Hvordan er brukerstyrte plasser i døgnenheter ved distriktspsykiatriske sentre med på å fremme brukermedvirkning?

VIDEREUTDANNING I PSYKISK HELSEARBEID

Kull H-2010

Dina Benedicte Bøckman

INNHOLD

1.0 Innledning

1.1 Oppgavens oppbygning

1.2 Metode

1.3 Avgrensning

1.4 Bakgrunn for valg av tema

1.5 Presentasjon og utdypning av problemstilling

2.0 Sentrale begreper i psykisk helsearbeid

2.1 Helsebegrepet og psykisk helse

2.2 Psykisk krise

2.3 Etikk

2.4 Mestring

2.5 Bedring

2.6 Tverrfaglig samarbeid

3.0 Brukermedvirkning og politiske føringer

3.1 Pasientrettigheter og helsepersonellets plikter

3.2 Hva er brukermedvirkning?

4.0 Brukerstyrt plass

4.1 Brukerstyrt plass

4.2 Brukerne (hvem er brukerne)

4.3 Brukerstyrt innleggelse

4.4 Rammene for brukerstyrte plasser

4.4.1 Inklusjonskriteriene

4.4.2 Inn- og utprosedyrer

4.4.3 Tilgjengelighet

5.0 Drøfting

6.0 Avslutning

Litteraturliste

1.0 Innledning

Psykisk helse angår oss alle. Vi Leser om tragiske hendelser i avisene, vi leser skrekkhistorier om hva som kan gå galt om ikke tjenestene ivaretar sine brukere godt nok. Alle de skremmende overskriftene gjør noe med oss. Overskriftene brenner fast i oss en skepsis til tjenesteapparatet, skaper frykt for det som er sykt og uberegnelig, og glemmer å lyssette den menneskelige tragedien bak overskriftene. Vi har alle en psykisk helse å ivareta, en psykisk helse å skjerme om. Avisenes overskrifter gjør at psykisk helse relateres til noe som er sykt og skremmende, fremfor å si noe om hvor viktig det er å vise omsorg for hverandre, og gjennom det motarbeide psykisk lidelse og psykisk sykdom. Fremmedgjøring og stigmatisering er i stor grad samfunnets holdning til det vanskelig håndterbare og fremmede som psykiske lidelser representerer. Det har lenge vært et problem med stigmatisering av psykiske lidelser, og i følge Odd Volden (I:Andersen og Karlsson, 2011:40) er stigmatisering av psykiske lidelser fortsatt et omfattende problem.
Pårørende forteller om manglende åpenhet om psykiske lidelser både innenfor psykisk helsevern og ute i samfunnet (Norvoll, 2002:101), og det oppleves at psykiske lidelser og rusrelaterte problemer er mer stigmatiserende enn andre fysiske sykdommer (Norvoll, 2002:100). Sosiologen E. Goffman mente at stigmatisering fører til diskriminering og ekskludering fra sosiale sammenhenger, både privat, i arbeidsliv eller skole (Norvoll, 2002:101). Omgivelsene ser sykdommen, ikke personen. Over tid kan imidlertid holdninger relatert til ulike lidelser endres, slik at sykdommer kan bli mer sosialt akseptert. Dette vil føre til reduserte negative reaksjoner fra omgivelsene overfor psykisk syke, noe som kan føre til en lavere grad av negativ påvirkning på den lidendes identitet og selvbilde. Man har en lidelse, man er ikke lidelsen. Man har en sykdom, man er ikke sykdommen. Det har etter hvert blitt en tydelig bevissthet omkring viktigheten av å skille mellom individ og sykdom, og viktigheten av å sette brukeren i sentrum. Dette har resultert i nytt politisk fokus i sosial- og helsetjenesten.

De siste tiårene har politiske føringer konkretisert tiltak om bredere satsning rettet mot psykisk helsearbeid. Politisk fokus på psykisk helsearbeid som satsningsområde, har synliggjort viktigheten av å ivareta individuell, og allmenn, psykisk helse. Holdningskampanjer, slik som helsedirektoratets kampanje ”Et åpent sinn – ungdom” fra

2007, har hatt som målsetning å øke befolkningens kunnskap om psykisk sykdom, psykisk helse, bevisstgjøre om eksisterende hjelpetilbud og rettigheter, og samtidig redusere stigmatisering av personer med psykiske lidelser.

I perioden fra midten av 1980- tallet til midten av 1990-tallet økte nedleggelsen av institusjonsplasser (Almvik og Borge, 2010:16) og i takt med nedbyggingen av de store sentralinstitusjonene, ble institusjonsplassene erstattet med desentraliserte hjelpenettverk bestående av distriktspsykiatriske sentre (DPS), ambulante team, omsorgsboliger med nødvendig bistand, tiltak for arbeid og aktivisering, samt økt psykisk helsetjeneste i kommunene (lokalbaserte tiltak).
Omstruktureringen og endringen av psykisk helsetjeneste er nedfelt i Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008), en omfattende helsepolitisk reform, vedtatt av Stortinget i 1999. Planen bygger på St. meld. nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* som ble lagt frem våren 1997. De overordnede målene for Opptrappingsplanen for psykisk helse er beskrevet i St. prp. nr. 63 (1997-98). Senere er planen for psykisk helse fulgt opp med St. meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*. Hovedvekten i disse meldingene er økt grad av brukermedvirkning, samt en organisering av psykisk helsetjeneste som skal understøtte den enkelte brukers mulighet til mest mulig selvstyre og mestring i eget liv.

I Norge, som er en demokratisk retts- og velferdsstat, hvor man har stemmerett etter fylte 18 år, ytringsfrihet og selvbestemmelse, er autonomi, medbestemmelse og deltagelse sentrale og anerkjente verdier. Gjennom disse verdiene og rettighetene blir brukermedvirkning en tydeliggjøring av et demokratisk perspektiv i helse og omsorgstjenesten.

Innenfor disipliner som jobber med mennesker, må man rette utviklingen av tjenestene mot samarbeidet med tjenestemottakeren. Det er i spennet og samarbeidet mellom partene, at utviklingen skjer. Psykisk helsetjeneste er i stadig utvikling og prosess, og brukerstemmene har etter hvert fått større plass i politiske meldinger og rapporter.
Det er en spennende utvikling, både på individ, tjeneste og systemnivå.

1.1 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er bygget opp med en innledning etterfølgende av et metodekapittel med presentasjon av søk i databaser, kilder og kildekritikk. Videre kommer et kapittel om avgrensningene i oppgaven, fulgt av bakgrunnen for valg av tema, og til sist presentasjon av problemstilling. Sentrale begreper i psykisk helsearbeid danner et eget kapitel med underkapitler om helsebegrepet, psykisk krise, etikk, mestring, bedring og tverrfaglig samarbeid. Et eget kapittel om brukermedvirkning belyser begreper innenfor dette, og underbygger rammene for psykisk helsetjeneste og brukermedvirkning med politiske føringer og lovverk. Et eget kapittel om brukerstyrte plasser belyser hva brukerstyrte plasser er, og i underkapitler presenteres noen av rammene for plassene. Til sist følger drøfting og avslutning.

1.2 Metode

Oppgaven er en teoretisk oppgave, men det vil refereres til episoder eller uttalelser fra de brukerne jeg møtte mens jeg var i praksis.

Det ble gjort søk i google på søkeordene ”brukerstyrte innleggelser”, ”brukerstyrt plass”, ”brukermedvirkning”. Gjennom søk på google ble det mange treff på artikler i ulike tidsskrifter, samt delrapporter og sluttrapporter på prosjekter relatert til bukerstyrte plasser. Dette var nyttig stoff, men ikke nødvendigvis fagfellevurderte artikler. Det ble også gjort søk i bing.no med søkeordene ”sluttrapport brukerstyrte plasser”, et søk som ga 15 svar hvorav flere aktuelle. Det ble gjort søk i SveMed+ med begrensningen ”peer reviewed”. Søkeordet i første søk var ”brukermedvirkning”, det ga 7 treff. Søk med søkeordet ”psykisk helse” ga 37 treff. Søket ble endret og jeg brukte svenske MeSH-termer som var kommet opp på treffene ved søk med ”psykisk helse”. Søket ble da med det svenske ordet for brukermedvirkning; ”patientinflytande” + ”psykisk”. Dette søket ga 5 treff.
Det ble også gjort søk i PsycINFO med søkeordene ”psychiatry, inpatient participation” og begrensning på søk i artikler utgitt innenfor siste to år (2009-2011). Søket ga 517 treff. Gjennom søk fra høyskolens base på Idunn.no, fant jeg flere spennende artikler og fikk full

tilgang til flere tidsskrifter, bl.a Tidsskrift for psykisk helsearbeid, der jeg hentet ut en artikkel om makt i psykisk helsearbeid.
Gjennom søk i høyskolebibliotekets søkemotor ”BIBSYS” fant jeg aktuell litteratur, samt gjennom systematisk å snoke i bibliotekets hyller etter emneord som ”brukermedvirkning” ”brukerstyring” ”etikk” ”samhandling” ”relasjon” ”psykisk helse” psykisk lidelse”. Videre har jeg på biblioteket lest i magasinene ”Vård i Norden” og ”Journal og Psychiatric and Mental Health Nursing”, hvor jeg har funnet spennende artikler til inspirasjon.
Flere av kildene i oppgaven er basert på små studier, kvalitative undersøkelser, som sier noe om kun en liten gruppe. Fordi det finnes flere ulike studier blant små grupper, kan man anta at studiene har en overføringsverdi i forhold til hverandre, på den måten at det er gjort likeverdige funn i flere ulike selvstendige studier. På den måten kan bekrefte studiene bekrefte hverandres funn.

1.3 Avgrensning

Oppgaven søker å se nærmere på hvordan brukerstyring kommer til uttrykk gjennom opprettelsene av brukerstyrte plasser innen døgnenheter ved distriktspsykiatriske sentre. Flere aktuelle begreper vil berøres, deriblant ”Håp” ”tillit” ”bedring”. Begrepene vil kort belyses for å underbygge oppgavens aktuelle spørsmålsstilling.
I oppgaven benyttes begrepet ”bruker” eller ”tjenestemottaker” istedenfor ”pasient” eller ”klient”, med unntak av direkte sitater. Av hensyn til anonymisering vil ikke praksisavdelingen navngis selv om oppgaven redegjør for prosedyrer praktisert i avdelingen. Der informasjonen vedrørende brukerstyrte plasser er hentet fra offentlige dokumenter, vil dette være synliggjort. Oppgaven tar ikke for seg spesifikke diagnoser, selv ikke når det er relatert til brukerne av de brukerstyrte plassene, da diagnoser ikke ansees som relevant for oppgavens problemstilling og fokus. Det vesentlige i oppgaven er å se individet som søker hjelp, brukeren som benytter tjenester, samt hvordan tilbudet brukerstyrte plasser er med å fremme brukermedvirkning.

1.4 Bakgrunn for valg av tema

Som sykepleier er jeg medlem av NSF, og får medlemsbladet ”Sykepleien” hjem i posten. Da jeg for flere år siden leste om Jæren DPS og brukerstyrte plasser, leste jeg artikkelen med stor interesse. Jeg ble med en gang meget begeistret over de nye impulsene dette representerte. Autonomi og brukermedvirkning, selvstyre og mestring, er begreper jeg mener er viktige å fremholde som vesentlige verdier og prinsipper å jobbe for, og utfra, når man jobber med, og for, mennesker i krise.

Jeg leste artikkelen og tenkte at de hadde trukket noen gode slutninger da de satte i gang sitt prøveprosjekt. Brukerstyrt plass høres flott ut! Det høres ut som noe som fremmer selvstendighet. Den som trenger hjelp, brukeren, får et ansvar for å bruke plassen ”sin” når han trenger det. En brukerstyrt plass, er en plass styrt av brukeren.

Da jeg i praksis på videreutdanning i psykisk helsearbeid var så heldig å få post ved et distriktspsykiatrisk senter, ved en døgnenhet der de nettopp hadde etablert 2 brukerstyrte plasser, var valget for fordypningsoppgavens tema meget enkelt; Brukerstyrte plasser.

På avdelingen fikk jeg stifte bekjentskap med ti av de femten som hadde fått kontrakt på brukerstyrt plass. Etter hvert som jeg møtte brukerne fikk jeg mange gode samtaler med de ti. Alle var imøtekommende, og ønsket å dele sine meninger om, og opplevelser i, psykisk helsevesen generelt, og vedrørende brukerstyrte plasser spesielt.

Mitt utgangspunkt for oppgaven er en begeistring for brukerstyrt plass, men jeg vil selvfølgelig også påpeke begrensninger, forskjeller i rammer for ulike brukerstyrte plasser, og jeg vil se på hvordan brukermedvirkning synliggjøres og ivaretas når rammene for driften er ulik.

1.5 Presentasjon og utdypning av problemstilling

Hvordan ble oppgavens problemstilling til? Først ønsket jeg, og var fast bestemt på, å skrive om verdighet og brukerstyrte plasser. Jeg prøvde meg frem med ulike formuleringer der verdighet og brukerstyring, brukerstyrte plasser var med, men jeg følte det favnet for stort og var vanskelig å korte ned. Verdighet i seg selv er et stort begrep, og kunne isolert sett vært tematisert i en egen oppgave. Brukerstyrte plasser og ulike rammer for disse plassene, gjør det interessant å sette brukermedvirkning og brukerstyring opp mot rammene. Det er viktig å belyse brukermedvirkning relatert til ulike hjelpetiltak, og se det opp mot brukermedvirkning som en realitet eller bare ønsket om en realitet.

2.0 Sentrale begreper i psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid omfatter alle mulige arbeidsformer og tiltak som kan bidra til å bedre menneskers psykiske helse (Bøe og Thomassen 2009:18), og har både individ-, familie- og nettverksfokus, samt psykiske helseproblemer og konsekvensene av disse (Bøe og Thomassen 2009:17). Psykisk helsearbeid handler om å være tilstede som profesjonelt medmenneske, med tid til å lytte, tro på muligheter, og vilje til innsats for samarbeid om individuell tilrettelegging for endringsrettet arbeid.

Innenfor psykisk helsearbeid er det flere sentrale begreper. Under følger seks begreper som beskrives nærmere for å forsøke å danne en forståelse for mennesket som følelsesmessig sammensatt individ, og samtidig vise hvordan vi kan formes og påvirkes, og samarbeides med.

2.1 Helsebegrepet og psykisk helse

I følge Gadamer (Lorem, 2006:33) kan helse forstås gjennom det helse ikke er, altså gjennom sin motsetning, og vil først oppstå som et tema når helsen oppleves problematisk.
Legen Peter F. Hjort definerte helse til ”å ha overskudd i forhold til hverdagens krav” (Mæland 2002:26). Hjorts beskrivelse kan forstås slik at helse er det enkelte menneskets evne og ressurs til å møte og mestre, sitt livs små og store, indre og ytre, utfordringer.
Opplevelsen av helse kan både utfra Gadamer og Hjort forstås som subjektiv, og forbundet med vår fysiske (somatiske) og følelsesmessige (psykiske) funksjon.
En godt fungerende helse er for mange forbundet med evnen til å utføre allsidige aktiviteter, utøve sine interesser, samt være i arbeid, helse er da en faktor som fremmer eller hemmer våre muligheter til, og vår opplevelse av, mestring.
Begrepene helse og livskvalitet er tett forbundet. Noen knytter livskvalitet til ytre kriterier, mens andre knytter det opp til et indre sjelsliv. Livskvalitet er, slik helse også i stor grad er det, en subjektiv opplevelse og vurdering hver enkelt gjør av eget liv.
Helse er et spørsmål om hvordan man føler seg, og hvordan man fungerer (Mæland 2002:34), og livskvalitet vil på samme måte være en subjektiv evaluering av livet, vurdert

utfra tilfredshet, selvfølelse, identitet, opplevelse av mening og akseptasjon, samt muligheter til vekst, utvikling og selvrealisering.

Det må beregnes at helse som en subjektiv vurdering ikke bare farges av kultur, oppvekst og levekår, men baseres på summen av psykiske velvære og kroppslig funksjon, samt påvirkes av sosiale forhold (utdanning, arbeid, sosial forankring), psykologiske faktorer (mestringsevne, selvbilde, forventninger) og samfunnsmessige rammebetingelser (arbeid og økonomi) (Mæland 2002:34).

Psykisk helse er objektivt vanskelig målbart, og man må ta utgangspunkt i individets følelser av psykisk velvære, tilfredshet, livskvalitet eller lykke – disse definisjonene vil måtte ta hensyn til, og basere seg på, individets egen innsikt og dømmekraft (Malt et al. 2010:9) og kan slå uheldig ut ved personer som grunnet psykisk lidelse har manglende innsikt eller dømmekraft.

I veilederen *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene* er psykisk helse definert som

”Utvikling av, og evne til å mestre, tanker, følelser og atferd, og hverdagens krav i forhold til ulike livsaspekter. Det handler om emosjonell utvikling, evne til velfungerende sosiale relasjoner og evne til fleksibilitet. Fravær av psykiske vansker eller lidelser er ikke ensbetydende med god psykisk helse”(s.8).

2.2 Psykisk krise

A. Antonovsky sier at det å være menneske innebærer at man til enhver tid har noen plager og symptomer (Antonovsky 1996, I: Espenes og Smedslund, 2001:336). De fleste av oss vil i løpet av livet stifte bekjentskap med psykiske vansker og symptomer som kan påvirke daglig funksjon, men som hverken vi eller andre vil kalle sykdom (Snoek, 2010:22). Psykiske vansker kan være alt fra kortvarige og forbigående reaksjoner på plutselige hendelser, til langvarige og sammensatte vansker på mange av livets områder. Stress, engstelse, nedstemthet eller søvnvansker er eksempler på plager som de fleste av oss har fra tid til annen, uten at symptomene eller belastningen er så stor at det kan stilles en diagnose (Snoek, 2010:26). Psykiske lidelser har en sammensatt årsaksbakgrunn, hvor balansen mellom belastning, personlige ressurser og sosial støtte ofte blir avgjørende for om et

problem utvikler seg til en vedvarende lidelse eller manifestet sykdom (Mæland 2002:165). Alvorlige psykiske lidelser kan vokse langsomt frem over år, men kan også komme plutselig (Borg og Topor, 2009:20), og sykdommen eller lidelsen kan ikke kun betraktes som et sammenbrudd i en helsetilstand, men må like mye betraktes som et sammenbrudd av livskvalitet og aktivitetsevne i den enkeltes hverdag (Wackerhausen 1997 I:Borg og Topor, 2009:26). Psykiske lidelser gir seg til kjenne ved avvikende atferd, tankegang, følelsesuttrykk eller måter å snakke på som er vanskelige å forstå eller på annen måte gjør at vedkommende havner utenfor fellesskapet i sine omgivelser (Haugsgjerd et al. 2009:16). Mennesker med psykiske lidelser, og mennesker i krise, har mange ulike reaksjonsformer, alt etter lidelsens karakter og krisens omfang. Et liv med psykiske problemer dreier seg om individuelle opplevelser som gjerne er preget av smerte, funksjonstap, skjør selvrespekt og lidelse (Borg og Topor, 2009:25). Redusert helse og funksjon kan gjøre det nødvendig å motta hjelp over kortere eller lengre tid. Om lag halvparten av befolkningen vil en gang i livet få så alvorlige psykiske problemer at de vil trenge profesjonell hjelp (Almvik og Borge 2010:121). De vanligste plagene er stemningslidelser; depresjon, angstlidelser, misbruk eller avhengighet av rusmidler.

I følge A. Antonovsky vil sykdommer ha ulike konsekvenser for ulike personer, og derfor må helsepersonell interessere seg for de individuelle opplevelsene av smerte, tap, selvrespekt og lidelse (Almvik og Borge, 2010:55). Det å være menneske innebærer å ha ønsker og mål. Felles for mennesker som søker hjelp for sine psykiske problemer, er at de opplever mangel på mestring på ulike områder i livet sitt (Espenes og Smedslund, 2001:119).

2.3 Etikk

FNs Verdenserklæring om menneskerettigheter art.1 erklærer at *alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter. De er utstyrt med fornuft og samvittighet og bør handle mot hverandre i brorskapets ånd.* Du skal gjøre mot andre som du vil andre skal gjøre mot deg heter det. Den danske teologen og filosofen K. E. Løgstrup sier om relasjoner at man legger noe av sitt liv i den andres hender i forventning om å bli ivaretatt (Bøe og Thomassen 2009:67). Som hjelpere er det viktig å ikke misbruker den mulige makten som ligger i hjelperrelasjoner.

Etikk og moral er i praksis skikk og bruk. Moral er uttrykk for hvordan vi reagerer, bedømmer, beslutter, velger, handler, inntar holdninger, tar ansvar, eller forsømmer vårt ansvar (Barbosa da Silva 2006:233). Etikk er den filosofiske refleksjonen over moral og det moralske liv (Barbosa da Silva 2006:132). Det som kalles normativ etikk er et studium av etiske verdier, normer og teorier som har til hensikt å gi svar på hva som er rett og galt, tillatt, forbudt, plikt, ansvar. Sagt på en annen måte fastsetter normativ etikk idealer og normer for atferd og handling (Barbosa da Silva 2006:134). Helseetikk omfatter alle former for yrkesetikk omhandlende etiske regler, prinsipper og teorier for å løse problemer som er relatert til menneskets helse, velvære og sykdommer (Barbosa da Silva, 2006:14). Det profesjonelle mennesket er pålagt etiske forpliktelser og ansvar gjennom sin profesjon, og det er derfor svært vesentlig at man som profesjonell hjelper har gjort seg noen tanker omkring dette.

Det å jobbe med psykisk syke mennesker, innebærer å jobbe med mennesker i kriser. Det er viktig å være lydhør og stille spørsmål om hva vedkommende ønsker og har behov for. Gode relasjoner bygges ikke uten innsats, og gode relasjoner som motiverer, stimulerer, trygger og ivaretar, bygges ikke uten tillit. Tillit etableres gjennom møter mellom mennesker der respekt, tid og lytting er komponenter. Man må snakke *med* hverandre, ikke *til* hverandre - det er gjennom dialogen at tilliten etableres. Forutsetningen for god omsorg er at relasjonen mellom pleiepersonell og pasient er god (Barbosa da Silva, 2006:13), og det er vår relasjonelle kompetanse vi benytter til å etablere og opprettholde relasjoner. Det er derfor viktig å være seg sin egen, og brukers, relasjonelle kompetanse bevisst. Menneskers relasjonell kompetanse er opparbeidet og etablert gjennom livet, og omhandler den måten vi relaterer oss til andre på. Kjernen i all hjelpekunst er å komme den andre i møte, lytte og være tilstede. Hjelperen må ha en tilstedeværelse med mental, faglig og etisk bevissthet.

De som skal arbeide innen psykisk helsetjeneste bør like kontakt med andre mennesker, ha tålmodighet, være trygge på egen identitet, ha følelsesmessig stabilitet og respekt for andres livsverdier og måter å løse problemer på (Malt et al. 2010:34). Respekt er evnen til å se et annet menneske slik det er, dets individualitet og egenart, og se at dette mennesket kan vokse og utfolde seg ut fra sine egne forutsetninger. Det er viktig å være brukerens refleksjonspartner, mer enn en ekspert (Ellingsen 2002:37), og man må i samarbeidet med mennesker man skal hjelpe, ta stilling til, ikke bare brukerens problemer, utfordringer, reaksjoner og ønsker, men også egne reaksjoner og utfordringer i møtet med brukeren.

I rapporten IS-1315 *Plan for brukermedvirkning* (Sosial- og helsedirektoratet) står det tydelig at *det er viktig at tjenesteutøver har kunnskap om, og forståelse for, brukerens demokratiske rettigheter, og hva som skal til for at medbestemmelsesretten blir reell* (s.10). Dette viderefører et allmenngyldig ideal om at både hjelper og bruker har rett på respekt for sin autonomi (Almvik og Borge, 2010:41). Autonomi kan forstås som selvbestemmelse, og å være en moralsk myndig person innebærer å ta egne valg, og at man selv kan ta ansvar for eget liv og eget beste (Almvik og Borge, 2010:41).
Myndiggjøring har fokus på å finne frem til personens styrke, rettigheter og muligheter eller vedkommendes mangler og behov (Barbosa da Silva 2006:248), men også om å bli møtt som et fullverdig og likeverdig menneske. Både i det å bli tatt på alvor, og det å få hjelp til å tenke positivt om seg selv.

Arbeidet innen det psykiske helsevern byr, uansett profesjon, på en rekke krevende personlige utfordringer (Malt et al. 2010:34), vi kan gripes sterk av livshistorier, og kan komme til å møte sterke følelsesuttrykk fra brukere. Man må være ydmyk i forhold egen begrensede evne til å forstå den andre fullt ut, og ifølge Malt (et al. 2010:34) kan ikke behandlere unngå å påvirkes personlig følelsesmessig av brukeres reaksjoner. Derfor er det i følge Malt (et al.) slik at de som er redde for egne følelser, eller har alt for stort behov for kontroll over andre neppe gode psykiatriske behandlere.

2.4 Mestring

Mestring har sammenheng med positiv tenkning, og handler om å få ting til.
Albert Bandura, som utviklet sosial kognitiv teori, sier at menneskers motivasjon og handlig i stor grad bestemmes gjennom forhåndsvurderinger av resultatforventning og mestringsforventning (Mæland 2002:105). En positiv mestringsopplevelse kan bygge selvtillit og mestringstro, mens en negativ mestringsopplevelse kan bryte ned håpet om mestring, og dermed lysten til å utrette nye forsøk.
Mestringsforventning er likestilt med tiltro til egen evne til å gjennomføre en handling, og nødvendig for initiativet til å forsøke. Resultatforventning er tiltro til at en gitt adferd fører til ønsket utfall. Resultatforventning påvirker motivasjonen til å handle, mens

mestringsforventning påvirker både beslutning og gjennomføring av en handling. Det å oppleve at man har rimelig kontroll over sitt liv er sentralt for selvbildet og mestringsevnen (Mæland 2002:68). Det er to viktige rammebetingelser for mestring; stabile emosjonelle relasjoner til viktige andre, og egne erfaringer om å få noe til (Snoek, 2010:73). Mestringstro er knyttet til opplevelse av sammenheng, og i hvilken grad personen oppfatter verden som forståelig, påvirkelig og meningsfull (Espenes og Smedslund, 2001:116)

2.5 Bedring

Bedring er en prosess ladet med håp om en endring. Uten håpet som følgesvenn blir motivasjonen til situasjonsendring avkortet.
Håp innebærer i følge Herrestad (Herrestad 2009:16) et ønske om at noe skal bli virkelig. Bedring er en individuell prosess som ofte er avhengig av en støttende ytre faktor. Bedringsprosessen handler om personen i hans eller hennes hverdagsliv, og om den sosiale og materielle situasjonen. *Det dreier seg ikke nødvendigvis om å bli kvitt plager og symptomer, men om hva den enkelte vil og ønsker, hvordan vedkommende kan komme dit, og hvordan andre kan hjelpe slik at personen kommer dit han eller hun vil* (Borg og Topor, 2009:27). I følge Malt (et al. 2010:34) tar det ved mange psykiske lidelser lang tid å oppnå bedring, og bedringen skjer gjerne i små steg. Perioder med bedring kan etterfølges av perioder med stagnasjon, og det som for individet oppleves som fremgang, oppleves ikke nødvendigvis oppleves slik av omgivelsene (Borg og Topor, 2009:19).
Patricia Deegan (1988), amerikans psykolog, beskriver bedring som en prosess, en måte å leve på som innebærer å mestre utfordringene ved sine funksjonsbegrensninger og gjenoppbygge opplevelsen av integritet og mening (Borg og Topor, 2009:18).
I helsefremmende og bedringsorientert arbeid er ordet empowerment sentralt. Empowerment kan best oversettes til bemyndigelse, deltakelse og medvirkning, og er essensielt i det helsefremmende arbeidet som en strategi for å styrke enkeltindividets og lokalsamfunnets innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helse og velvære (Storm 2009:22). Psykologen Snyder har utviklet en definisjon av håp som vektlegger håpet som en mental tilstand som forutsetter at man i samspill med andre har fått utviklet en forestilling om at man har evne til å nå mål gjennom egen målrettet handling samt evner å planlegge en

vei for å nå målet (Herrestad 2009:17). Tro på at man kan medvirke til å realisere det man håper på, gir motivasjon, og kan føre til planlegging og handlig for å virkeliggjøre håpet – en mangel på slik motivasjon kan gi en opplevelse av håpløshet (Herrestad 2009:20).
I arbeidet med psykisk syke er det viktig å huske på at det dreier seg om en gruppe svært ulike mennesker vedrørende både utdanning, alder, yrkeshistorie, symptomer, plager, mestringsstrategier, personlig styrke og svakhet, opplevelse av mening og evne til å håndtere stress og belastninger. Alle disse ulikhetene påvirker bedringsprosessen og handlemåten underveis (Borg og Topor, 2009:41).
I følge Borg og Topor (2009:42)er håp, det å ta kontrollen selv, å kunne se en mening i det som skjer, og oppleve noen som støtter ved behov, viktige elementer i en bedringsprosess.

2.6 Tverrfaglig samarbeid

Utgangspunktet i alt psykisk helsearbeid er brukernes behov (Almvik og Borge, 2010:49), og de ulike profesjonene innen psykisk helsetjeneste skal gjennom samhandling bidra til å fremme bedring, mestring og helse.
Tverrfaglig samarbeid er det når ulike faggrupper jobber sammen på tvers av profesjonsgrensene. Det er naturlig at det er brukernes behov som skal være førende for hvordan fagressursene skal utnyttes (Almvik og Borge, 2010:50), og samarbeidsgruppene settes sammen på en slik at de best kan etterkomme brukernes behov.
De ulike profesjonene vektlegger ulike aspekter ved pasientens liv (Skårderud et al. 2010:85), og målet for tverrfaglighet er ikke det samme som å arbeide sammen, men snarere å utvikle en ny viten, en merviten, som den enkelte fagperson ikke kan utvikle alene (Skårderud et al. 2010:57). Mennesker med psykiske lidelser bærer ofte på sammensatte vansker, som får følger for selvfølelse, relasjoner, sosiale og yrkesmessige funksjoner og kroppslige uttrykk (Skårderud et al. 2010:85). Moderne psykisk helsearbeid må utfra denne kunnskapen samarbeide tverrfaglig/flerfaglig rundt og med pasienten.

3.0 Brukermedvirkning og politiske føringer

I innledningen ble det nevnt at politiske føringer satte psykisk helse i fokus, og at økt mestring, selvstyre og brukermedvirkning ble fremhevet som målsettinger. I følgende kapittel belyses brukermedvirkning og de gjeldende lover og politiske føringer.

3.1 Pasientrettigheter og helsepersonellets plikter

Stortingsmelding 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (Sosial- og helsedepartementet) fremhever at det er den enkelte brukers behov som skal legges til grunn for tjenestetilbudene, og organisering av disse. Det skal legges til rette for brukerinvolvering i utformingen av tilbudet, og brukers uavhengighet, selvstendighet og mestring skal fremmes. På bakgrunn av St. meld. nr. 25 (1996-1997) vedtok Stortinget i 1999 *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (1998-2008), en økonomisk forpliktende plan som innebar en styrking og omstrukturering av de psykiske helsetjenestene til et mer desentralisert hjelpetilbud (De overordnede målene for opptrappingsplanen er beskrevet i St. prp. nr. 63 (1997-1998)). Opptrappingsplanen bygger på verdigrunnlag som vektlegger individuell uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. St. meld. nr. 16 (2002-2003) *Folkehelsearbeid i fokus. Forebygge mer, reparere mindre* vil oppnå målsettingen om økt forebygging, gjennom å tilrettelegge for opplevelse av mestring, økt selvfølelse, positivt menneskeverd, og trygghet. Gjennom helselovene (Pasientrettighetsloven, 2001, Helsepersonell loven, 2003, Psykisk helsevernlov, 1999, Sosialtjenesteloven og helse – og omsorgstjenesteloven) har pasientene blitt sikret *rett til å delta* i avgjørelser som gjelder deres egen behandling, *rett til å ha innflytelse* på valg av tjenestene som tilbys, samt pasienter og pårørende har lovfestet *rett til informasjon, råd og veiledning* (Pasientrettighetsloven §3-1). Retten til medvirkning gjelder alle nivåer av helsetjenesten, i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
Underveis i perioden for opptrappingsplanen kom Stortinget med S*t.meld. nr. 25 (2005 - 2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer***.** I meldingen ligger det en forutsetning om at tjenestene skal sikre brukerne innflytelse over tjenestetilbudet og at de skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.

Dette underbygges av sitatet hentet fra St. meld. nr 25 (2005-2006);

Regjeringens mål er å skape trygghet for de som trenger det, slik at brukerne også i fremtiden skal være sikret et godt omsorgstilbud. Tjenestene skal så langt som mulig utformes med utgangspunkt i den enkeltes ønsker og individuelle behov, uavhengig av sosial status, personlig, økonomi, bosted eller boform. Samtidig forventes det individuell aktiv deltagelse (s.6).

I de presenterte statlige føringer og opptrappingsplanen legges det vekt på økt grad av brukermedvirkning, og reduksjon i antall tvangs- og akuttinnleggelser. Dette er viktige føringer og målsettinger og en klar stemme for "hjelp til selvhjelp" fremfor en tidligere paternalistisk holdning i helsevesenet, en holdning der hjelperen visste best, og pasienten var passiv mottaker.

3.2 Hva er brukermedvirkning?

Bruker-med-virkning, bruker med virkning, bruker skal medvirke.
Brukermedvirkning er et perspektivskifte innen psykisk helsetjeneste der fokuset legges på brukers deltagelse, ressurser og rettigheter. Mæland sier (2002:129) at det i helsefremmende arbeid er en sentral målsetning at arbeidet skjer med aktiv medvirkning fra dem det gjelder. Tanken er at brukere som aktivt tar del i egen behandling, lettere lærer å mestre egen livssituasjon, og gjennom dette blir mindre avhengig av helsetjenestene. Brukermedvirkning er en realitet når brukeren deltar sammen med, og på lik linje med, fagkompetansen i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak. Begrepet brukermedvirkning innebærer at den som mottar tjenester har rett til å medvirke til utformingen av tilbudet slik at det mest mulig tilpasses den enkeltes behov (Snoek 2010:142). *Helsepersonell som behandler pasienten med respekt og verdighet, som gir pasienten informasjon om sykdom og behandlingsmuligheter, og som sikrer pasienten deltagelse og "en stemme" i beslutningsprosesser, tilrettelegger for rettferdig pasientbehandling og ivaretakelse av brukermedvirkning* (Storm 2009:21).
Brukermedvirkning utfordrer tidligere behandlingstradisjoner i psykisk helsetjeneste. Tradisjoner der behandleren hadde fasit og pasienten var mottaker (Storm 2009:12).

Brukermedvirkning er en implisitt anerkjennelse av brukerne som kunnskapsrike og erfaringskompetente personer. Dette viser anerkjennelse og respekt for de menneskene som har egenerfaring som tjenestebrukere av helse- og sosialtjenester.
Pasientenes og brukerrepresentantenes opplevelse av å få respekt for egne meninger og avgjørelser, samt opplevelse av likeverdighet i forhold til behandler og tjenesteapparatet, er viktige sider ved brukermedvirkning (Storm 2009:12).
Brukerperspektivet innebærer at det er brukerens behov som skal styre feltet, innenfor det til enhver tid gjeldende lovverk (Andersen og Karlsson, 2011:42).

Brukermedvirkning på individnivå er orientert mot enkeltmenneskets rettigheter og muligheter til å påvirke og delta i beslutninger om planlegging og gjennomføring av tjenester (Storm 2009:27). Brukermedvirkning på systemnivå ivaretas av brukerorganisasjonene (Andersen og Karlsson, 2011:47).
Brukermedvirkning som en overordnet tanke, kan innenfor et spenn innebære involvering av brukere i undervisning, som brukerkonsulenter/erfaringskonsulenter, ansatte i helseinstitusjon eller i forskningsarbeid for å utvikle helsetjenesten.

4.0 Brukerstyrt plass

Brukerstyrte plasser er lavterskeltilbud til brukere med psykiske lidelser. Tilbudet er etablert ved døgnenheter ved distriktspsykiatriske sentre (DPS), og består av faste sengeplasser som er forbeholdt et fast antall brukere. Sengene er reservert til brukerstyrte plasser, noe som innebærer at sengene i perioder kan stå ubrukte, og i perioder jevnt belagt.
Intensjonen for plassene speiles i begrepet ”brukerstyrt plass”. Brukerstyrte plasser skal være en fleksibel løsning innenfor tanken om brukermedvirkning, og med lavest mulig terskel for benyttelse for tjenestebrukeren.
Brukerstyrte plasser er et resultat av økt ansvar til bruker, sammen med tydelige rammer for de brukerstyrte plassene. Dette gir trygghet, forutsigbarhet og tilgjengelighet.
Brukerne kan ved behov for innleggelse kontakte avdelingen direkte, mot tidligere å måtte gå via fastlege, eller legevakt. Dermed slipper brukerne å repetere sin historie ved hver innleggelse, og de trenger ikke begrunne innleggelsesbehovet.
Målet med brukerstyrtplass er å unngå kriser og funksjonsfall i kombinasjon med symptomforverring, og ivareta pasientene på et lavere nivå enn akuttavdeling, samt redusere bruken av tvang. Målet for brukerne er økt innsikt i egen livssituasjon og sykdom, og økt mestring og innflytelse over behandling og eget liv. Når pasienten gjennom innsikt i egen sykdom kan søke hjelp, ivaretar dette både ønsket om brukermedvirkning og tidlig intervensjon (Anda 2010).

Det er etablert brukerstyrte plasser ved flere DPS i Norge. Plassene er etablert utfra samme intensjon (økt brukermedvirkning, redusere tvangsinnleggelser, lavterskeltilbud) men med ulike brukere og rammebetingelser.

4.1 Brukerne

Bildet av brukerne er nyansert. De er mennesker med psykiske lidelser, og har i forlengelse av sin sykdom varierende grad av alvorlige vanskeligheter i sin mestring av livssituasjon og funksjonsevne i forhold til sosiale relasjoner og praktiske utfordringer, og av den grunn varierende grad av behov for hjelp og behandling innen psykisk helsetjeneste. I St. meld. nr.

25 (1996-1997) defineres en bruker som en mottaker av helse- og sosialtjenester, men den definisjonen favner bare et snevert aspekt av det å være bruker.

4.2 Rammene for brukerstyrte plasser

Plassene er etablert ut fra samme intensjon, men med ulike rammebetingelser.
Felles for de brukerstyrte plassene er at de har et begrenset antall liggedøgn (5 døgn). Oppholdet er tenkt til ro, hvile og stabilisering.

Ved opphold på brukerstyrt plass tilbys avdelingens struktur og rytme, støttesamtaler og miljøterapi, hvile, skjerming. Behandlingsintervensjoner unngås, og det er fokus på de viktigste primærbehovene som søvn, ernæring og døgnrytme.

4.2.1. Inklusjonskriteriene

Ved Jæren DPS har de etablert brukerstyrte plasser på en døgnenhet for pasienter med alvorlige psykoselidelser hvor halvparten av brukerne har rus som tilleggsproblematikk. Ved Holmlia DPS har de etablert brukerstyrte plasser for pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser. Andre avdelinger har ikke en slikt diagnosespesifikt brukergruppe, men har et større mangfold blant sine brukere.
For å bli vurdert til brukerstyrt plass er det ved de ulike DPS ulike kriterier. Brukerne skal være kjent fra avdelinen, kunne profittere på korte innleggelser og ha lav voldsrisiko, noen velger å utelukke personer som er under institusjonsliknende omsorg, mens andre avdelinger ser det ikke som hindring at brukerne bor i hel/halvt bemannet bolig, eller er under tvungen psykisk helsevern. Noen DPS inkluderer brukere i samarbeid med kommunen, mens andre DPS velger å inkludere brukere de kjenner godt gjennom tidligere innleggelser på avdelingen.
Man ønsker å betjene de pasientene som kan ha nytte av brukerstyrt plass, og betjene dem på en slik måte at de unngår kraftige svingninger eller fall i funksjonskurven med påfølgende innleggelse på akuttavdeling.

Hver kontrakt vedr brukerstyrt plass er individuell, og den signeres av brukeren, avdelingens overlege, samt en fra ledelsen.

4.2.2 Inn- og utprosedyrer

Ved Jæren DPS er de brukerstyrte plassene et sykepleieansvar, og brukerne tas imot av sykepleiere. Ved avdelingen jeg var praktikant tas bruker imot, og skrives ut, av to personal fra miljøtjenesten. For brukere på brukerstyrt plass utarbeides det ikke sykepleierplan/behandlingsplan, men det gjøres suicidvurdering både på inn og ut samtale. Ved innkomst til, og utreise fra, avdelingen, er kartlegging og vurdering av risikoen for vold, selvskading og suicid vesentlig. Dette gjelder både ved ordinære og brukerstyrte innleggelser. Det er spesielt viktig å kunne gjøre en god suicidvurdering, med tanke på oppfølging av bruker, og dokumentasjon for avdelingens del.
De fleste i miljøtjenesten har fått god opplæring i suicidvurdering, og det er utviklet et suicidvurderingsskjema til bruk ved innkomst- og utreisesamtaler.
Suicidvurderinger er et stort ansvar, og baserer seg både på det kliniske bildet, og den informasjonen bruker gir i samtale.
Det spørres om tanker om suicid før innkomst, i forbindelse med innleggelse, imperative stemmer, tanke om/aktuell selvskading, nedstemthet. Det spørres om utløsende årsak til behovet for innleggelse, kjennetegnene på forverringen, og ønsker og mål for oppholdet. Brukers emosjonelle og kognitive tilstand beskrives; nedstemt, manisk, paranoid, forvirret eller agitert, samt vurdering av grad av kontroll og affekt. Det er graderingsalternativene ingen, lav, middels og høy på alle spørsmål. Etter spørsmålene de kliniske tegnene beskrives; det man ser/observerer, og til sist trekkes, på ovennevnte opplysninger, en slutning vedrørende vold, selvskading og suicid, samt generell forfatning.
Når brukerne skrives ut, stilles de samme spørsmålene, men da avslutningsvis stiller man spørsmål om planer for de nærmeste dagene, om de har mat i kjøleskapet, eventuelt avtaler med noen i nettverket. Det er viktig ved utreise å sette fokus på planene for de første dagene hjemme, få bruker til å tenke ressurser og muligheter.

4.2.3 Tilgjengelighet

Noen avdelinger har karantenetid mellom innleggelsene og begrensninger i innkomsttid, andre avdelinger har åpent hele døgnet, hele uken, både for telefoner og innkomst til avdelingen (dersom ledig kapasitet). Avdelingen jeg har hentet erfaring fra, praktiserte inn- og utskriving alle dager hele døgnet, og ingen karantenetid mellom innleggelsene. Ved Grorud DPS (Skytta) kan innleggelse finne sted alle dager mellom 09-20 og det er 2 uker karantenetid mellom innleggelsene.
Ved Jæren DPS startet de ut med karantenetid mellom innleggelsene, men har senere gått bort fra dette.
Et av kriteriene for å benytte brukerstyrt plass er at man ordner transport selv.

5.0 Drøfting

Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-98)) har hatt kompetanseutvikling, mer funksjonelle samarbeids- og organisasjonsformer, og brukermedvirkning som satsningsområder (Borg og Topor2003:9). Brukermedvirkning på individnivå innebærer i følge Askheim (2009:53) hvordan den enkelte bruker har innflytelse over sine tjenestetilbud og beslutninger som angår eget liv. I følge Hummelvoll (2006:121) er et overordnet mål i arbeidet, å stimulere brukernes egenomsorg og selvtillit og dermed deres tro på å kunne mestre sin livssituasjon. Som behandlere innen helsevesenet er vi forpliktet til å forsøke å hjelpe, og unngå skade (Kolberg 2009:301), vi har plikt til å ivareta, og plikt til å bistå brukeren til å opparbeide seg ansvar for eget liv og egen helse.
Det refereres i Bøe og Thomassen (2009:44) til den amerikanske historikeren og teologen, Ivan Illich, som understreket viktigheten av at psykisk helsearbeid må foregå på brukerens premisser, ut fra hvilke mål og behov brukeren formulerer for seg og sitt liv. Han peker videre på at den det gjelder må være den viktigste i arbeidet for å få tilfredsstilt behovene og oppnå målene, men at arbeidet må skje i et samspill med ressursene i personens nettverk og hjelpeapparat. Målet er at den enkelte forblir herre i eget liv.

Vi er alle sosiale vesener som utvikler oss gjennom kontakt og samvær med andre (Borg og Topor 2009:8) og har behov for å bli hørt og sett, og gjennom dette, anerkjent. Når man ansvarliggjør, og retter fokuset fra diagnoser og sykdom, over på mestring og håndtering, vil individet i større grad måtte bevisstgjøre seg hva som bidrar til mestring, og hva som virker negativt inn, og ut fra denne erkjennelsen søke endring (Almvik og Borge 2010:88).
Når individet ut fra seg selv kan erkjenne behovet for hjelp i tidlig fase av negativ sykdomsutvikling, og veien til hjelp er kortet ned, vil veien til stabilisering og bedring kjennes mer tilgjengelig. Brukerstyrte plasser har i så måte komplettert sin misjon om å være en lett tilgjengelig og brukerrettet tjenste som bidrar til opplevelse av mestring og forhindrer krise.

Når noen er i krise er det fordi deres mestringsmåte ikke strekker til i den situasjonen de er kommet (Kolberg 2009:302), men tar brukerne kontakt før symptomforverringen tar overhånd, vil de erfare mestring i livet på tross av sykdommen. Erfaringene fra Jæren DPS understøtter dette, og bekrefter at dersom brukerne kommer inn tidlig avverges en videre

eskalering av den påbegynte kriseutviklingen gjennom støtte og hvile (Anda 2010). Tytlandsvik og Heskestad fant i sin studie (2009,I:Vård i Norden) at brukerne opplevde økt brukermedvirkning, økt kontroll og økt mestring gjennom sine kontrakter på brukerstyrt plass. Uttalelser som ”mer ansvarlig”, ”bare å vite at plassen er der gjør meg rolig” og ”godt å bestemme selv” sier mye om hva muligheten til å selvbestemme gjør med mennesker. Vi er lett formbare, og takknemlige når vi får virke innenfor våre egne beslutningsønsker.

En bedringsprosess er en individuell prosess, men skapes og utvikles gjennom relasjoner til andre. Det er avgjørende å bli sett på som et helt og verdig menneske (Almvik og Borge 2010:205), og gjennom mulighetene til å benytte de brukerstyrte plassene etter eget behov, opplever bruker selv en verdighet i sitt behov for hjelp. Mange brukere refererer til viktigheten av å få hjelp når man ber om det, og likestiller det med å bli tatt på alvor og sett som et verdig menneske. Dersom et menneske har opplevd å bli respekter, beskyttet, vist omsorg, så får det gjerne tillit til livet og til fremtiden (Vråle, 2001:89).
Gjennom delaktighet i sin egen bedringsprosess blir man også stilt til ansvar for sine valg, og gjennom det bevisstgjort på fremmende og hemmende faktorer for bedring. Gjennom økt følelse av kontroll får brukeren en opplevelse av trygghet.
Tilbudet om brukerstyrt plass gir mulighet for brukeren til selv å benytte tilbudet ved behov, noe brukerne selv også gjennom undersøkelser bekrefter øker deres opplevelse av trygghet, og reduserer stress. Målet er at den hjelpetrengende blir mer autonom i sin tilstedeværelse. De brukerstyrte plassene er en behandling, der brukeren har mer ansvar for selv å kjenne sine behov og formulere dem, og kan anerkjennes for evnen til å søke hjelp.
Mestringen ligger i at bruker oppsøker avdelingen der de brukerstyrte plassene er, og ytrer et behov for innleggelse.

Brukerrollen er i følge Andersen og Karlsson (2011:44-45) en partikulær rolle. Dette betyr at brukerrollen ikke overskygger andre roller personen har (yrkesaktiv rolle, familiær rolle eller utdanningsrolle), at man bruker en tjeneste, og at brukerrollen er tidsavgrenset (uten at sluttdato nødvendigvis er satt). Dette setter forventninger til oss som hjelpere at vi skal se brukerne helhetlig gjennom et anerkjennende perspektiv og en subjekt-subjekt relasjon hvor pasienten kan bli myndiggjort. Det er en naturlig utvikling når brukerperspektivet i stadig større grad tas inn i psykiatrisk praksis (Opjordsmoen et al. 2008:177).

I følge Kolberg (2009:304) er samtalen et av de viktigste redskaper i psykisk helsevern, og det skjer lett at samtalen får en monologisk form fordi den ene parten styrer målsetningen for samtalen. Ut fra kjennskapen vi har om viktigheten av å bli anerkjent, er det særdeles viktig å tenke på at kommunikasjon ved siden av å virke anerkjennende, også kan krenke og skape negativ effekt. Kolberg (2009:304) sier at samtaleformen er et etisk ansvar som krever ekstra følsomhet når vi bruker det som et redskap i kriser. Vi erfarer oss selv gjennom møter med andre (Opjordsmoen et.al. 2005:34), og vi som helsearbeidere har et ansvar for å gjøre møtet med oss best mulig. Når det kommer til stykket, beror nesten alt på relasjonene (Opjordsmoen et al., 2008:21).

Tradisjonene i psykiatrien har tidligere vært ovenfra og ned i forhold til hvem som satt med kunnskapen og hvem som søkte hjelp. Med brukermedvirkningen settes empowerment på dagsorden, og stiller krav til både hjelpere og brukere. Empowerment, myndiggjøring, bygger på tenkningen om at alle mennesker har ressurser og muligheter til å finne egne handlingsstrategier, ha innflytelse, medbestemmelse og oppleve autonomi (Almvik og Borge,2010:47). Brukermedvirkning og empowerment handler om makt over eget liv, gjennom konkret makt over de hjelpetiltakene en er bruker av (Skårderud et al. 2010:45). Det kreves i dag, når brukerstyring skal implementeres på alle nivåer innen helsetjenesten, at det skjer en holdningsendring hos personalet i psykisk helsetjeneste.

Enkeltmennesket er i stor grad et produkt av sine relasjoner til andre (Hylland Eriksen 2002:37)og vår mentale helse avgjøres i stor grad av hvilke nære relasjoner vi var i som barn og er i som voksne (Opjordsmoen et.al. 2008:9). I følge Hylland Eriksen (2002:37) er det uansett samfunn, forholdet mellom person og kollektiv som er avgjørende for det menneskelige liv. Tilværelsen er for alle mennesker en prosess der man deltar i, blir påvirket av, og påvirker andre, gjennom ulik tilknytning. Vår relasjonelle kompetanse er de erfaringer (både gode og dårlige) av samspill med andre som vi har høstet opp gjennom livet. Opjordsmoen (et al. 2008:9) påpeker at de nære relasjonene vi omgir oss med har stor betydning for hvordan vi lever våre liv og hvilken livskvalitet vi oppnår.
I kartleggingen av hvilke relasjonelle aspekter pasientene la vekt på, fant man at personalet skulle være empatiske, interesserte og forståelsesfulle. Videre at personalet respekterte pasientene, brukte tid sammen med dem og skapte et trygt terapeutisk miljø (Opjordsmoen

et al. 2008:134). Sæterstrand (2009) fant at det var viktig at sykepleier hadde evne til å bygge personlige og tillitsfulle relasjoner til brukeren, samt evne å ta i bruk et anerkjennende perspektiv i møte med den andre. Videre fant Sæterstrand at relasjonen mellom pasient og behandler hadde meget viktig betydning for effekten av behandlingen som gis. Man kan trekke linjer til de brukerstyrte plassene gjennom å se på avdelingen som en trygg ramme, de ansatte som noen brukeren kjenner godt, de er ikke fremmede, og avdelingens rutiner er kjent. Dette innebærer at en bruker som tar kontakt for å benytte seg av en brukerstyrt plass vet hva han går til, det er trygge rammer og tilliten er allerede etablert. For mennesker hvis psykologiske apparat midlertidig har gått i oppløsning, vil det være vesentlig med ytre strukturer og trygge omgivelser, tydelighet og forutsigbarhet (Opjordsmoen et al. 2008:104). Sårbare individer trenger varsomme hjelpere med tydelige hensikter og rammer. Siden vi vet at trygg kontakt har bedringspotensiale i seg, kan vi forstå det slik at en trygg kontakt til avdelingen med brukerstyrt plass i seg selv kan være underbyggende for bedringsprosessen, eller i det minste understøttende for å unngå et funksjonsfall. Utfra dette kan man også forstå funnene som sier at 5 dagers opphold på brukerstyrt plass er tilstrekkelig som maks antall døgn, da de fleste brukere kommer kun for å hente seg inn, slappe av og finne igjen roen, og ikke synes å trenge mer enn toppen 3 dager på det (Anda, 2010).

Men hvem legger premissene og rammevilkårene for de brukerstyrte plassene?
Kan det kalles brukermedvirkning når det er rammer for når man kan legge seg inn, når det er kostnader til transport til behandlingsstedet, på tross av at det er brukerstyrte plasser, når det settes begrensninger på antall brukerstyrte plasser.
Er brukermedvirkningen en bløff, når alle rammer, alle premisser legges av hjelpeapparatet? Brukermedvirkning som en trend i tiden, eller reell brukermedvirkning der systemet er tilrettelagt for bruker.
For brukere som ofte har dårlig råd, kunne det kanskje være et alternativ å innvilge et fast antall behandlingsturer pr år, til disposisjon til og fra brukerstyrt plass.
Ville det gjort de brukerstyrte plassene mer brukervennlige? Ville man kunnet si at det var mer brukermedvirkning da?
Kan man allerede nå si at brukerstyrte plasser som virkemiddel i arbeidet med å fremme brukermedvirkning og øke mestring hos psykisk syke brukere har hatt effekt og vært med på

å øke mestring og medvirkning?
Gjennom å se på rapportene for brukerstyrte plasser, kan man tydelig lese at effekten av plassene har vært positiv.

Sluttrapport ”brukerstyrte innleggelser i åpen DPS døgn” av Torleif Ruud og Ellen Hanneborg, samt rapporten ”Brukerstyrte innleggelser – makten skifter eier” fra Tromsø viser begge at formålet med brukerstyrt plass, som er et mer fleksibelt tilbud (i hht St.mld 25) er innfridd. Brukerstyrte plasser er absolutt mer fleksible enn det tidligere eksisterende tjenestetilbudet innen psykisk helsetjeneste, men er det fleksibelt nok?
Hanneborg og Ruud fant at brukerne som var med i prosjektet hadde færre tvangsinnleggelser (det passer til Heskestad og Tytlandsvik sine funn) og de brukerstyrte plassene ble ikke like hyppig brukt som man i forkant hadde antatt. Det viste seg at brukerne hadde hyppigere innleggelser, men det totale antall liggedøgn ble redusert. Man fant at; Flest brukere opplevde økt grad av bestemmelse; flere enn halvparten av brukerne mente at brukerstyrt plass har forebygget andre typer innleggelser; brukerstyrt plass var mindre hyppig brukt enn antatt i forkant; Antall oppholdsdøgn totalt hadde gått ned i løpet av prøveperioden.

Vil trygghet i avdelingen ha betydning for at man klarer å ta kontakt og søke hjelp?
Flere skulle gjerne hatt tilbud om kontrakt på brukerstyrt plass, hva med dem?
Hva er løsningen? Flere brukerstyrte plasser?
En avdeling med bare brukerstyrte plasser?
Hvordan ville det sett ut med en avdeling med flere enn 2 brukerstyrte plasser?

Terskelen for å ring… er det en terskel?? I så fall hva holder brukeren tilbake så han ikke ringer? Det er flaut å ha sunket så dypt at man må trenge hjelp, igjen. Det er flaut å ikke mestre. Det er da det er viktig å se på rutinen som ligger til grunn for de brukerstyrte plassene; det skal ikke stilles spørsmål ved at de melder et behov, man skal bare ønske velkommen om det er ledig plass. Om de kommer fordi de trenger litt selskap eller kjøleskapet er tomt, det trenger ikke vi mene noe om, for de har kontrakt på brukerstyrt plass og kan dermed benytte plassen ved behov. Dette kan vel kalles åpen løsning, frihet til brukeren og tillit i relasjon til brukeren. Dette gir brukeren autoritet i forhold til sitt liv.

Forskning sier om det sosiale at betydning av å bli sett som et helt menneske er stor, og stigmatisering og diskriminering sees på som store hindre for bedring og positiv utvikling. Holdninger og forventninger hos de ansatte er avgjørende for om det oppleves godt å komme inn til et opphold.

Tromsø DPS fikk kvalitetsprisen 2010 for etablering av ”brukerstyrte innleggelser – makten skifter eier”, og det sier mye om hva man ønsker satset på, og hva man har tro på at hjelper. Jæren DPS fikk utfordrerprisen i 2008 og Akuttprisen i 2010. Dette er eksempler til etterfølgelse.

Oppgavens spørsmål var om brukerstyrte plasser bidrar til brukermedvirkning, og svaret på det er ja. Ja, brukerstyrte plasser er med på å fremme brukermedvirkning, ansvarliggjøring og bemyndiger brukeren. Brukeren bemyndiges, selvstyre, integritet og autonomi står som sentrale verdier. Som ansatt er man en ressurs, et supplement, til brukerens egne ressurser og evner, og man står i en relasjon til brukeren som brukerens støtte og refleksjonspartner.

Det er selvfølgelig viktig å utrede i hvilken grad den psykisk syke pasienten/brukeren klarer og er motivert til å være medvirkende i sin egen behandling (Storm:25). Gjennom brukerstyrte plasser stimuleres brukerne til å ta ansvar for seg selv, og velge seg selv.

Forståelse av andre mennesker er ikke noe statisk, men endrer seg gjennom vår omgang med personer, og endringer i vår egen forståelse og innsikt (Ellingsen et al 2002:12) (Forståelse er et alternativ til bruk av makt og tvang, og forebygger utvilsomt utvikling av adferd som kan bli gjenstand for bruk av makt og tvang (Ellingsen et al 2002:12)) Brukerstyrte plasser gir mestringstillit! Det er en viktig egenskap å opparbeide seg.

Det er riktig å spørre seg om resultatene hadde sett annerledes ut om rammene for de brukerstyrte plassene hadde vært endret, eller om inklusjonskriteriene for studien hadde vært annerledes. Noen variasjoner hadde det nok blitt, men der man legger oppmuntrer til empowerment, og viser respekt, kan det antas at man uansett vil oppleve flest positive utfall, og få flest positive resultater.

Fordi dette er en forholdsvis ny måte å jobbe på, er det foreløpig ikke et bredt erfaringsgrunnlag å skissere fra, derfor blir det enda viktigere å stille spørsmål vedrørende erfaringer fra praksis, og trekke sammenlikninger og se om det er likeheter i brukergruppene, om ulikheter i brukergruppene har krevd ulike rammer, og utvalgskriterier har gitt ulike resultater eller behov for rammer av ulike typer.
Hvert enkelt menneske, også de med psykiske lidelser, ønsker å ha et godt liv der de får dekket grunnleggende behov, får bety noe for andre og ha et liv i et meningsfylt fellesskap (Almvik og Borge, 2010:50).
Borge (I:Almvik og Borge, 2010:44) påpeker at når helsepolitiske mål vektlegger selvstendighet eller autonomi som sentrale mål for alle, kan det føre til at det moralske ansvaret for den svake blir svekket. Dette er en interessant tanke å trekke videre, da man kan tenke seg at dersom autonomi og selvbestemmelse stilles som gjeldende mål for alle, vil man kunne tenke seg at det kan slå tilbake på sin gode hensikt med dette at alle har en egen fortjeneste for å ha havnet der de er. Dette vil bli påstander opp mot hverandre, men allikevel kan det være verdt en tanke, hvordan man i så fall ville argumentert for denne tankerekken med de etiske prinsipper som sitt våpen.

Brukermedvirkning er et viktig begrep i psykisk helsearbeid, og i henhold til Heskestad og Tytlandsvik (2008) har etableringen av brukerstyrte kriseplasser ved en sengepost ved et Distriktspsykiatriske senter på Jæren, bidratt til at antall tvangsinnleggelser har gått ned. Det skjedde en endring i innleggelsesmønsteret på pasientene som var med i studien; frekvensen av innleggelsene økte, men den samlede varigheten på innleggelsene avtok (Heskestad og Tytlandsvik 2008:33). Det mest interessante ved denne studien er nedgangen i tvangsinnleggelser, og man kan gjennom det anta at brukerne av de brukerstyrte sengene klarer å hente frem et bedre funksjonsnivå når de selv kan ytre behov for innleggelse, og vite at de har muligheten til en rask plass. Heskestad og Tytlandsvik (2008:35) konkluderer i sin studie med at kontraktbundet rett til å benytte de brukerstyrte plassene økte pasientenes autonomi, og gjennom lett tilgjengelighet økte man brukernes trygghet. Paradokset i undersøkelsen viser at økt tilgjengelighet gir lavere bruk. Det er en gevinst, aller mest for brukerne!

6.0 Avslutning

Som sykepleier har jeg møtt mange flotte mennesker gjennom mitt arbeid, og jeg har blitt utfordret både personlig og faglig. Det er alltid utfordrende med det ukjente, og det er alltid like spennende å møte nye pasienter, bli kjent, gi av seg selv og ikke helt vite hvordan samarbeidet vil gå. Jeg ser det slik at det er samarbeid jeg som sykepleier skal være en del av. Et samarbeid der de delaktige har ulik kompetanse som skal settes sammen for å oppnå best mulig resultat.

Gjennom praksisperioden i videreutdanning i psykisk helsearbeid, møtte jeg kunnskapsrike, humoristiske og flotte mennesker, med den fellesnevneren at de av ulike grunner har tilknytning til, og behov for hjelp fra, psykisk helsetjeneste. Alle har særegne ressurser og glimt av håp, og jeg har vært så heldig at jeg har fått ta imot både tunge stunder, men også fått dele samtaler der håp, her-og-nå-opplevelser, og glede har hatt plass.

Jeg har stått til rådighet, og brukt meg selv som redskap i møte med mennesker, og at de har villet benytte meg som samtalepartner, turfølge og taus følgesvenn, gjør meg ydmyk, takknemlig og øker min selvtillit både som fagperson og privat. I møtet med dem jeg har vært ansvarlig for å hjelpe, har jeg alltid fått merkunnskap og erfaring som lønn. Jeg støtter meg til Almvik og Borge (2010:50) som sier at man som hjelper blir mer medvandrere enn eksperter på brukernes lidelse, noe som gir påminnelse om at egen læring og innsikt utvikles gjennom erfaring og refleksjon.

Livet leves forlengs, men erfares baklengs sies det, og gjennom det vil fortiden alltid kunne læres av, men ikke forandres, og fremtiden ikke læres av, men påvirkes. Med det i tankene blir livet en reise i refleksjoner over fortiden for å hente kunnskap til å mestre fremtiden. Gjennom refleksjon i relasjoner øker man dermed sin kunnskapsbase og utvikler sin mestringsevne.

Målet med oppgaven har ikke vært å få svar på alle spørsmålene, men å stille dem.

Slik viktigheten av en taus tilstedeværelse ikke skal undervurderes som terapeutisk virkemiddel i relasjon til psykisk syke mennesker, skal ikke spørsmålenes virkning undervurderes som motiverende bidrag til den enkeltes etiske refleksjon, og søken etter svar.

LITTERATURLISTE

Almvik, A. og Borge, L. (red.) (2010) Psykisk helsearbeid i nye sko. Fagbokforlaget. 3.opplag 2010.

Anda, S.O. (2010) Åpen innleggelse gav bedre liv. I: Tidsskrifte for Norsk Psykologforening (2010) Vol. 47, nr.1 (35-37).

Andersen, A.J.W. og Karlsson, B.E. (red.) (2011) Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid. Universitetsforlaget.

Askheim, O.P. (2009) Brukermedvirkning – kun for verdig trengende? Om brukermedvirkning på rusfeltet. I: Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol.6 Nr.1 :52-59

Barbosa da Silva, A. (red.) (2006) Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid. Gyldendal Akademisk.

Borg, M., og Topor, A. (2009) Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Kommuneforlaget. 2. utgave, 2. opplag 2009.

Bøe,T.D. og Thomassen, A. (2009) Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk. Universitetsforlaget. 2. opplag 2009.

Ellingsen, K.E., Jacobsen, K., Nicolaysen, K. (red.) (2002) Sett og forstått. Alternativer til tvang og makt i møtet med utviklingshemmede. Gyldendal Norsk Forlag AS

Espenes, G.A. og Smedslund, G. (2001) Helsepsykologi. Gyldendal Norsk Forlag AS

Hanneborg, E. og Ruud, T. (2011) Sluttrapport ”Brukerstyrte innleggelser i åpen DPS døgn”. Et samarbeidsprosjekt mellom Grorud DPS, bydelene Grorud og Stovner samt Nitteda kommune. August 2009 – desember 2010.

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., Løkke, J.A. (2009) Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle. Gyldendal Akademisk. 3.utgave, 1. opplag 2009.

Helland, B.M. og Sollied, L.I. (2010) Brukerstyrte innleggelser – makten skifter eier. Veien til mestring av eget liv?. Døgnenheten Tromsø. Delprosjekt av Norsk Sykepleierforbunds nasjonale kvalitetsprosjekt ”Med pasientens øyne”2008.

Herrestad, H. (2009) Om begrepet håp. I: Suicidologi (2009) Årg.14, nr.1 (16-20)

Hummelvoll, J.K. (2004) HELT - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Gyldendal Norsk Forlag AS. 6. utgave, 1. opplag.

Hummelvoll, J.K. (2006) Verdiundersøkende samtaler i lokalsamfunnsbasert psykisk helsearbeid. Tidsskrift for psykisk helsearbeid Vol 3, Nr. 2: 116-129

Hylland Eriksen, T. (red) (2002) Flerkulturell forståelse. Universitetsforlaget. 2.utgave, 2. opplag.

Kolberg, C. (2009) Hvordan kan vi unngå at psykisk helsevern skader mer enn det hjelper? Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol.6 nr.4 : 301-309

Lorem, G. (2006) Samspill i psykisk helsearbeid. Forståelse, kommunikasjon og samhandling med psykisk syke. Cappelen Akademisk Forlag

Malt, U.F., Retterstøl, N., Dahl, A.A. (2010) Lærebok i psykiatri. Gyldendal Akademisk. 2.utgave 2003, 8. opplag 2010.

Mandelid, L.J. (2009) Mulighetene i et bedringsorientert psykisk helsevern. I: Tidsskrift for psykisk helsearbeid (2009) nr.03 (234-240)

Mæland, J.G. (2002) Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis. Universitetsforlaget.

3.opplag 2002

Norvoll, R. (red.) (2002) Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon. Gyldendal Norsk Forlag AS

Opjordsmoen, S, Vaglum, P., Bloch Thorsen, G.-R. (red.) (2008) Oss i mellom. Om relasjonenes betydning for mental helse. Hertervig Akademisk

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E. (2010) Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn. Gyldendal Akademisk

Snoek, J. E. (2010) Møtet med ”den andre”. Om psykisk helsearbeid i kommunen. Akribe AS

Storm, M. (2009) Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Gyldendal Akademisk.

Sverdrup, S. (2009) Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. I: Tidsskrift for psykisk helsearbeid (2009) Vol. 6, nr.4 (339-348)

Sæterstrand, T. (2009) Virksomme relasjoner i psykiatrisk sykepleie. I: Klinisk sygepleje (2009) Årg.23, nr.3 (4-11)

Tytlandsvik, M. og Heskestad, S. (2008) Brukerstyrte kriseinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse. I: Tidsskrift for Den Norske Legeforening (2008) nr.1 (32-35)

Tytlandsvik, M. og Heskestad, S. (2009) Erfaringar med brukarstyrt innlegging ved psykosepost – ein kvalitativ evalueringsstudie. I: Vård i Norden (2009) nr.1 (49-51).

Ulvestad, A.K., Henriksen, A.K., Tuseth, A-G., Fjeldstad, T. (red.) (2008) Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid. Gyldendal Akademisk. 1. utgave, 2. opplag.

Lover, forskrifter og veiledere

St. meld. nr. 16 (2002-2003) Folkehelsearbeid i fokus. Forebygge mer, reparere mindre.

St. meld. nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo: Sosial og helsedepartementet

St. meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Oslo: Sosial og helsedepartementet

St. prp. nr. 63 (1997 – 98) Om opptrappingsplan for psykisk helse (1999 – 2006). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene

Rapport IS-1315 Plan for brukermedvirkning. Sosial- og helsedirektoratet