem.

Det fins mange typer fosterforeldre, med varierende sosial status og livsfase. De må ha god nok helse og være ansvarsfulle, stabile og i stand til å mestre stressende situasjoner. Det kreves også en normal inntekt og plass nok i hjemmet til å losjere en eller flere gjester. Barn må være innforstått med situasjonen og godta den. Kravene til den losjerende og fosterhjemmet er regulert i detalj av belgisk lov.

Holdningenes kraft

Jeg tilbragte en ettermiddag, kveld og formiddag i Geel og noterte meg en håndfull spesielle personer i ulike situasjoner i det offentlige rom. De var passerende på torget, kunder i butikker, gjester i en kafe og i en pub. De viste tegn på varierende grader av tilstedeværelse i sosial kommunikasjon, men ble ikke uglesett, trakassert eller utestengt av sine medborgere. De så ut til å bli møtt med største selvfølge og respekt. Til gjengjeld viste disse spesielle personene alle tegn på en selvfølgelig tilhørighet der de beveget seg. En ung mann henvendte seg spontant til meg i en kafe og presenterte seg med fullt navn. Jeg gjorde det samme og forklarte hvor jeg kommer fra og mitt ærend i byen. Han ønsket meg en god dag og jeg gjengjeldte hans gode ønsker før vi skilte lag. Under vår korte samtale noterte jeg meg at to damer ved nabobordet nikkete på måte jeg oppfattet som en positiv gest til meg som fremmed i byen.

Som det fremgår av beskrivelsene ovenfor finner vi mange elementer som har paralleller til vårt eget moderne helse- og omsorgstilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Vi finner hele tiltakskjeden fra sengeavdelinger, via distriktssykiatriske sentre med ambulante team til en psykisk helsetjeneste i

kommuner og bydeler. Likeledes ordninger for å hjelpe pasienter ut igjen til utdanning og arbeidsliv. Vi finner en differensiering av tjenesten etter ulike pasientgruppers behov. Alt basert på et biopsykososialt perspektiv og en recoverytenkning som i hvert fall i navnet, om ikke alltid i gavnet, har til hensikt å møte pasientens behov som en hel og myndig person på både et kroppslig, psykologisk og sosialt plan. En inngående fremstilling av hvordan en fullstendig tiltaksrekke for personer med alvorlige psykiske lidelser bør se ut i dag i et rikt vestlig land finnes hos Thornicroft & Tonsella (2013). Der fremgår det at nedbygging av psykiatriske sykehus må følges ad av tilstrekkelig lokalpsykiatrisk oppbygging. Jeg frykter at med vår New Public Management er det mer stemoderlige minimumsordninger som tilbys dem med størst behov for lang tids forankring i trygge rammer.

Frem til siste halvdel av forrige århundre ble også plassering i fosterhjem forsøkt i Norge, men forlatt igjen. Vi har i dag trolig et akseptabelt tilbud til pasienten som pasient i en klinikk. De uløste utfordringene ligger i å utvikle en type deinstitusjonalisering som innebærer en nedbygging av den usynlige institusjonen som arter seg som stigmatiserende og utestengende holdninger til spesielle eller annerledes medborgere i dagliglivet utenfor klinikkene. Holdninger som låser personen inne i rollen som

pasient. En ordning som den i Geel åpner for et langt bredere og mangfoldig rolletilfang både i og utenfor familien. Noe som trolig virker positivt tilbake på selvoppfatning, selvfølelse og syn på livets mange muligheter ut over det å være syk eller pasient. En god illustrasjon av den helende effekten av et videre rolletilfang finner vi for eksempel i Lauveng og medarbeideres (2015; 2016) studier av forskjeller i selvopplevelse hos to grupper pasienter med samme diagnoser og alder. Den ene gruppen hadde status som pasienter i en klinikk. Den andre som elever på en skole hvor de lærte nye praktiske og sosiale ferdigheter sammen med medelever kontinuerlig over lang tid. Den første gruppen skåret etter disse erfaringene høyt på symptomer, opplevelse av utenfor-skap og lidelsestrykk og lavt på livskvalitet, tro på seg selv og fremtiden. Elevgruppen skåret lavere på symptomer og lidelsestrykk, og høyere på egen følelse av mestring, sosial tilhørighet og tro på fremtiden. Det er trolig mer helende og vekstfremmende å bli sett på og å oppleve seg selv som en medelev og pasient, enn som «bare» en pasient.

Et vesentlig bidrag til heling og tilfriskning synes å være tilgang til varige relasjoner utenfor og uavhengig av kontakt med en klinikk. Likeledes hvilken speiling personen møter i et alminnelig dagligliv i familie og nærmiljø. Slik holdninger trenger tid

for å bli innarbeidet og for å kunne virke i form av den kumulative effekten av positive, inkluderende og anerkjennende mikrohendelser i personens dagligliv utenfor klinikken. I Geel har man innarbeidet dette siden 1300-tallet. Forhåpentligvis kan vi klare det på noe kortere tid.

Leif Jonny Mandelid
undervisningsleder SEPREP UPP
leif.jonny.mandelid@seprep.no



Referanser

Bockoven, J. S. (1963): *Moral treatment in American psychiatry*. New York. Springer Publishing Company.

Dag og Tid, 5. juli 2019: *Byen for fritt-gående galskap*. Essay.

Davidson, L., Stayner, D. A., Nickau, C., Styron, T.H., Rowe, M. & Chinman, M.J. (2001): «Simply to be let in». *Inclusion as a basis for recovery from mental illness*. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 375 – 388.

Daquin, J. (1792 / 2015): *La Philosophie de la folie ou essay philosophique sur le traitements des personnes attaquées de folie* (Faksimile). New Dehli. Gyan Books PVT. LTD.

Duval, M. J. (1860): *Gheel ou une colonie d'aliénés. Vivant en famille et en liberté* (Faksimile). Paris. Guillamin et Cie Libraires.

Foucault, M. (2006): *History of madness*. Oxon. Routledge.

Gauchet, M. & Swain, G. (1999): *Madness and democracy*. Princeton, New Jersey. Princeton University Press.

Goffman, E. (1961): *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York. Anchor Books.

Lauveng, A., Tveiten, S., Ekeland, T. J. & Ruud, T. (2015): *Same diagnosis, different lives. A qualitative study of adults with severe mental illnesses, in treatment and education*. *Psychosis*, 7(4): 336 – 347.

Lauveng, A., Tveiten, S., Ekeland, T. J. & Ruud, T. (2016): *Treating symptoms or assisting human development: Can different environmental conditions affect*

personal development for patients with severe mental illness? A qualitative study. *Journal of Mental Health Systems*, 10 (8)

Pinel, P. (1806/1962): *A treatise on insanity*. New York. Hafner Publishing Company.

Read, J. (2013): *A history of madness*. Kapittel 2, side 9 – 19iboken: Read, J. & Dillon, J. (Editors): *Models of madness*. London. Routledge.

Roosens, E. (1979): *Mental patients in town life. Geel – Europes first therapeutic community*. Beverly Hills. Sage Publications.

Roosens, E. & Van de Walle, L. (2007): *Geel revisited. After centuries of mental rehabilitation*. Antwerpen. Garant.

Rowe, M. (2015): *Citizenship and mental health*. New York. Oxford University Press.

Thornicroft, G. & Tonsella, M. (2013): The balanced care model for global mental health. *Psychological Medicine*, 43, 4, 849 – 863.

Weiner, D. B. (1993): *The citizen-patient in revolutionary and imperial Paris*. Baltimore. The Johns Hopkins University Press.

World Health Organization, Health Evidence Network (HEN) (2006) *The components of a balanced care mental health service* ([http://www.euro.who.int/HEN/Synthe1sis/mental health/2006](http://www.euro.who.int/HEN/Synthe1sis/mental%20health/2006)).