



Stykkevis og delt

OM KVALITETSUTVIKLING I PSYKISK HELSEARBEID

Stykkevis og delt

FORPROSJEKT OM KVALITETSUTVIKLING I PSYKISK HELSEARBEID

Utarbeidet av

Rådet for psykisk helse

På oppdrag fra Helsedepartementet og Sosial- og helsedirektoratet

Utgitt juli 2003

Revidert utgave

Oslo, februar 2004

Innhold

	Stykkevis og delt forprosjekt om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid - forord	7
1	Stykkevis og delt – sammendrag	8
2	Innledning	9
2.1	Bakgrunn	9
2.2	Mandat	9
2.3	Mål	9
2.4	Metode, kilder og avgrensninger	10
2.5	Hva er kvalitet?	10
2.6	Oppsummering og tiltak	12
3	Brukerperspektiv	13
3.1	Hvem er brukeren?	13
3.2	En verdi og et virkemiddel	13
3.3	Brukermedvirkning for den enkelte	14
3.4	Brukermedvirkning på systemnivå	16
3.4.1	Utfordringer på systemnivå	18
3.4.2	Brukermedvirkning i utdanninger	18
3.5	Oppsummering og tiltak	18
4	Organisering og diskontinuitet	20
4.1	Veien inn i hjelp	20
4.1.1	Forløpet forteller om systemets kjennetegn	21
4.2	Arbeidsdelingen har utgangspunkt i døgninstitusjonene	22
4.2.1	Kommunene som utgangspunkt	22
4.3	Behandlingskjeder eller behandlingsnettverk	24
4.4	Oppsummering	24

5	Samarbeid	25
5.1	Samarbeid mellom brukere og tjenester	25
5.2	Samarbeid mellom tjenestesteder	26
5.2.1	Individuell plan	26
5.2.2	Samarbeid gjennom samordning	27
5.3	Oppsummering og tiltak	27
6	Kultur	28
6.1	Institusjonskultur	28
6.1.1	Makt og avmakt i institusjon	30
6.2	Kulturen i kommunale tjenester	30
6.3	Distriktpsikiatrisk senter	30
6.4	Kan retningslinjer endre kultur?	31
6.5	Oppsummering og tiltak	31
7	Rettigheter	33
7.1	Tvang	34
7.2	Pårørendes rettigheter ved tvangsbruk	35
7.3	Oppsummering og tiltak	35
8	Psykisk helsearbeid for et nytt århundre	37
8.1	Elementer i nytt psykisk helsearbeid	37
8.1.1	Brukerens oppfatninger og ønsker	37
8.1.2	Nettverket og pårørende involveres positivt	37
8.1.3	Behandlerinvolvering	38
8.1.4	Kontinuitet	38
8.1.5	Lokalbaserte tiltak	38
8.1.6	Redusere vektlegging av medisiner	39
8.2	Prinsipper for en brukerorientert tjeneste	39
8.3	Oppsummering og tiltak	40
9	Å snu feltet på hodet eller ned på bena	41
10	Referanser	42

Stykkevis og delt

Forprosjekt om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid

FORORD

I forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse er det viktig å ta et overblikk over tjenestefeltet for å se på problemområder og forbedringsmuligheter i forhold til kvaliteten på tjenestene. Hvilke tiltak kan åpne for at brukere opplever tjenester de synes fungerer bedre, og bidra til økt brukermedvirkning, innvolvering av pårørende, og mobilisering av eksisterende ressurser i og omkring mennesker med psykiske lidelser?

Rådet for psykisk helse fikk et vidt mandat av Helsedepartementet i dette arbeidet. Det har vært både et privilegium og et umulig mål å skulle drøfte, vurdere og foreslå i forhold til et tema med så stor bredde som «kvalitet i tjenestene for mennesker med psykiske lidelser». Derfor vil mange kunne savne viktige innfallsvinkler, utdypinger, momenter, dilemmaer og hjertesaker, og gi gode grunner for det.

Rådet for psykisk helse har et bredt utgangspunkt som paraplyorganisasjon, og Helsedepartementet ga forprosjektet et bredt mandat. Vi opplever at dette har gjort det mulig å oppdage enkelte større linjer og dilemmaer, som kanskje lett kommer ut av fokus hvis man er konsentrert om en tjenestetype, en brukergruppe eller ett forvaltningsnivå.

Bruker- og pårørendefortellingene viser at det haster med å videreutvikle kvaliteten i tjenestene; endre forhold som skaper utilstrekkelig kvalitet, og stimulere det store kvalitetspotensialet som finnes. Vi håper at forprosjektet og videre arbeid med ideer og feltforståelse fra denne rapporten kan bidra til en utvikling som gir mennesker med psykiske lidelser tjenester som oppleves som kvalitativt gode, og at mange aktører vil ønske en rolle for seg innenfor de innsatsområdene vi legger vekt på i denne rapporten. Denne utgaven er revidert på basis av tilbakemeldinger fra Sosial- og helsedirektoratet.

I Rådet for psykisk helse har prosjektleder Olav Nytingnes hatt hovedansvaret for å gjennomføre forprosjektet.

Oslo, februar 2004
Rådet for psykisk helse

Tor Øystein Vaaland
generalsekretær

Sunniva Ørstavik
ass. generalsekretær

I Stykkevis og delt – Sammendrag

Brukeres og pårørendes historier fra tjenester for mennesker med psykiske lidelser inneholder blant annet umyndiggjøring, manglende brukermedvirkning, opplevde krenkelser, manglende samarbeid og for lite bruk av ny kunnskap. Brukeropplevelsen av tjenestekvaliteten er sentral for å forstå hvordan tjenestesystemene fungerer og kan forbedres. Kvalitet er ofte definert med utgangspunkt i fag eller tjenestested, mens brukerorienterte vurderinger fremhever opplevde, lokale dilemmaer og peker tydeligere på konkrete forbedringsmuligheter.

Brukermedvirkning er en verdi og et satsingsområde, men tjenestefeltet har ikke lyktes i å foreta en tilstrekkelig bred og dyp gjennomføring av brukermedvirkning. Brukermedvirkning for den enkelte bruker innebærer at man bryter med viktige behandlingstradisjoner knyttet til asylsuverenitet, lovlig tvangsbruk, kontroll, paternalisme, tolkning inn i et sykdomsbilde og prioritering av symptomarbeid fremfor naturlige behov. Brukermedvirkning innebærer også at brukere skal delta på alle arenaer der det fattes beslutninger om tjenestene for mennesker med psykiske lidelser, noe som ikke er gjennomført.

Tjenestetilbudet har preg av organisert diskontinuitet; tjenester utgjør ingen helhet, noe som ofte er problematisk for brukere og pårørende. I og med at brukeren alltid vil ha kommunal tilhørighet, bør tjenestetilbudet vurderes og forstås med utgangspunkt i kommunenivået, og i brukerbehov. Det ser i tillegg ut til at det er lettere å få til brukermedvirkning når tiltakene er lokalbaserte.

Samarbeidet mellom brukere og tjenester må endres for å gi rom for brukermedvirkning. Dette innebærer også at ansatte må endre sin rolleutforming, og at makten i hjelperelasjonen må brukes annerledes. Individuell plan er et redskap som gjør det mulig å skape brukermedvirkning og bedre koordinering av ulike

tjenester, men det er mange fallgruver og varierte erfaringer så langt. Lokale tjenester opplever fortsatt at mange premisser legges av døgnavdelingene.

Brukerfortellingene vitner om at mange døgnavdelinger har negative systemkulturelle trekk, for eksempel avvísning av pårørende, lite samarbeid med kommunale tjenester og kontroll av brukere. Institusjonelle rammer kan bidra til avmaktsopplevelse både hos brukere, ansatte og pårørende. Kommunale tjenester og distriktpsikiatriske tjenester ser ut til å oppnå større grad av brukermedvirkning, selv om hele feltet også preges av at kvaliteten på alle typer tjenester varierer.

Det kan se ut som om pasientrettighetsloven inneholder intensjoner og rettigheter som ikke er fullt ut realisert for mennesker med psykiske lidelser. Aktuelle eksempler er rett til å skifte behandler, rett til fornyet vurdering hos annen spesialist, rett til å beslutninger om inngripende utredning og behandling treffes i samråd med pårørende hvis samtykkekompetanse mangler. Norges omfattende bruk av tvangsinnleggelser er et problem, og mange døgnavdelinger ser ikke ut til å fungere som organisasjoner som stadig optimerer kvalitet og minimerer tvangsbruk.

Summen av kvalitetsdiskusjonen antyder at det bør utvikles nytt psykisk helsearbeid som organiseres ut fra brukers og pårørendes ønsker og ressurser og kontinuitet for brukeren. Viktige forhold er å bruke elementer fra spesialisthelsetjenesten på kommunale arenaer, behandlerinvolvering, økt vekt og verdsetting av lokaltilknytning og kontinuitet for brukeren.

Forsøket på å observere feltet i sin helhet har fått oss til å se at mange vanlige forankringer og utkikkspunkter i feltet bidrar til at viktige kvalitetsforhold havner i skyggen. Ved å ta utgangspunkt i bruker, det lokale og tenkning fra oppvekstfeltet supplerer og beriker man feltforståelsen.

2 Innledning

2.1 BAKGRUNN

Utgangspunktet for Forprosjekt om kvalitetsutvikling (KUP) er brukeres og pårørendes egne erfaringer fra møter med hjelpeapparatet. Deres fortellinger handler ikke sjelden om opplevelse av manglende mulighet til å delta og en følelse av umyndiggjøring. Det er også for mange fortellinger om krenkende opplevelser i møtet med hjelpeapparatet. Et annet problem er at systemene ikke samarbeider, slik at tjenestetilbudet blir fragmentert og lite helhetlig, og slik at man stadig må fortelle sin egen historie til nye personer og instanser. Til sist mener mange at det mange steder ikke praktiseres etter beste eller nyeste kunnskap, eller rett type kunnskap. Brukermedvirkning og respekt bidrar til å sette søkelys på brukerens rettigheter, det innebærer viktige etiske refleksjoner og prinsipper og står i et motsetningsforhold til viktige kulturelle og tradisjonelle elementer i tjenester for mennesker med psykiske lidelser. Men det er også viktig å huske at mange brukere opplever å få tilstrekkelig hjelp, og at det også finnes fornøyde brukere i alle deler av tjenesteapparatet, selv om dette arbeidet konsentrerer seg om det som kritiseres og oppleves å fungere dårlig.

De siste årene har Opptrappingsplanen for psykisk helse vært rammen om endringer i og satsing på tjenester for mennesker med psykiske lidelser. Men andre forhold virker også inn. Foretaksreformen innebærer store endringer i hele spesialisthelsetjenesten, og den generelle samfunnsutviklingen endrer viktige rammebetingelser for befolkningen generelt, for mennesker med psykiske lidelser og for tjenestene. Foretaksreformen berøres indirekte under punktene om tiltak og under punktene om identifisering av problemområder, men den generelle samfunnsutviklingen faller utenfor rammene for denne rapporten. Opptrappingsplanen for psykisk helse har lagt vekt på kvantitet av tjenester og strukturendringer i tjenester for voksne, men behovet er ikke bare mer av det samme. Innholdsforhold og kvalitet er også viktig for opplevelse og resultat av tjenestetilbudet.

Rådet for psykisk helse forener ulik kompetanse på feltet – fra så vel profesjonshold som fra brukere, pårørende og forskningsmiljøer. Forprosjektet trekker inn Rådet for psykisk helses samlede kompetanse og erfaringsgrunnlag til å identifisere og drøfte de viktigste forhold i psykisk helsearbeid i Norge som er relevant for brukernes opplevelse av kvalitet. Brukeres og pårørendes perspektiv og medvirkning har vært viktige premisser for arbeidet, og historier og vurderinger fra brukere innleder derfor mange tema.

2.2 MANDAT

Mandatet til kvalitetsutviklingsprosjektet har vært å bruke Rådet for psykisk helses kompetanse, posisjon og forbindelser til å identifisere mangler og svakheter, og til å identifisere gode ideer og mulige tiltak som kan bidra til bedre kvalitet i tjenester for mennesker med psykiske lidelser. Dette er et bredt mandat med få konkrete føringer i forhold til virkemidler eller områder som skal vurderes. Oppdragsgiver har gjort det klart at resultatet av prosjektet skal være uavhengig av myndighetenes eventuelle interesser, og vi har stått fritt til å legge frem en situasjonsbeskrivelse som også kan innebære kritikk av det etablerte tjenestetilbudet. Forprosjektet gir en feltbeskrivelse og peker på problemer og muligheter for kvalitetsforbedring.

2.3 MÅL

Det overordnede målet for forprosjektet «Kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid» er å utvikle felt- og prosjektbeskrivelser som kan bidra til å skape et kvalitativt bedre tjenestetilbud. Vi ønsker svar på hva det er med hjelpeapparatet som bidrar til at kvaliteten på tjenestene blir svakere enn nødvendig, og at møter med hjelpeapparatet kan oppleves krenkende, og vi vil bidra til at Norge ikke bare får et bredt og omfattende tjenestetilbud, men også et tjenestetilbud som vi kan være stolte av!

Både brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid har hatt mer preg av honnørord og verdierklæringer enn av at de har gitt faktiske endringer i praksis. Vi trenger kvalitative endringer i tilbudet som kan endre brukeres og pårørendes negative opplevelser. Det er ikke usannsynlig at en slik endring også kan føre til bedring både i behandlingsresultater og livskvalitet hos brukergruppen. Også fagfolk opplever det utilfredsstillende hvis de yter tjenester som ikke oppleves som gode av dem de er ment for.

Forprosjektet gir en feltbeskrivelse og peker på problemer og muligheter for kvalitetsforbedring. Med utgangspunkt i kvalitetsproblemene som vi ser, har vi valgt å peke på og konkretisere noen mulige innsatsområder og tiltakstyper som kan bidra til å styrke opplevd kvalitet for brukere av tjenester for mennesker med psykiske lidelser, uten at vi har hatt mulighet til å kartlegge alle eksisterende tiltak eller søknader. Aktuelle innsatsområder ut fra denne rapporten overlapper derfor pilotvirksomhet og foregangsprosjekter, prosjektsøknader og satsingsområder som er i en tidlig fase. Det vil være mer nærliggende at andre aktører enn Rådet for psykisk helse setter i verk og driver mange slike tiltak og prosjekter,

men under forprosjektarbeidet har vi brukt det brede mandatet til å foreslå slike innsatsområder og tiltak. Vi understreker at disse tiltaksskissene er en invitasjon til ulike aktører i feltet, for eksempel brukerorganisasjoner, yrkesorganisasjoner, tjenestesteder og undervisningsinstitusjoner, til å bli med i en satsing på kvalitet i tjenestene for mennesker med psykiske lidelser. Vår visjon er å forene ulike aktører på psykisk helse-feltet i et bredt løft for økt kvalitet i tjenestene. Vi ser også at mange problemstillinger ikke begrenser seg til helsefeltet, noe som gjør det nødvendig at også andre deler av samfunnet arbeider sammen med brukere for å sikre situasjonen til mennesker med psykiske lidelser. Men vi har i liten grad gått inn i slike diskusjoner eller tiltaksskisser.

2.4 METODE, KILDER OG AVGRENSNINGER

Det brede mandatet har gitt betydelig frihet til å betrakte større systemforhold og diskutere rammebetingelser og forhold som ellers sjelden problematiseres. Flere av disse forholdene er kompliserte, utilstrekkelig forstått eller lite undersøkt. De burde ideelt sett vært bedre underbygget og kunne vært gjenstand for en rekke utredninger og forskningsprosjekter.

De kildene som er brukt for å skape feltforståelsen i dette dokumentet er:

- Samtaler med representanter for pårørendeorganisasjoner og brukerorganisasjoner
- Skriftlig materiale fra pårørende og brukerorganisasjoner
- Muntlige og skriftlige* historier fra pårørende og brukere
- Rådet for psykisk helsekontakter fra profesjons-, forsknings-, klinikk- og brukersiden
- Samtaler med ansatte i tjenestefeltet
- Offentlige utredninger og offentlige myndighetsorganer
- Faglitteratur inkl. søk og gjennomgang av materiale i Cochrane-biblioteket

* De viktigste kildene er Austrem 1999, Berg 2002, Bjørgen og Johansen 2002, Borg 2001, Borg og Topor 2000, 2001, 2003, Holte 2002, Kogstad 2002

Vi har lagt betydelig vekt på oppsamlede erfaringer fra pårørende og brukere i deres organisasjoner, og på opplevde aspekter og opplevd kvalitet ved tjenestesystemene. Det er vanskelig å sikre at enkeltkilder er representative for feltet eller for sitt område. Derfor har vi forsøkt å underbygge og finne sammenheng ved hjelp av andre kilder, og kanskje å finne forståelsesmåter som kan gi mening til uenighet. Slik søkte vi å gjøre forprosjektet til en arena for aktuelle aktører i feltet og ønsket at dette skulle bidra til å kunne sette ord på forhold og momenter som har vært skjult eller uartikulert mellom de vanlige tematiseringene av feltet.

Brede problemstillinger som organisering og kultur strukturerer disposisjonen av stoffet for å bidra til at stoffet forankres i brukerperspektivet og ikke i tjenestestedsperspektiver. Dette fører til at en del forhold, for eksempel om brukermedvirkning og forhold ved døgnavdelinger, er relevante og tas opp under flere kapitler. Vekten på fortellinger fra pårørende og brukere bidrar også til at vi ikke fokuserer på økonomiske og administrative betingelser for det enkelte tjenestested. Dette er forhold som ansatte ofte peker på som hemmende og frustrerende rammebetingelser, og de er i liten grad drøftet for sin egen del i denne rapporten, selv om overordnede administrative forhold er relevante for flere problemområder og tiltak. Rapporten er heller ikke i særlig grad vinklet mot typer av psykiske lidelser eller diagnoser, men mange av forholdene som diskuteres i rapporten, har bred gyldighet. Mange utfordringer, feltbeskrivelser og dilemma for kvalitet gjelder både tjenester for barn, unge og voksne. Men oppvekstfeltet har også en del tradisjoner, dilemma og rammebetingelser som skiller seg fra voksenfeltet. Det har ikke vært mulig å gi oppvekstfeltet en helhetlig og selvstendig gjennomgang innen rammene av forprosjektarbeidet. En helhetlig gjennomgang av oppvekstfeltet med henblikk på kvalitet ville vært ønskelig. Ved enkelte forhold der oppvekstfeltet skiller seg spesielt ut, trekkes dette frem.

2.5 HVA ER KVALITET?

Kvalitet betegner innhold, utførelse eller egenskaper ved en ting eller en tjeneste. En sentral forutsetning for at innholdet i en tjeneste er relevant, er at den finnes og har en akseptabel tilgjengelighet. Tilgjengelighet er knyttet til kvantitet, men innebærer mange forhold som brukere og pårørende mener skiller god og dårlig kvalitet, og som er en forutsetning for at innholdskvalitet skal bli relevant. Mange tjenester for mennesker med psykiske lidelser er mye etterspurt, har ventetid, kapasitetsproblemer og underforbruk. Derfor er muligheten til å få en tjeneste innen rimelig tid, uten lang reise og uten for mange formaliteter viktige kvaliteter.

TILGJENGELIGHET

Tjenesten eksisterer*

Tjenesten har en kapasitet som svarer til behovet*

Tjenesten har en beliggenhet som gjør den reelt sett tilgjengelig*

Tjenesten har en henvisningsprosedyre og rekruttering som gjør den reelt tilgjengelig for målgruppen

INNHOOLD

Tilstrekkelig omfang i tid for den enkelte pårørende og bruker*

Tjenestene har et innhold som svarer til brukerens behov

Tjenestenes innhold er rimelig faglig oppdatert

Bruker og pårørende kan påvirke i møtet med tjenesten

Pårørende er involvert

Pårørende og bruker blir tatt på alvor

Pårørende og bruker blir trodd og respektert

Pårørendes og brukers opplevelse og oppfatning gis betydning

Møter mellom bruker og tjeneste inviterer til

brukermedvirkning

Pårørendes og brukerens samlede ressurser blir brukt i tiltakene

Bruker og pårørende påvirker tiltakene og tilbudet

Brukers vurdering av tjenestene etterspørres og brukes til kvalitetsutvikling

Tjenesteyter involverer seg i den enkelte bruker og pårørende

I tillegg til tilgjengelighet er relasjonskvaliteter, organisering, samordning og kunnskapsbruk områder som ofte beskrives når brukere, pårørende og ansatte snakker om kvalitet.

* Egenskapen har kvantitativt preg

Sosial- og helsedirektoratet utdyper kvalitetsbegrepet for helsetjenesten slik (SHdir 2003 s. 31): «Det er god kvalitet når:

- Beslutninger om behandling, forebygging, pleie og omsorg baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak
- Risikoen for feil og uønskede hendelser er redusert til et minimum
- Tiltak er samordnet og preget av kontinuitet
- Brukerens erfaringer og kompetanse legges til grunn for tjenestene
- Ressursene er utnyttet på en slik måte at brukeren og samfunnet får mest mulig gevinst
- Innsats og ressurser i det samlede tjenestetilbudet er rettferdig fordelt»

I tillegg må man vektlegge de mellommenneskelige kvaliteter som oppstår mellom bruker og ansatt i «serviceøyeblikket» (SHdir 2003 s. 31). Vi har lagt sterk vekt på brukernes vurderinger av tjenestene, og der er serviceøyeblikket et av flere viktige aspekter. Brukerfortellingene vitner om store forbedringsmuligheter på mange av kvalitetsdimensjonene SHdir nevner.

GODT EKSEMPEL:

Prosjektet «Kvalitetsforbedring gjennom brukererfaring» i Sør-Trøndelag var organisert innenfor Mental helse, der mennesker med brukererfaring jevnlig gjennomførte gruppeintervjuer med brukere av en tjeneste (Björger & Johansen 2002). Innspillene fra gruppeintervjuene fikk frem forhold som en gruppe av brukere opplever som viktig, og hva de mener er forbedringspotensial på det enkelte tjenestested. Innspillene fra gruppeintervjuene var blant annet at informasjon ble gitt tilfeldig, at innleggelsesprosessen tok for lang tid, at nytten av en reinnleggelse ville bli bedre ved å komme til samme avdeling og helst samme behandlingsteam, og at det er viktig å kunne skifte behandler. Brukerne opplevde press for å ta medisiner, at medisinene ikke virket som de skulle, at dosene var for store med sterke bivirkninger, og at oppfølgingen var dårlig. Informasjonen er kvalitativ, og den oppsummerer flere brukeres erfaringer med et konkret tjenestested.

Manglende kvalitet eller forbedringspotensial defineres ofte som gapet mellom det som kan gjøres i henhold til beste kunnskap, og det som faktisk blir gjort (Mathisen & Føyn 2002). Ulike aspekter ved kvalitet er uavhengige av hverandre, slik at man kan ha fornøyde brukere av faglig svake tjenester, eller man kan ha høy faglig standard, men lav tilgjengelighet (Statens helsetilsyn 6-2001). Vi har satt brukervurderinger i sentrum i dette arbeidet. Innstillingen om behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten (Helsedepartementet 2002) foreslo tre typer parametere som kunne brukes til å vurdere kvalitet: Struktur (for eksempel personale per seng); prosess: hvordan tjenesten lages (for eksempel andel brukere med og uten en gitt intervensjon); og resultat: hva skjer, og hva skjer ikke etter prosessen (for eksempel tilbakefall). Dette er kvalitetsindikatorer som kan telles. Disse eksemplene på kvalitetsmål er forankret i tjenestestedets virkelighet og intensjoner og knyttet til diagnostisert sykdom. De kan måles uten å ta hensyn til brukernes vurderinger av kvalitet, og impliserer at det er mulig utvikle kvalitetsparametere uten brukermedvirkning. Men det er et åpent spørsmål i hvilken grad slike institusjonsutledede kvalitetsparametere er relevante for hvordan pårørende og brukere av tjenesten opplever kvaliteten, og de ivaretar ikke uten videre ambisjonene om brukermedvirkning på alle nivå. Kvalitetsparametere bør forankres i pårørende- og brukervurderinger av hvilke forhold som er relevant for kvaliteten.

Det pågår arbeid i Sosial- og helsedirektoratet som skal gi data om pasientrapporterte erfaringer om informasjon, personale, standard og organisering av sykehuset. Pasienttilfredshet er et kvalitetsmål som setter brukervurderinger i sentrum. Men kvantitative spørreundersøkelser om brukertilfredshet har en tendens til å gi positive svar, særlig når det spørres om brukere er fornøyde (Statens helsetilsyn 6-2001). Mer uavhengige evalueringer, eksterne forskere og kvalitative metoder bidrar til mer kritiske svar (Sørgaard 1996), det samme gjør vurderinger av hendelser fremfor tilfredshet (Statens helsetilsyn 6-2001). Forankring i pårørende- og brukerorganisasjoner er en annen metode som fremhever brukerkollektivet fremfor hensyn til tjenestene.

Vi ser to ulike tilnærminger til kvalitet:

Nasjonalt sammenlignbare data som indikerer kvalitet på forhåndsdefinerte områder, og lokalt brukeropplevde dilemmaer, problemer og forbedringspotensial.

Prosjektet fra Sør-Trøndelag (se godt eksempel) viste at de lokale dataene hadde konkret nytte i utviklingen av tjenestestedene. Nasjonale sammenlignbare data kan bidra til kvalitetsforbedring hvis det som måles står i et nært forhold til opplevd kvalitet. Slike data kan anspore til forbedringer, men informasjon om for eksempel høy tvangsbruk gir lite informasjon om hvilke konkrete bedringstiltak som bør gjennomføres ved det enkelte tjenestested. Lokal brukermedvirkning i evaluering og utvikling av tjenestene er derfor nødvendig for å sikre at pårørende og brukere opplever økt kvalitet av arbeidet med kvalitetsparametere.

2.6 OPPSUMMERING OG TILTAK

I denne rapporten vurderer vi kvalitet mer ut fra pårørendes og brukeres opplevelse av gode og dårlige tjenester enn ut fra tjenestestedsdefinert kvalitet og nasjonale kvantitative data. Brukermedvirkning i kvalitetsvurderingen er viktig for å finne forbedringspotensial og hvordan det effektivt kan realiseres i den enkelte virksomhet.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE:

Lokal brukerforankret kvalitetsvurdering

Erfaringene fra brukerforankret kvalitetsarbeid utvides og prøves ut flere steder og tas med som en viktig strategi i det videre arbeidet med kvalitetsforbedring og kvalitetsparametere.

3 Brukerperspektiv

Brukerperspektivet innebærer å se fra brukers ståsted og står i motsetning til å treffe avgjørelser utelukkende på basis av tjenestestedsperspektiver og faglig kunnskap (Rønning & Solheim 1998). Tidligere forsøkte man som regel å ivareta brukerperspektivet ved at ansatte forsøkte å tenke seg brukernes opplevelser og interesser. At brukeren selv skal medvirke og påvirke, er gradvis blitt viktigere i føringer for offentlige tjenester, og ifølge Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63, 1997–98) skal tjenestene legge til rette for at den enkelte bruker medvirker i forhold til sitt eget tjenestetilbud, og for at brukerorganisasjoner skal kunne medvirke på systemnivå der det treffes beslutninger om tjenestene. En spesiell og sterk form for brukarmedvirkning er brukerstyring. Brukerstyring innebærer at brukerne selv i stor grad skal ta beslutninger om tjenester, for eksempel i brukerstyrte aktivitetstiltak eller i brukerstyrt personlig assistanse. Vi ser først på hvem brukeren er, deretter på brukarmedvirkning for en enkelt bruker i møte med tjenestene, og til slutt på brukarmedvirkning på systemnivå.

3.1 HVEM ER BRUKEREN

Brukere og pårørende er ikke ensartete grupper, selv om mange av deres historier har viktige fellestrekk og felles vurderinger. Det finnes viktige innvendinger mot brukerbegrepet. Er det for eksempel god eller tilslørende begrepsbruk å snakke om «brukere» av tvangsinnleggelstjenester? Brukerbegrepet kan også vise til en kunde uten kjøpekraft, noe som kan bidra til tilsøring. Trass i slike begrensninger er bruker og brukarmedvirkning blitt rådende begrepsbruk, og vi følger dette også i denne rapporten. Hvordan brukerperspektiv og brukarmedvirkning utformes, er avhengig av hvem man ser som bruker, og hvem som får definere brukerens interesser. Pårørende, pasient (primærbruker) og samlet familie er aktuelle brukerenheter. Opptrappingsplanen inkluderer pårørende i brukerbegrepet, mens Lov om Pasientrettigheter gir pasienten rett til vurdering, informasjon, helsehjelp, sykehusvalg, medvirkning etc. Der er pårørendes plass underordnet, bortsett fra når det gjelder barn, der foreldre som hovedregel gis rett til å forvalte barnas brukerinteresser, også på tvers av barnets uttalte ønsker. Mange forhold rundt hva brukarmedvirkning skal bety for foreldre, barn i forskjellige aldre, ansatte og tjenester, er lite avklart eller drøftet. Vi skriver om brukere og pårørende for å klargjøre fremstillingen, selv om pårørende kan inkluderes i et bredt brukerbegrep. Men vi skriver «brukarmedvirkning» og ikke «brukarmedvirkning og pårørendemedvirkning», selv om det for mange brukere er aktuelt at pårørende deltar eller medvirker. Skillet mellom brukere og

pårørende blir også kunstig i enkelte sammenhenger. Det er for eksempel vanskelig å trekke grensen mellom bruker og pårørende for barn og foreldre som har problemer med samspillet. Interessemotsetninger, konflikter og maktforskjeller mellom familiemedlemmer kan påvirke hvordan et forhold fremlegges, og hvem som blir mest lyttet til (Sandbæk 2001). Hvordan pårørende involveres ved sykdom eller behandling er blitt preget av om man mener at brukers interesser og pårørendes interesser er i direkte konflikt. Tidligere har man ved å legge vekt på barndomsopplevelser og familieforhold ved psykiske lidelser bidratt til en praksis der mange tiltak ble utformet uten å involvere pårørende. Men dårlig oppvekst ser ikke ut til å være verken nødvendig eller tilstrekkelig til å få for eksempel alvorlig psykisk lidelse (Bøckmann 1998). Ut fra et syn om at en psykisk lidelse har flere ulike delårsaker og skyldes både sårbarhet og stress, kan man forvente at motsetninger mellom pårørende og bruker forekommer iblant, men slett ikke alltid. Uavhengig av om de er årsak til psykisk lidelse eller ikke, viser forskning at pårørende og øvrig nettverk er viktige for hvordan det går med alvorlige psykiske lidelser på lengre sikt (Statens helsetilsyn 2-2000), og pårørende skal derfor alltid involveres i behandlingen (Statens helsetilsyn 9-2000). Likevel er det ikke utviklet noe selvstendig fundament for å involvere pårørende.

3.2 EN VERDI OG ET VIRKEMIDDEL

Brukermedvirkning kan sees både som en verdi og et virkemiddel, og kan begrunnes på mange forskjellige måter. Brukermedvirkning har mange sider, og idealene om brukarmedvirkning for mennesker med psykiske lidelser har ikke fått noe raskt eller grundig gjennomslag ved mange tjenestesteder, for fortsatt opplever brukere mangler i mulighetene for brukarmedvirkning.

Hjelpsøker og hjelper, bruker og behandler er ulike og utfyllende roller. Det som får brukeren til å søke hjelp, innebærer også at hjelpesøker og hjelper har skjev fordeling av makt og innflytelse (Schei 2003). Skal resultatet bli godt, må begge parter i hjelperelasjonen endre sin rolleutforming (Ørstavik 2002). Endring av brukerrollen har vært mye i fokus, men uten å endre hjelperrollen kan tiltak bli virkningsløse på grunn av maktforskjellen, eller tiltakene kan til og med få uforutsette negative effekter, som at ansatte blir utrygge eller fraskriver seg ansvar. Brukermedvirkning må innebære at ansatte bruker makten i hjelp-reelasjonen på en positiv måte sett med brukerens øyne, at de deler makten, og at brukeren får styrket sin makt (Borg & Topor 2003)

Synet på brukermedvirkning som en enkel og allmenngyldig verdi kan tilsløre reell uenighet om hva brukermedvirkning skal være. Idealene om brukermedvirkning har ulike røtter. Vi finner dem for eksempel i demokratiseringsbevegelser, menneskerettighetskamp, antipsykiatri, antiautoritære strømninger, kamp mot profesjonsmakt, og i individualisme, markedstenkning og kundeperspektiv. Det finnes mange typer argumenter for brukermedvirkning, for eksempel medmenneskelige, økonomiske, terapeutiske, pedagogiske, moralske og argumenter knyttet til profesjon (Rønning & Solheim 1998; Ørstavik 2002). Likevel snakkes det mest om medmenneskelige grunner, som at brukeren vet best hvor skoen trykker, og terapeutiske grunner, som at behandling og rehabilitering kan virke bedre hvis brukeren medvirker aktivt. Det snakkes om at profesjonene trenger å supplere sitt faglige ståsted med brukerens egne vurderinger, men mindre om at brukermedvirkningen kan bidra til at profesjonene slipper ansvaret for brukere som vanskelig lar seg behandle. Og det snakkes ikke om underliggende moralske begrunnelser, som at det gode mennesket ikke ligger andre til byrde og først skal få aksept når det viser styrke til å medvirke. Ulike røtter og begrunnelser for brukermedvirkning gir stor risiko for skinnenighet i diskusjoner om brukermedvirkning. Når en psykiatrikritisk og rettighetsmotivert bruker, en terapiorientert ansatt og en innsparingsmotivert sykehusøkonom snakker om brukermedvirkning, er det stor risiko for at de bruker samme begrep med ulikt innhold, og at de dermed kan snakke forbi hverandre. Derfor er det fortsatt viktig å føre diskusjoner om brukermedvirkning, både hos ansatte og brukere, men også mellom ansatte og brukere. Det er også viktig at fagfolk, forskning og utdanningsinstitusjoner klargjør det faglige grunnlaget for brukermedvirkning og hvilke nye faglige krav brukermedvirkning stiller overfor de ansatte.

Utgangspunktet skal nå være at bruker og pårørende har forutsetninger for å avveie hva som er bra for seg og sine. Også ved alvorlige sinnslidelser kan denne beslutningskompetansen være bedre enn hva som var vanlig vurdering blant fagfolk (Høyer & Dalgard 2002, s. 200), for eksempel viste en liten amerikansk undersøkelse at omtrent halyparten av en gruppe aktivt schizofrene hadde god innsikt i egen situasjon (McEvoy m.fl. 1989). Tjenestene bør så langt som råd er, legges opp slik at brukerne får brukt sine egne vurderinger av hva som er bra for seg og sine. Og dette skal gjelde både i utformingen av den enkeltes tjenestetilbud og i organiseringen av systemet.

3.3 BRUKERMEDVIRKNING FOR DEN ENKELTE

Enkelt sagt er brukermedvirkning en brukermedvirkning. Det betyr at brukerens egne bidrag får en virkning; fører til at noe blir annerledes i møtet og etter møtet, både for bruker, tjenesteyter og tiltakssystem. Forandres ikke legen, pleieren eller tilbudet, har ikke brukeren hatt noen virkning eller innflytelse, og det har ikke foregått brukermedvirkning. Den passive pasienten skal endres til en aktiv og deltakende bruker. Medvirkning forutsetter deltakelse, delaktighet og involvering, og innebærer tosidige endringer i det tradisjonelle forholdet mellom hjelper og bruker. Det er nå behov for å fokusere sterkere på hvilken rolleutforming ansatte trenger for å gi gode bidrag til styrket brukermedvirkning.

Mange forhold kan bremse eller hindre brukermedvirkning for den enkelte bruker. Mange tjenestesteder har ikke praktisert det i særlig grad og mangler tradisjoner og kultur for brukermedvirkning, noe som også drøftes i avsnittene om institusjonskultur. For eksempel er det vanlig at psykiatriske sengeposter får lavere skåre på medvirkning enn respekt og støtte (Statens helsetilsyn 6-2001). Dette feltet har hatt tradisjoner, prosedyrer og praksis som har bidratt til redusert autonomi og valg for mange brukere (Bøe & Thomassen 2000). Psykisk helsevern har sterke tradisjoner, inkludert tradisjoner for både å tolke handlinger og tegn inn i et sykdomsbilde på tvers av brukerens uttalte vurderinger. Psykisk helsevern forvalter også et lovhjemlet tvangsbehandlingsgrunnlag som institusjonaliserer og legitimerer et syn på brukeren som et menneske med sterkt redusert beslutningskompetanse og behov for tvungent vern og medisiner. Dette er viktige, men ikke enerådende tradisjoner, som i dag møter idealer om brukermedvirkning. Hva skal erstatte gårdsdagens (og dagens) faglighet der den ansatte vet bedre enn brukeren og bruker det til å bestemme for brukeren? En ansatt som hadde arbeidet målrettet for å øke brukermedvirkningen, fortalte at det var avgjørende å avlære rutinepreget praksis som viser manglende respekt og kan krenke, å avlære holdninger og tradisjoner som at ansatte skal ha kontroll over brukeren, at man er ekspert på brukeren, og at brukeren skal bli trøstet og båret av ansatte. God brukermedvirkning foregår når pårørende og bruker tar aktivt del i å finne, vurdere, velge og gjennomføre ressursforståelse, problemforståelse og tiltak. Den ansattes rolle er å bidra med det samme, med vekt på å formidle faglig baserte momenter og handlinger til vurderingene og tiltakene. Det er en utfordring for brukermiljøer, forskning, profesjoner og utdanninger å utforme og systematisere den nye fagligheten som skal supplere og erstatte gårdsdagens faglighet, og i større grad lage tjenester som tar utgangspunkt i at vi som søker hjelp, i mange tilfeller vil:

- styre over viktige deler av vårt liv,
- ha hjelp på våre egne premisser,
- bli sett og respektert i kraft av vår iboende verdighet.

En del psykiske lidelser er ufullstendig forstått, og fra tiår til tiår har det vært store svingninger i hva man har trodd var riktig årsak og riktig behandling (St.meld. nr. 25, 1996–97). Mange ansatte har hatt stor tillit til samtidens og gårsdagens forklaringer, som i ettertid likevel ikke har vist seg å stemme. Overbeviste ansatte med sterk tillit til teorier med svakt grunnlag, samt tradisjoner for å tolke brukeres handlinger og meninger som tegn på sykdom har for mange brukere vært et dårlig grunnlag for medvirkning. Brukere og pårørende forteller at de fortsatt kan møte årsakstenkning og tiltak som passer dårlig med både hva de selv opplever er årsak, gode tiltak eller oppdatert faglig kunnskap. (Berg 2002, Bøckmann 1998).

Stigma ved psykiske lidelser innebærer en utbredt oppfatning om at psykiske lidelser er noe spesielt, noe som ikke rammer hvem som helst og særlig ikke meg. En kvalitativ undersøkelse viste at betydelig åpenhet om psykiske lidelser ikke trenge bety fravær av tabuforestillinger om psykiske lidelser (Køhn 2003). At vi selv neppe vil bli rammet av alvorlige psykiske lidelser, er vanlige oppfatninger. Disse finnes også hos mange ansatte i psykisk helsearbeid og kan medvirke til at ansatte opprettholder et skille mellom dem og oss: bruker og ansatt. Det kan prege tjenestetilbudet negativt. Vissheten om at man som ansatt selv kan være i brukerrollen en annen gang, kan bidra til innlevelse, medfølelse og økt brukermedvirkning.

Som bruker ønsker vi ofte at behandlerne tar mye av ansvaret og beslutningene hvis det er et godt kunnskapsgrunnlag og sterk faglig enighet om beste behandling. Ofte er det uklart hva som er beste tiltak og behandling ved en psykisk lidelse (Statens helsetilsyn 4-2001). Kunnskapsgrunnlaget for behandling av psykiske lidelser er svakere enn for mange somatiske lidelser, og det skulle legges til rette for brukermedvirkning. Psykiske lidelser berører mange aspekter ved et menneske, og behandlingen berører ofte forhold som personlighet og atferd og gjør det vanskelig å forestille seg god behandling uten at brukeren medvirker. Man kan ikke legge foten på operasjonsbordet, tenke på noe annet og regne med å bli bra. Men andre kjennetegn ved psykiske lidelser, som tilbaketrekking, isolasjon og angst, er vanskelige forutsetninger for aktiv deltakelse og selvbestemmelse. Vrangforestillinger og forvirring kan også få medvirkning til å virke vanskelig, og dette er viktige grunner til at ansatte er opplært og sosialisert til å beskytte brukeren og velge for brukeren. Selv om styrken og evnen til å medvirke varierer, ønsker mange brukere

å bestemme mer enn de får mulighet til (Borg & Topor 2003). Å skulle realisere dette stiller nye krav til faglighet.

Psykiske lidelser påvirker selvbylde og evne til initiativ. Hvis brukeren i liten grad klarer å påvirke omgivelsene, oppstår eller styrkes lært hjelpeløshet, noe som skaper økt passivitet, svekket selvbylde og depresjon. Dette er en viktig risiko ved dagens behandling for psykiske lidelser, og det vil bidra til samlet kvalitet om denne risikoen kunne reduseres.

GODT EKSEMPEL:

Mental helse etablerte brukerforum i Hamar, Stange og Løten kommuner. Gjennom flere møter drøftet brukere hindringer, muligheter og status for brukermedvirkning. I sin rapport forteller de blant annet om hvordan egen lidelse kan gjøre brukermedvirkning vanskelig: «Er angsten høy, er det vanskelig å huske det som er blitt sagt». «En føler seg annerledes og rar, det gir skamfølelse, og en tror en er alene om å ha det slik i verden.» «Det blir vanskelig å ... snakke om hva det er som plager en» og kan ha «store antenner på negativ selvbedømmelse ... de føler seg på bunnen av rangstigen i samfunnet. Når selvtilliten er liten, skal det lite til før en begynner å tvile på seg selv ... Jeg greier det ikke likevel ... Alt jeg gjør er feil.» (Løken 2003, s. 8 og 11) Disse brukervurderingene viser hvordan brukernes egen opplevelse av at egen psykisk lidelse gjør brukermedvirkning vanskeligere enn ved enkelte somatiske sykdommer.

GODT EKSEMPEL:

Robberstads (2002) materiale viser at en bruker med egen bolig får en materiell autonomi som legger føringer i retning av frivillighet, brukermedvirkning og brukerautonomi overfor tjenesten. I de lokalbaserte tjenestene ga egen bolig rammer som bidro til større autonomi og medvirkning fra brukeren, og det ga i flere tilfeller også bedre livskompetanse og etter hvert større symptomreduksjon enn døgnsorgsrammene tidligere hadde klart.

Å gi brukeren innflytelse over hverdagen blir avgjørende for å redusere lært hjelpeløshet, og det gjør brukermedvirkning særlig viktig ved psykiske lidelser. Pårørende og brukere bør derfor få møte tjenester som legger til rette for å arbeide med plager og symptomer resten av livet på brukerens egen måte (Deegan 2003). Også sosial- og helsedirektoratet foreslår at målene for Opptrappingsplanen blant annet suppleres med et mål om å redusere de negative konsekvensene av psykisk lidelse (SHdir 2003, s. 23).

Brugerens egen vei gjennom alvorlig psykisk lidelse legger ofte større vekt på alminnelige livsfunksjoner og selvbestemmelse, for eksempel bolig, arbeid, penger og kjæreste, og mindre vekt på symptomforstyrrelser (Borg & Topor 2003, Robberstad 2002), i motsetning til for eksempel Statens helsetilsyns fagorienterte utredning om kompetansebehovet i psykisk helsevern (Statens helsetilsyn 4-2001 s. 11).

Med sammensatte behov eller begrensede ressurser, er det ofte vanskelig å få gode eller riktige tjenester (Pedersen 1996). Dette kan bidra til at brukermedvirkning er lettest å få til for brukere med avgrensede problemer, mens behovet for økt brukermedvirkning kanskje er størst for mennesker med sammensatte behov.

Når det gjelder hva pårørendemedvirkning og involvering av pårørende i behandling skal innebære, er det gitt få konkrete føringer. Noen muligheter kan for eksempel være at pårørende bidrar med informasjon, praktiske oppgaver og i beslutninger om tiltakene, for eksempel om tvangsbruk. Slik medvirkning innebærer dilemmaer, blant annet knyttet til taushetsplikt og samtykke. Men det er også utviklet behandlingstiltak som innebærer at pårørende systematisk involveres, for eksempel psykoedukative tiltak ved psykose og nettverksorientert behandling.

Brukere og pårørende har ulike forutsetninger for å medvirke i og få maksimalt utbytte av psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Opptrappingsplanens informasjonsstrategi har bidratt til å utvikle eksempler på materiell som kan bidra til å styrke brukerforutsetningene. Både brukerorganisasjoner og profesjonsorganisasjoner ser behovet for informasjonsmateriell for brukere før og under behandling.

3.4 BRUKERMEDVIRKNING PÅ SYSTEMNIVÅ

Opptrappingsplanen forfekter brukermedvirkning både på individuelt nivå og på systemnivå. Systemnivå kan deles inn i systemer som gir føringer for tjenestene, som regionale helseforetak og det statlige styringssystemet, og tjenestestedsnivået, med det enkelte tjenestested. Fordommer mot psykiske lidelser og en del ustabile brukere kan ha bidratt til at det har vært vanskelig å skape stabil, velorganisert og slagkraftig brukermedvirkning ved psykiske lidelser på nasjonalt nivå (Rønning & Solheim 1998). Det ser ut til at mange har vanskeligere for å identifisere seg med psykisk uhelse enn for eksempel somatisk uhelse eller alderdom, noe som kan bidra til både svakere organisasjoner og redusert politisk vilje til å skape et verdig tilbud for mennesker med psykiske lidelser.

På systemnivå er det mulig å beslutte brukermedvirkning administrativt eller politisk, for eksempel i form av brukerfora eller bruker- og pårørenderepresentasjon på ulike beslutningsnivå. Økende grad av brukermedvirkning kan oppnås ved en utvikling fra at bruker har talerett, via forhandlingsrett og til beslutningsrett eller brukerstyring (Rønning & Solheim 1998).

Pårørendeorganisasjoner, brukerorganisasjoner og enkeltbrukere har en unik kompetanse som er relevant, og som er annerledes enn administrativ kompetanse, organisatorisk kompetanse eller fagkompetanse. I bransjer uten monopol er kunders eller brukeres vurdering sentral for hvordan produsenten vurderer kvalitet. I den grad brukerkompetansen overhodet tas i bruk på systemnivå på psykisk helse-feltet, tas den ofte bare gradvis i bruk. Nedenfor følger et eksempel på hvordan brukerrepresentasjon kan utvikle seg over flere år fra symbolsk og tilfeldig til systematisk brukerstyring på systemnivå. Men en slik utvikling kan også stoppe ved det enkelte tjenestested eller i den enkelte organisasjon.

Vi erfarer at brukerkompetansen er selvstendig og unik og kan matche byråkratisk, administrativ og faglig kompetanse på alle nivå, hvis arenaene for medvirkning åpnes for brukerrepresentanter over tid. Brukere bør inviteres inn i alle organer som fatter beslutninger om feltet, og bruker- og pårørendeorganisasjoner bør stadig samle og bearbeide brukererfaringer og formulere og videreutvikle en tydelig feltforståelse som kan målbæres av ulike brukermedvirkere og representanter. En slik synsmåte innebærer at brukermedvirkere og pårørende- og brukerorganisasjon vil utvikle toppkompetanse på brukersiden. Det er viktig å utvikle brukermedvirkningsarenaene på en slik måte at brukerrepresentantene får mulighet til å videreutvikle sin kompetanse som brukermedvirkere. Derfor bør brukermedvirkning organiseres slik at brukere får oppgaver og godtgjøring og kan vie arbeidstid til brukere, brukermedvirkning eller tjenesteutvikling.

Flere organer, tjenestesteder og kommuner som har satset på brukermedvirkning, vurderer dette som nyttig, lærerikt og kvalitetshevende, og ser at det supplerer andre kompetanser.

Det kommunale nivået har vært preget av større nærhet til brukerne enn spesialisthelsetjenesten (Robberstad 2002), og Opptrappingsplanen krever at brukerne skal medvirke i planleggingsarbeidet i kommunen. Enkelte kommuner som har lagt vekt på å gjennomføre god brukermedvirkning, har gode erfaringer fra arbeidet. Et forhold er at kommunal pengemangel har bidratt til at brukernes ressurser er tatt mer i bruk. Brukerorganisasjonene har likevel varierte erfaringer fra brukermedvirkningen i kommunene. Kommunesektoren har i liten grad støttet brukerorganisasjonene økonomisk. Det kan være vanskelig å rekruttere aktive brukermedvirkere enkelte steder, men brukere opplever også å måtte mase seg med i ulike organer, plan- og arbeidsgrupper. Denne oppfatningen gjenspeiles dels i et notat om brukermedvirkning i kommunene (Helgesen 2003), som peker på at det ser ut til å være etablert få ordninger for systematisert brukermedvirkning i råd, utvalg og tjenester, og at små kommuner ser ut til å ha kommet kortere i dette arbeidet. En rapport fra Voksne for barn viste at kommunale planer for barn og unge i liten grad hadde involvert brukere (Jacobsen & Sørbye 2000).

I helseforetakene skal det være brukerfora, men det er ikke spesifikke krav til at psykisk helse representeres. Foretaksstyrene har ikke krav til pårørende- og brukerrepresentasjon, og lukkede styremøter og styrer uten brukere har vært vanlig. Skal brukermedvirkning gjennomføres, er det en forutsetning at helseforetakene skaper ordninger som sørger for at brukernes perspektiv er en del av beslutningsgrunnlaget på ulike nivå i foretakene, og at brukerinteressene i forhold til psykiske lidelser får et akseptabelt gjennomslag i forhold til somatiske brukerinteresser. Foretaksreformen har bidratt til at tjenestestedene har fokusert på egen (om)organisering. Selv om foretaksreformen i prinsippet kan gi styringsmuligheter som kan realisere målene i Opptrappingsplanen (SHdir 2003 s. 30), er det ingen entydig vurdering i brukerorganisasjonene om dette, snarere en betydelig mistanke om at lengre avstand til beslutninger og samorganisering av somatikk og psykisk helsevern har vært til ugunst for mange mennesker med psykiske lidelser.

BESLUTNINGSNIVÅ	SYSTEMATIKK	ÅRSAK	REPRESENTANTOPPLEVELSE
1) Referansegruppe, evalueringsgruppe	Tilfeldig	Pålagt/tilfeldig	Kakepynt, alibi, gissel
2) Planleggingsgruppe. Beslutninger om et prosjekt	Avtale med organisasjoner	Pålegg eller avklart ønske om brukerrepresentanter	Større innflytelse, fortsatt mindretall, fag-/adm.-hegemoni
3) Brukerforum. Selvstendig utvikling av forståelse	Egne faste brukerstrukturer	Brukerrepresentanter skal utvikle ståsted på egne premisser	Brukerutvikling på egne premisser, men ofte i begrensede rammer
4) Styringsgruppe, arbeidsgruppe, styre, administrativ gruppe. Høy beslutningsgrad	Brukerperspektiv er en selvsagt og integrert del av beslutningsgrunnlaget	Erkjennelse av at brukerperspektivet er et unikt og selvstendig kunnskapsgrunnlag	Brukerrepresentanter er likeverdige premissleverandører. Parallellel autoritet til faglige/ administrative premisser
5) Brukerstyring	Brukerstyret er institusjonalisert	Brukere har gode styringsforutsetninger	Brukerstyring er et selvsagt og sentralt beslutningsprinsipp

3.4.1 UTFORDRINGER PÅ SYSTEMNIVÅ

Foretakene er en viktig arena for brukermedvirkning, fordi de favner fra de fem store regionsforetakene, via ulike datterforetaksstrukturer og ned til hver enkelt virksomhet i spesialisthelsetjenesten. Brukerorganisasjonene forteller at mye av dagens brukermedvirkningsarbeid preges av å motta store dokumenter om overordnede forhold, og at det krever stor ressursbruk å sette seg inn i og handle på denne arenaen. Det er imidlertid et langt sprang mellom brukermedvirkning på dette systemnivået og på individnivå. Mange viktige kvaliteter utvikles gjennom beslutninger og arbeid på tjenestenivået som ligger mellom disse nivåene, og der har det vært vanskeligere å etablere gode metoder for brukermedvirkning. Kvaliteten i tjenestene er avhengige av en rekke forhold ved det enkelte tjenestested, og en del av disse styres i liten grad av beslutninger sentralt i foretakene eller i statlig helseadministrasjon.

Rapporten «Kvalitetsforbedring i psykiatriske sengeposter» (Statens helsetilsyn 6-2001) viser både hvorfor brukermedvirkning er viktig ved de enkelte tjenestesteder, og et eksempel på hvordan slik brukermedvirkning kan settes i verk. Det finnes også andre gode eksempler på brukermedvirkning på systemnivå i foretakene, for eksempel kvalitetsutviklingsprosjektet i Sør-Trøndelag og pasientfokusert redesign på Ringerike sykehus, men disse er ikke ledd i en bred nasjonal satsing. En fordel med kvalitetsutviklingsprosjektet i Sør-Trøndelag er at brukere utenfra foretar gruppeintervjuer i avdelingene. Dette gir to viktige fortrinn: Når det ikke er fagfolk som intervjuer, har brukere en tendens til å gi mer kritiske svar, og i prosjektet viste det seg for eksempel at brukere sa at de ville skånet behandlerne for enkelte kritiske bemerkninger hvis det var behandlere som intervjuet. Det andre fortrinnet er at når brukere intervjuer, skapes en mulighet for lønnet deltidsarbeid med brukermedvirkning, slik at flere brukere kan få høy kompetanse i brukermedvirkning. Slike karrieremuligheter finnes det ellers lite av, og er viktig for å videreutvikle brukermedvirkningskompetansen. I alle typer tjenester finnes det mange ansatte som deler verdigrunnlag og har en positiv grunnholdning til brukermedvirkning. Men tjenestesystemene kan mangle fleksibilitet, handlekraft eller ressurser til å systematisere brukermedvirkning, og det faglige grunnlaget for brukermedvirkning trenger klargjøring og må utvikles til anvendbare arbeidsmetoder i de ansattes hverdag. På nasjonalt nivå kan brukerorganisasjoner delta i råd, være høringsinstans eller drøftingspartner. Et eksempel på brukermedvirkning på dette nivået er Sosial- og helsedirektoratets referansegruppe av store brukerorganisasjoner på psykisk helsefeltet. Det viser at brukerorganisasjonene har utviklet viktig kompetanse som bidrar i det sentrale beslutningsgrunnlaget for utformingen av hele tjenestefeltet.

3.4.2 BRUKERMEDVIRKNING I UTDANNINGENE

Utdanninger som kvalifiserer for psykisk helsearbeid, burde være en viktig arena for brukermedvirkning, både i utforming av utdanningene og i undervisningsinnslag. Men det ser ikke ut til å være mange innslag av brukermedvirkning i utdanningssystemene. For eksempel opplever mange kandidater i SEPREPs tverrfaglige videreutdanning brukermedvirkningen der som noe nytt, uvant og berikende. Dette viser at mange ansatte er åpne for brukernes bidrag i ulike sammenhenger, men bekrefter at slik undervisning eller brukerfortellinger ikke er noen viktig del av deltakernes tidligere grunn- og videreutdanning. Kanskje er det også en type brukerfortellinger som ansatte mange ganger ikke får frem i sitt daglige arbeid. Mange utdanningsinstitusjoner bruker heller ikke brukerrepresentanter i arbeid med fagplaner og pensum.

GODT EKSEMPEL:

I SEPREPs tverrfaglige videreutdanning medvirker brukere i undervisningen. De får god mottakelse. For eksempel forteller ansatte om at det er uvant og flott å se og høre en person som redegjør for egen opplevelse og håndtering av psykotiske episoder. Brukeres opplevelser av hva som kan oppleves nyttig, fint, krenkende eller belastende fra ansatte, kan også bidra til å utfordre og nyansere stereotype bilder av behandlingsarbeid og alvorlige psykiske lidelser. Brukermedvirkningen menneskeligjør, slik at empati og innlevelse blir lettere for tilhørerne. Tilhørerne gir som regel brukerinnslagene topp evaluering.

3.5 OPPSUMMERING OG TILTAK

Brukermedvirkning innebærer betydelige brudd med veletablerte praksismåter og vaner både på systemnivå og individnivå.

SHdirs kvalitetsaspekt om bruk av brukernes erfaringer og kompetanse viser betydelige forbedringsmuligheter. Brukerekspertisen kan brukes i langt større grad, både på individnivå og systemnivå, men det har også vært en begynnende utvikling i forhold til brukermedvirkning. Mange ansatte ønsker å løfte brukermedvirkningen høyere, men utviklingen ser ut til å gå med små skritt foreløpig. Brukernær forskning, for eksempel recovery-forskning, kan også i større grad brukes som legitimt beslutningsgrunnlag på individnivå og systemnivå. Og fortsatt opplever brukere at de positive mulighetene som ligger i «serviceøyeblikk» skusles bort for ofte.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE: "Dette bør du vite som bruker av tjenester for psykisk helse"

Brukere må få tilgang på brukerstyrt informasjon om hva de bør vite om tjenestene. Det utarbeides informasjonsmateriell for å optimere brukerressursene i møtet med tjenester for psykisk helse. Det kan tas utgangspunkt i lokalt utviklet materiell eller utenlandsk materiell. Informasjonsmaterialet bør distribueres bredt gjennom brukerorganisasjoner, legekantor og andre offentlige tjenester.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE: Kompetanseenhet for brukerstyrt evaluering og tjenesteutvikling

Brukerstyrt evaluering må systematiseres og videreutvikles. Det etableres en enhet for brukerstyrt evaluering og utvikling av tjenester for mennesker med psykiske lidelser. Det rekrutteres mennesker med bruker- og pårørendeerfaringer til å styre, prioritere og utføre disse forsknings- og utredningsoppgavene. En slik enhet vil bidra til å videreutvikle brukerkompetansen.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE: Ressursbank over aktuelle brukermedvirkere

Brukermedvirkning må ikke hindres av at det er vanskelig å rekruttere brukere til medvirkning. I regi av brukerorganisasjonene og/eller brukerorienterte tjenester eller miljøer lages og vedlikeholdes det en liste over aktuelle brukere og pårørende over hele landet som kan kontaktes for å rekruttere brukermedvirkere til ulike formål mot godtgjørelse.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE: Evaluering av brukermedvirkning i Opptrappingsplanen

Brukermedvirkning i Opptrappingsplanen må undersøkes. Status for brukermedvirkning i helseforetakene må vurderes, og ulike måter og modeller å skape brukermedvirkning på må systematiseres og vurderes. Brukerråd bør evalueres i forhold til psykisk helse spesielt, og det bør utvikles prøveordninger og strategier for å undersøke og skape god og innflytelsesrik brukermedvirkning i helseforetakene og de foretaksvirksomhetene som er mest relevante for psykiske lidelser. På denne måten kan brukere, foretak og andre få muligheter og redskap til å forankre tjenestene i et brukerperspektiv.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE: Gjennomføring av brukermedvirkning i utdanninger innen psykisk helse

Det gjennomføres brukermedvirkning i grunn- og videreutdanninger for hovedgruppene som arbeider med psykisk helse. Brukere kan medvirke som forelesere, seminarledere, som referansegrupper til fagplanarbeid, som aktive deltakere i fagplanarbeid og som eksterne medlemmer i ulike styre og utvalg som vedrører grunn- og videreutdanninger.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE: Utvikling av ny faglighet med rom for brukermedvirkning

Det vektlegges å utvikle og formidle ny en faglighet som i større grad ivaretar brukermedvirkning på individnivå. Særlig bør yrkesorganisasjonene for behandlingsprofesjoner som lege, sykepleier og psykolog ta ansvar for å ta tak i å utvikle en ny faglighet som gir større rom for brukermedvirkning, men i et nært samarbeid med brukermiljøer og utdannings- og forskningsfeltet.

4 Organisering og diskontinuitet

Pårørende, brukere og organisasjoner forteller at tjenestesystemene er oppsplittet. Brukere og pårørende er i kontakt med mange mennesker, ulike etater, sektorer og kontorer med dels ulik problemforståelse, som skal bidra overfor ulike deler av brukernes liv. Det forekommer også mange brudd med skifte av behandler, primærkontakt, eller flytting mellom avdelinger.

Selv om enkelte ledd fungerer bra, kan ofte andre viktige ledd være fraværende eller mangle helt. Utskriving til mor eller til ingenting forekommer fortsatt

Pårørende, brukere, forskere og fagfolk mener at organiseringen av tjenestetilbudet er en viktig faktor som bidrar til å svekke kvaliteten eller effekten av det arbeidet som gjøres av tjenestene, og dette blir en betydelig merbelastning for mennesker og pårørende som lider.

4.1 VEIEN INN I HJELP

En enkel analyse av tjenestesteder og personer som brukeren vanligvis har kontakt med i tjenestene, kan vise noe om hvordan tjenestetilbudet er organisert. Vi har ikke funnet relevant norsk forskning om klientkarrierer for mennesker med psykiske lidelser, og baserer oss på pårørende- og brukerhistorier og øvrig kjennskap til feltet.

I førkontaktfasen bekymrer man seg for egen eller andres psykiske tilstand, men har ikke tatt kontakt med tjenester for å få utredning, hjelp eller henvisning for psykiske vansker. For mange er det uklart eller manglende informasjon om hvor man henvender seg i det enkelte tilfelle. En spørreundersøkelse for ungdom viste at 60 prosent syntes de trengte mer informasjon om psykisk helse, og at bare 35 prosent mente at det offentlige hjelpeapparatet var lett tilgjengelig (Rådet for psykisk helse / Gallup 2003).

Førstekontakt kan være med fastlege, kommunalt psykisk helsearbeid, eller sentralbord eller skranke i spesialisthelsetjenesten. For barn og unge kan det dessuten være PPT, skolehelsetjeneste/helsestasjon eller barnevern. Her blir det ofte gjort en vurdering, og en del ganger prøves det ut tiltak. En god del brukere får tilstrekkelige tjenester for sine vansker hos den de tar førstekontakt med.

Henvisning til spesialisttjeneste kan gjøres av førstekontakten, eller en annen som førstekontakten sender videre til. En del har flere «førstekontakter» før det blir henvist.

Inntak eller innleggelse vurderes ved poliklinikk eller

institusjon. Brukeren har rett til å få henvisningen vurdert, og en del alvorlige tilstander har rett til tilbud innen tre måneder. Ved innleggelser kan det være ulike former for forvern eller mottak, og ofte deltar flere ansatte i denne prosessen.

Utredning foregår oftest i begynnelsen av spesialisttilbudet, og kan ha ulike former og innhold avhengig av tjenestested og problemutforming. Enkelte ganger gjøres ulike deler av utredningen av forskjellige personer, og konklusjonen kan være ulike typer tiltak, blant annet behandling.

Behandlingen er ofte en viktig del av spesialisttilbudet, men behandleren eller primærkontakten er ikke alltid samme person som hadde mottak, inntak eller utredning. Ved poliklinisk behandling kan det iblant bli aktuelt med innleggelse i en kortere periode, med nye personer. På oppvekstfeltet opprettholder poliklinisk behandler i en del tilfeller kontakten under en slik innleggelse. Samtidig med behandlingen kan det være kontakter med andre, både behandlere og kontorpersonele, og tjenester som skole, PPT, sosialkontor, trygdekontor, Aetat eller andre.

Avslutning eller utskrivning skjer mot slutten av tilbudet i spesialisthelsetjenesten, og kontakten avrundes og oppsummeres. Planene fremover kan innebære kontakt med andre tjenester, og disse kan i ulik grad være involvert i det nåværende tilbudet. Det kan også avtales i hvilke situasjoner og hvordan brukeren kan ta ny kontakt med behandlingsstedet.

Hvis brukeren får nye vansker, starter en ny periode med førkontakt.

GODT EKSEMPEL:

Ringerike sykehus legger vekt på å organisere sine tilbud tilpasset brukernes behov, og har oversatt og tilpasset metoden Pasientfokusert redesign fra Leicester Royal Infirmary NHS Trust i England. Søkelyset rettes mot hvordan brukerne går gjennom systemet, hvor mange mennesker de må forholde seg til, og hvordan dette oppleves og fungerer. Metoden består blant annet av brukerforum, involvering av alle enheter som gir tjenester for en pasientgruppe, og solid ledelsesforankring. Sykehuset har en egen prosjektorganisasjon og egne prosessmedarbeidere som arbeider metodisk med pasientfokusert endring av sykehusets tjenester. Sykehusets hjemmesider har informasjon og eksempler, og de tilbyr materiell (klikk på «pasientfokusert redesign» på www.ringerike-sykehus.no

4.1.1 FORLØPET FORTELLER OM SYSTEMETS KJENNETEGN

Ved å se på hvilke tjenestesteder brukere kommer i kontakt med i ulike faser av en psykisk lidelse, ser vi at brukere går gjennom mange faser og treffer mange ansatte på veien gjennom helsetilbudet. Selve forløpsfremstillingen virker fremmedgjørende, og illustrerer hvor lett det vil kunne oppleves fremmedgjørende å passere gjennom et slikt system. Synet på en selv som et menneske med iboende og gjensidig sammenheng til viktige mennesker rundt seg blir lett svekket. Historien må fortelles mange ganger, og det etableres mange relasjoner som snart blir brutt. Tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser preges av organisert diskontinuitet, der relasjonsbrudd er en konsekvens av organiseringen. Det var tidligere også et bevisst organiseringsprinsipp i døgnavdelingen at den direkte personlige involveringen skulle være liten for å unngå for sterke følelsespåvirkninger av personalet. Personalet skulle være en anonym masse, uten personlig kontinuitet (Iversen 2000).

To viktige organisatoriske skillelinjer er sektor og nivå (generell/spesialist). Disse skillene innebærer at brukere som trenger spesialisttjenester eller tjenester fra flere sektorer, mottar tjenester på tvers av skillelinjer. Andre skillelinjer er etater, foretak, tjenestesteder og avdelinger. Mange organisatoriske skillelinjer bidrar til at brukere med sammensatte behov og deres pårørende møter mange ulike organisatoriske hindringer i forsøket på å skaffe et helhetlig tilbud. I tillegg til det store antallet tjenester brukeren må forholde seg til, utgjør også store faglige og kulturelle forskjeller mellom ulike nivåer og tjenestesteder et stort problem (Statens helsetilsyn 2-2000). Brukere med behov for ulike tjenester eller der behovene endrer seg, må flytte mellom tjenestesteder og er avhengige av at de samarbeider. Samtidig viser gjennomgang av internasjonale undersøkelser av behandling utenfor døgninstitusjon at «jevnlig kontakt» og «samlet ansvar for helseforhold og sosiale forhold» bidrar til mindre behov for innleggelser (Burns et al 2003). Et alternativ til tradisjonell inndeling i sykehus tjenester og lokale og sosiale tjenester er å organisere i funksjonelle enheter som integrerer elementene i behandlingsforløpet for en målgruppe, for eksempel barn eller eldre (Iversen 2000).

GODT EKSEMPEL:

TIPS (Tidlig intervensjon ved psykoser) har som mål å gjøre veien til utredning og behandling raskere og lettere for unge som opplever en psykotisk episode. TIPS innebærer blant annet følgende:

- * Orienterer andre tjenesteytere om tidlig-debut-tegn og henvisningssted
- * Rask utredning ved mistanke om at psykose er i emning.
- * Tilgjengelighet i tid og rom, rask og mobil (ambulant) respons.
- * Rett til spesialisert kompetanse utenom kommunale tjenester og ikke-spesialiserte vurderinger. Legehenvvisning er ikke nødvendig
- * Mulighet for samme behandler i alle sju faser fra forløpet
- * Familie- og systemorientering

4.2 ARBEIDSDELINGEN HAR UTGANGSPUNKT I DØGNINSTITUSJONENE

Opptappingsplanen skulle bidra til sammenheng og desentralisering, men hoveddelen av ressursene brukes fortsatt sentralt (Pedersen & Lilleeng 2001, SHdir 2003, Sørgaard 2002) og pårørende og brukere opplever et fragmentert tjenestetilbud. Opptappingsplanen ble ikke lansert som en stor organisatorisk reform, og slik har den heller ikke fungert. Men det har foregått en gradvis nedbygging av institusjonene etter 1945. En sentral altomfattende døgnomsorg med utgangspunkt i asylene er blitt erstattet av en mosaikk av tjenester, opprinnelig utviklet for andre brukergrupper.

Kommunale tjenester er gradvis bygd opp for å dekke behov knyttet til institusjonenes utskrivingspraksis. Flere av DPS-enes funksjoner kan også sees som nyordninger som supplerer døgnavdelingens basistjenester med spesialistkompetanse og døgnplasser nærmere brukernes bosted som også kan justere medisineringsdoser og følge opp med poliklinisk samtalebehandling.

Det tradisjonelle synet på alvorlige psykiske lidelser ser for eksempel schizofreni som en kronisk sykdom der brukerens rasjonelt styrte fungeringsmåter bryter sammen. Da blir varig døgnomsorg et naturlig utgangspunkt for tjenestene. Men brukererfaringer og erfaringer med institusjonsnedbygging (Sørgaard 2002) utfordrer slike forestillinger, og recovery-forskning viser at kommunikasjon er viktig, og at brukere velger strategier for å håndtere situasjonen (Borg & Topor 2003). Utskrivingsfasene i deinstitutionaliseringen av psykisk helsevern i Norge samsvarer med det økonomiske oppsvinget i de første etterkrigsårene og med innføringen av uføretrygden i 1961. De samsvarer mindre godt med innføringen av nye behandlingsmetoder (Sørgaard 2002). Den store WHO-undersøkelsen av schizofreni i i-land og u-land viste også at mange flere i u-land oppnådde beste langtidsfungering (Topor 2001). Kanskje er samfunnsforhold som arbeidsløshet og trygd viktigere enn medisin og samtalemetode for hvordan det går på lengre sikt. Men dette står i et motsetningsforhold til mer avgrensede og finkornede undersøkelser som viser at en metode eller en medisin er bedre enn en annen. Denne motsetningen virker lite avklart i forskningslitteraturen, men hovedinntrykket fra brukerhistoriene er mest i samsvar med det grovkornede bildet og de lange linjene. Mange fagfolk advarer nå mot å fortsette å redusere antallet sengeplasser i psykisk helsevern, samtidig som det finnes dokumentasjon på at flere typer av lokalbaserte tilbud ikke har dårligere resultater enn døgnbehandling (Marshall & Lockwood 2003, Pakkala & Merinder 2003, Tyrer et al 2003, Joy, Adams & Rice 2003).

En oppsummering av amerikansk forskning tyder på at behandlere har en tendens til å vurdere mer omfattende eller langvarige tilbud som klinisk riktig, enn det som ser ut til å være nødvendig for å skape endring med et rimelig omfang (Bickman 1996 og 1997). Dette er empiriske funn som kan underbygge enkelte brukeres og Robberstadts

(2002) observasjoner om at institusjonsopphold ofte vurderes mer positivt enn det ser ut til å være dekning for.

I fraværet av en sentral strategi for reform av tjenester kan omlegginger preges av at: «Helhetsinteressene har beskjedne kår, samtidig som avgjørelsene treffes av etater som har egeninteresse i det etablerte organisasjonsmønsteret. Forskanningsreaksjoner kan derfor bidra til å belyse bakgrunnen for at strukturproblemene i hjelpeapparatet ikke er blitt løst» (Pedersen 2002, s. 147). Hvis slike forhold styrer reorganiseringen av feltet under Opptappingsplanen og foretaksreformen, begrenses brukermedvirkningen på systemnivå, og kanskje i neste omgang også på individnivå.

Flere brukere og ansatte mener at institusjonspsykiatrien fortsatt anses som den egentlige helsetjenesten for psykiske vansker, og at andre arbeidsformer er innsparringsmotiverte eller derivater av institusjonspsykiatri. Norge bruker i dag mer ressurser på sykehuspsykiatrien enn andre skandinaviske land, og vil forsterke denne forskjellen slik Opptappingsplanen for psykisk helse er innrettet (Sørgaard 2002). Dagens skille mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester tas for gitt i mange diskusjoner, mens den organiserte diskontinuiteten burde lede til diskusjoner også av dette skillet.

4.2.1 KOMMUNENE SOM UTGANGSPUNKT

Mange brukere formidler en større tilfredshet med lokalbaserte tilbud. Disse tilbudene følger i større grad brukernes premisser. For mange er det viktigere med selvbestemmelse, bolig, arbeid, penger og kjæreste enn om de fortsatt hører stemmer.

«Institusjonstilbud dekker bare en liten del av tjenestebehovet for dem som har langvarige alvorlige lidelser, og som trenger omfattende offentlig hjelp og støtte over lang tid ... Kommunen har et basisansvar også for pasienter med alvorlige lidelser og omfattende problemer» (St. meld. nr. 25 1996-97, s. 15). Likevel har endringer innen psykisk helsevern vært forankret i tenkning og premisser fra sykehuspsykiatrien. Men hvis kommunene alltid skal ha basisansvar, burde man ikke da snu forankringen og ta utgangspunkt i brukerens behov og kommunenes muligheter, tjenester og funksjoner når man skal utforme roller og oppgaver for foretakenes tjenestesteder. Hvordan ville tjenestesystemet sett ut om det skulle nytegnes med et slikt utgangspunkt, uten hensyn til tradisjoner og eksisterende tjenestesteder?

I dag er viktige kommunale oppgaver å skape bomuligheter, materiell minstestandard og fastlege for allmennmedisinske behov. Kommunen skal også sørge for meningsfylte dagaktiviteter for barn og voksne. I tillegg skal kommunen ha tilbud om psykisk helsearbeid. Innholdet i dette arbeidet har hatt utgangspunkt i lokalbasert psykiatrisk sykepleie. Men også behandling for mindre alvorlige psykiske lidelser deler karakteristika med

allmenne helsetjenester (Jf. Juul Jensen 1983). Det samme er tilfelle for ettervern ved alvorlige psykiske lidelser. Det er også utviklet metoder for lokalbasert totaltilbud for alvorlige psykiske lidelser (Marshall & Lockwood 2003). Ved sjeldne tilstander og betydelig kompleksitet i forståelse eller tiltak skaper kompetansebehovet et behov for spesialiserte helsetjenester. Mange kommuner kan være for små for å opprette døgntilbud for brukere som trenger det, men døgntilbud bør likevel ligge så lokalt som mulig. Noen vil innvende at dette er en urealistisk beskrivelse av kommunene. Men kommunal handlingskompetanse kan endre seg betydelig over noe tid. For eksempel var tiltak for barn og unge med ADHD og bruken av kognitiv terapi og løsningsfokustert terapi spesialistferdigheter, men dette praktiseres nå på kommunenivået. Hva vi til enhver tid mener kommunenivået kan håndtere, er i kontinuerlig endring. Slike tanker gir også utfordringer til profesjonene, der skillet mellom spesialistnivå og kommunenivå ofte blir tillagt stor vekt.

Også opprettelsen av ambulante psykoseteam, dels etter modell av TIPS-prosjektet i Rogaland, problematiserer viktige trekk i dagens organisering og linjedeling. Ambulante psykoseteam omgår standard tjenestestruktur og lager en snarvei til spesialisthelsetjenesten. De yter tjenester som berører kommunale tjenester, og skal bidra til å erstatte tvangsinnleggelser i døgnavdelinger med langt mer lokale og mobile tilbud. De bruker arbeidsmåter, for eksempel hjemmebesøk og nettverksarbeid, som oftere forbindes med kommunenivået. Bruddene med standard tjenestestruktur skaper viktige kvalitetstrekk ved slike team.

Vanlige motforestillinger mot tidlig intervensjon som kan være relevante for ambulante team, er at en bruker kan bli stigmatisert, noen kan bli bedre eller bra uten tiltakene, brukere kan passiviseres, feilbehandles eller få bivirkninger av medikamenter. Det er derfor viktig å undersøke om slike tiltak med tidlig intervensjon virkelig bidrar til et bedre langsiktig forløp.

En del brukere har spesielle trekk som gjør at de iblant trenger spesielle tiltak for å få like gode tjenester som andre får (Robberstad 2002 s. 174), eller for å få nødvendige og forsvarlige tjenester overhodet. Brukerens vei gjennom systemet og TIPS-prosjektet viser at fravær av særtiltak for psykiske lidelser ikke er synonymt med kvalitet. Hensynet til tjenestesteder og ansatte ser ut til å være den viktigste forklaringen på hvordan forløpet er lagt opp, ikke hensynet til brukerbehov. Kvaliteten i organiseringen ser ut til å bli fremmet når bruker- og lidelseskarakteristika styrer tjenestenes utforming og organisering, heller enn historikk, yrkesgruppehensyn eller linjeprinsipper.

4.3 BEHANDLINGSKJEDER ELLER BEHANDLINGSNETTVERK

Begrepene «behandlingskjede» og «første- og andrelinjetjeneste» impliserer at brukere og ansvar skal gå fra en tjeneste til en annen; utskrives fra døgnavdelingen, følges opp av BUP eller avsluttes og overføres førstelinjetjenesten. Dagens organisering og finansiering legger i stor grad opp til avgrenset ansvar og til tjenestekjedetenkning.

Med kommunenivået som utgangspunkt blir det klart at brukeren aldri skal utskrives fra kommunen. Behovet for kommunale tjenester opphører ikke, og det er en selvfølge at mange brukere har behov for samtidige tjenester fra ulike ledd i behandlingskjeden. Dette preget styrkes hvis lokalforankringen av tjenester øker. Kravet om samarbeid mellom linjene viser at det er utstrakt samtidighet og behov for samhandling mellom tjenestenivåer over tid. Behandlingsnettverk blir et mer dekkende begrep. I stedet for å henvise brukeren til andrelinjen, kan brukeren medvirke til å aktivere spesialisttjenester i nettverket ved behov.

4.4 OPPSUMMERING

Organiseringen av tjenestefeltet ser ut til å være mer historisk betinget enn betinget av dagens syn på brukermedvirkning, brukeres behov og hvilke tiltak som virker. Som regel er det døgnavdeling eller eksisterende tjenestestrukturer som har vært utgangspunkt for diskusjon, og endringer utføres for å redusere ulempene ved den rådende strukturering. Lokalnivået yter tjenester over tid og skal aldri «skrive ut» brukere, og med utgangspunkt i kommunale tjenestene blir forståelsen av funksjonsdelingene mellom nivåene i helsetjenestene endret. Følges brukerens vei gjennom systemet med kvalitetsparametere i sikte, mister dagens funksjonsdeling mellom sykehusavdelinger og DPS-ene mye av sin hensikt, og grensen mellom DPS og kommunene blir også diskutabel.

SHdirs kvalitetsaspekt om samordning og kontinuitet er et vedvarende kvalitetsproblem, som ikke uten videre har latt seg løse ved å legge økt vekt på samarbeid. Spesialisering, sektorisering og vanlig linjedelning prioriteres som regel høyere enn sammenheng, og tjenestesystemet har preg av organisert diskontinuitet.

AKTUELT INNSATSONOMRÅDE: Lage evalueringer av alternative organiseringsprinsipper

For å få til en kunnskapsbasert organisering av tjenestefeltet er det avgjørende å etablere kunnskap om effektene av ulike organiseringsmåter. Tjenester må være organisert på ulike måter, og vi må skape kunnskap om effektene av ulike organisasjonsmåter i Norge fra ulike perspektiver, slik at det blir mulig å kunnskapsbasere organiseringen av tjenestefeltet.

AKTUELT INNSATSONOMRÅDE: Storseminar om feltets organisering

Organiseringen av feltet bør drøftes åpent av alle aktørgruppene på tjenestefeltet, og erfaringer med ulike organiseringsmodeller i inn- og utland bør presenteres.

AKTUELT INNSATSONOMRÅDE: Testing og utredning av ulike organiseringsformer

De ulike virkningene av hvordan tjenesteapparatet er organisert, kan utredes og undersøkes i større dybde. Grundig evaluering av andre organiseringsmåter og brudd med linjedelingsprinsippene bør gjennomføres, og konsekvenser bør trekkes for tjenestefeltet som helhet.

5 Samarbeid

Møter mellom mennesker og samarbeid preger alt psykisk helsearbeid. Samarbeid er både en positivt ladet verdi og et virkemiddel for å oppnå andre mål. Målet for alt samarbeid er at det skal medvirke til en bedre situasjon for brukeren. Vi skiller mellom samarbeid mellom brukere og tjenester og samarbeidet tjenester imellom.

5.1 SAMARBEID MELLOM BRUKERE OG TJENESTER

Brukere forteller at når de ønsket å påvirke tjenestetilbudet, ble det de sa forklart som symptomer. Hjelperne forholdt seg bare til diagnosen og samarbeidet ikke med resten av personen.

Det er vanskelig å bytte terapeut eller primærkontakt mange steder, og bare å fremme et slikt ønske kan bli tatt ille opp av personalet.

Brukere forteller at individuell plan er blitt skrevet av spesialisthelsetjenesten og forelagt til undertegning. Pårørende forteller om individuell plan som skrives i hastverk frem mot utskriving, med liten brukervedvirkning.

Psykisk helsearbeid er møter mellom mennesker, og kvaliteter i «serviceøeblikket»; pårørendes og brukeres møte med ansatte og tjenester er sentrale. Hvilke samarbeidskvaliteter vurderes som gode, og hvilke vurderes mer negativt av brukere? Brukerperspektiv og brukervedvirkning innebærer økt likeverdighet, og bør dermed også innebære at samarbeid med brukeren blir en viktig kvalitet i serviceøeblikket, og at samarbeid med andre tjenester blir et ledd i å realisere det gode samarbeid i forhold til brukerens helhetlige behov.

Brukervedvirkning innebærer at brukeren deltar og påvirker i alle sammenhenger som angår henne, også i forhold til samarbeidskvaliteter. Brukere som har hatt alvorlige psykiske lidelser forteller at de som regel ønsket å bestemme mer selv, også når de hadde det som vanskeligst. Spørsmålet «Hvordan kunne brukeren ha bestemt mer her?» kan være en viktig påminner for ansatte som skal øke brukerinnflytelsen. Valgmuligheter er en viktig opplevd kvalitet, og forskningen viser at det er mange ulike og kompliserte veier både inn i sykdom og til bedring (Borg & Topor 2003, Deegan 2003). Derfor bør brukere og pårørende være partnere i et samarbeid om brukerens valgmuligheter. Brukerfortellingene viser at mange brukere ønsker flere forståelsesmåter, og at de skaffer det ved å snakke med ulike ansatte og ikke-ansatte helpere og finner ut hva de kan bruke konstruktivt (Borg & Topor 2003), snarere enn å ha nytte av en enhetlig behandlings- eller sykdomsforståelse (Robberstad 2002). Brukervedvirkning innebærer brukermakt, og brukermakt står i motstrid til en klassisk pasientrolle, der pasienten, svekket av sykdom og angst, gir legen autonomi for å bøte på hennes svekkede autonomi og til å handle til hennes beste (Borg & Topor 2003, Schei 2003). Makten gir handlemuligheter, og brukere forteller også at ansattes makt, i form av kunnskap om rettigheter og muligheter, kan brukes frigjørende og utvide felles muligheter (Borg & Topor 2003).

Det er viktig for brukere at tjenestene aksepterer at behovshierarkiet hos mange brukere er til forveksling likt deres eget: Hus, mat, klær, varme, arbeid, venner, kjæreste, penger og helse er viktige forhold. Samarbeidet bør derfor også kunne ha hovedfokus på slike forhold, fremfor for eksempel å sette reduksjon av aktive symptomer foran andre behov. Brukere er lite opptatt av diagnoser, behandlingsretningslinjer og faglige metoder, det som oftest er fagfolks hovedfokus (Borg & Topor 2003, Kogstad 2003). Ifølge rehabiliteringsmeldingen skal helpere være aktører i brukerens egen prosess (St.meld. nr. 21, 1998-99), og da ser brukervedvirkning ut til å måtte bety endringer i hva som fokuseres i arbeidet med psykiske lidelser.

Brukerhistoriene forteller også at sykeliggjøring eller symptomforklaring av hoveddelen av det brukere sier og gjør, oppleves som en negativ samarbeidskvalitet. Denne faglige definisjonsmakten er stor og kan på sitt verste bidra til dyp krenking av brukerens integritet, selvoppfatning og selvtilit. Diagnosen beskriver aldri hele mennesket, og sårbarhet og stress har avgjørende subjektive og opplevde kvaliteter. Derfor må samarbeidet mellom pårørende, bruker og ansatt preges av at symptomer og diagnose blir ett allment og generalisert ledd i et større mangfoldig bilde som er personlig, komplekst og sammensatt.

Samarbeidet må innebære en fleksibilitet fra ansatte, for eksempel om tid og omfang, som brukerne kan utnytte til å skaffe seg et tilpasset tilbud. Kontinuiteten og vissheten om at personer man allerede har et godt forhold til, vil stille opp neste gang, er viktige elementer. Samtidig har for eksempel foretaksfokus på effektivisering og standardisering bidratt til en tidsånd der ansatte forteller om redusert fleksibilitet, tid og tålmodighet (Borg & Topor 2003). Også rendyrkingen av spesialistfunksjoner i helseforetakene kan svekke helhetlige kvaliteter i et tjenestetilbud.

Samtidig er det viktig at samarbeidet ikke har flere aktører enn det som er nødvendig for brukeren (Robberstad 2002 s. 97). Ansvarsgruppemøter mellom en bruker og enkelte ganger kanskje over ti ansatte er et samarbeidsformat som gjør det vanskelig å gå fra brukertilstedeværelse til brukermedvirkning.

5.2 SAMARBEID MELLOM TJENESTESTEDER

Brukere forteller hvor nedverdiggende det er å måtte fortelle historien sin på nytt for hvert nytt sted de kommer til. De frustreres over manglende samarbeid mellom sektorer og etater.

Dårlig forberedte utskrivinger tyder på at dette ikke sees som kjerneoppgaver, og at ikke en gang tanken om en behandlingskjede alltid er gjennomført. Følelsen av å være en sak som flyttes rundt mellom ulike instanser, oppleves som krenkende.

Mennesker med psykiske lidelser har ofte behov for flere typer tjenester. Samarbeid mellom ulike tjenester var et viktig punkt i sosialkomiteens innstilling (Innst. S. nr. 222, 1997-1998 om opptrappingsplan for psykisk helse), der regjeringen skulle fremme konkrete tiltak om forpliktende samarbeid mellom Aetat, trygdekontor, sosialkontor og helse, samt kommune- og spesialistnivå. Slikt samarbeid er ofte etterlyst, både av pårørende, brukere og ansatte. To viktige forhold som henger sammen, styrer behovet for samarbeid mellom ulike tjenester: Bredden i brukernes behov for tjenester, og bredde/småhet på tjenestens arbeidsområde.

Nåværende organisasjonsinndelinger har en lang historikk, og mange vurderer at mange brukere nå er i mer sammensatte situasjoner enn tidligere (Pedersen 1996 og 2002, Rønning & Solheim 1998). Hvis man ikke reorganiserer feltet basert på brukerkarakteristika, vil mer eller mindre forpliktende samarbeid mellom tjenestesteder, og nye tiltak for avgrensede grupper (for eksempel TIPS) være de viktigste virkemidlene for å skape sammenheng for brukerne.

5.2.1 INDIVIDUELL PLAN

Individuell plan er det statlig initierte redskapet som er ment å skulle avhjelpe mye av samarbeidsproblemene som mennesker med psykiske lidelser møter. Ny lov om psykisk helsevern lovfestet plikten til å lage individuell plan, og forskriften og veilederen viser hvordan den kan være et fleksibelt planverktøy, slik at den blir brukerens egen plan, og at ulike tjenester samarbeider godt. I intervjuer med Fylkeslegens kvalitetsrådgivere finner Helgesen (2003) at mange kommuner ser ut til å ha kommet i gang, selv om de har kommet kort i arbeidet med individuell plan, og noen kommuner opplever i liten grad at brukere spør etter individuell plan. Alle ansatte i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid kommer til å delta i utarbeidelse og oppfølging av individuelle planer, derfor bør slikt arbeid fokuseres både i grunnutdanninger og videreutdanninger. De foreløpige erfaringene er

varierte og viser at individuell plan kan fungere godt, men at det også er ulemper og fallgruver (Thommessen 2002).

- Bruker og pårørende medvirker ikke i planutformingen; det blir ikke brukerens egen plan.
- Individuell plan lages med manglende tverrfaglig samarbeid, der en tjeneste prøver å planlegge hva andre tjenester skal gjøre.
- Individuell plan inneholder tiltak som ikke blir gjennomført, for eksempel på grunn av manglende samarbeid, forpliktelse eller nedskjæringer.
- Individuell plan blir en liste over eksisterende tiltak og skaper ikke et bedret eller helhetlig tilbud.
- Individuell plan blir ikke koordinert og justert fortløpende, brukerens individuelle koordinator ivaretar ikke de tiltenkte funksjoner.

Uten medvirkning, koordinering og gjennomføring fungerer ikke individuell plan etter hensikten. Eksempelene ovenfor er gamle kvalitetsproblemer i møte med en ny plantype og viser at selv om individuell plan gjør god kvalitet mulig, sikrer den det ikke. Vi ser også at en massiv lovhjemling av individuell plan med en forskrift som krever brukermedvirkning, ikke automatisk fører til mange planer og god brukermedvirkning.

Individuell plan må gjerne ha urealistiske mål, men tiltakene må være gjennomførbare og realistiske. Individuell plan er et verktøy for tverrfaglig samarbeid, en samarbeidstype som ikke alltid er effektiv eller til brukerens beste. Ulike tjenestekulturer og etatsmål i konflikt kan bidra til at samarbeidet ikke øker brukermedvirkning, koordinering eller kvalitet, men heller blir en arena der forskjellene utspiller seg (Pedersen 1996). Kommunale psykiatriske sykepleiere har fortsatt et stort ønske om å få ha kontakt med spesialisthelsetjenesten i forkant, under og etter en innleggelse (Robberstad 2002), noe som burde være en selvfølge ut fra føringer om individuell plan. Samtidig er det også klart at det er skapt og skapes gode samarbeidsformer og individuelle planer av brukere og tjenester som kommunehelsetjeneste, pleie og omsorgstjenester, sosialtjeneste, DPS og døgnavdeling, og mellom oppveksttjenester som helsestasjon og barnevern, PPT, skole og BUP.

Individuelle planer som legges, må preges av virkeligheten som brukeren kommer til å møte etter utskriving, slik det sees av bruker, pårørende, og tjenester

på ulike nivå. Her har oppvekstfeltet en annerledes historikk og vektlegging av institusjonsoppholdet. Ved dag- og døgnbehandling for barn og unge har hele institusjonsvirksomheten vært mer preget av at behandlingen er et mellomspill i barnas liv, det er dermed tyngre tradisjoner for samarbeid med barnas naturlige nettverk under innleggelsen. (Robberstad 2002). Det er også slik at barn i skolepliktig alder SKAL HA et skoletilbud som fungerer uavhengig av hvor barna er. Også ved psykiske lidelser må tilbudet legges til rette i en slik grad at det blir forsvarlig for eleven. Dette er rammer og grunnfestede holdninger som legger klare føringer for hvordan det tenkes om meningsfylte dagtilbud for barn og unge. Et lokalt tilbud er obligatorisk for de aller fleste, løsninger må finnes og tilpasses den enkelte elev, og innholdet og målene skal være fremtids- og utviklingsrettet. Dette er verdier og rammer som kan peke på mulige mål og midler også for voksne.

5.2.2 SAMARBEID GJENNOM SAMORDNING

Hvordan arbeidsformidling fungerer overfor mennesker med psykiske lidelser, er viktig for å kunne skape fleksibelt og varig ettervern og en virkelig integrering og alminneliggjøring av psykiske lidelser.

Mange kommuner har lite kontakt med Aetat og er frustrert over dette (Robberstad 2002), samtidig som støtte i en reell arbeidssituasjon har bedre effekt enn arbeidstrening utenfor arbeidsmarkedet (Crowther et al 2003, Spjelkavik & Frøyland 2003). Brukerne prioriterer forhold som arbeid og økonomi, og det tilsier styrket samarbeid med Aetat. Med økt vekt på lokale tjenester for brukere, vil kontakt og tilpasning i arbeidslivet berøre stadig flere arbeidsplasser. Mangelen på tilbud om arbeid, attføring og aktivisering er et stort problem for mennesker med psykiske lidelser (St.meld. nr. 25, 1996–97). Sosialkomiteens innstilling til Opptrappingsplanen (Innst. S. nr. 222, 1997–98) la vekt på gode og fleksible arbeidstilbud, og ba regjeringen om en ansvarsavklaring mellom kommune og Aetat. Det er planlagt en omorganisering og samordning av de offentlige etatene for arbeid, trygd og sosiale tjenester, men det er ikke avklart hvilke endringer som vil skje, og hvor raskt de skal gjennomføres. For mange brukere med psykiske lidelser kan ulike typer samordning forenkle tilgangen til viktige tjenester knyttet til arbeid og penger, og tjenester og ytelser kan forhåpentligvis bli mer individuelt tilpasset og skape større kontinuitet og tilgang til arbeid. Men stillstanden i omorganiseringen av disse tilstøtende tjenestene gjør det vanskelig å bedre disse forholdene. Det finnes også usikre forhold, for eksempel om etatskulturene vil bidra til at tidligere praksisformer vil leve videre i ny drakt. Samordning løser ikke alle problemer, og spesielt ikke problemer som har med organisasjonskultur å gjøre.

5.3 OPPSUMMERING OG TILTAK

Arbeidet med å ta i bruk individuell plan kan bidra til bedre samarbeid mellom brukeren og tjenestene, men erfaringene hittil preges også av fallgruver og ujevn gjennomføring. Samordningen av tjenester for arbeid, trygd og sosiale forhold kan lette samarbeidet mellom helsetjenestene og disse tjenestene, men det gjenstår å se hvordan det vil fungere i praksis. Problemene med å skape godt samarbeid tilsier at man også bør vurdere om det trengs belønningssystemer for å styrke kvaliteten og samhandlingen mellom bruker og tjenester og tjenestene imellom.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE:

Brukerevaluering av individuell plan

Brukerstyrte evalueringer av individuell plan gjennomføres, frem til det fungerer tilfredsstillende.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE:

Arbeid med individuell plan inn i utdanninger

Individuell plan skal være et redskap for brukermedvirkning og koordinering som alle ansatte vil arbeide med og etter. Dette bør gjenspeiles i alle grunn- og videreutdanninger som rekrutterer til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE:

Generelle tjenesters evaluering av spesialisttjenester gis konsekvenser

Kommunenivåets ønsker om samarbeidsformer kan brukes som kvalitetsparametere for spesialistnivåets fungering. Kommunenivåets vurdering av «sine» spesialisttjenester bør brukes på måter som stimulerer spesialistnivået til å etterkomme ønsker fra mer lokale tjenester, for eksempel til offentliggjøring eller belønning.

6 Kultur

Mange brukere er opptatt av at gode hjelpere «møter dem som et vanlig menneske». De opplever det som en ukultur når de ikke blir vist respekt, eller når de bare blir sett som en diagnose.

Enkelte brukere forteller om fantastisk hjelp og støtte på døgnavdelingen.

Flere brukere mener at det ikke er dårlige mennesker som begynner å jobbe i psykisk helsevern, men etter å ha jobbet på institusjon en stund blir de lett en del av et system som oppleves krenkende.

Pårørende forteller at de oppfattes som årsaken til sykdommen, et hår i suppa, som helst burde holdt seg unna og ikke bry seg.

Flere pårørende setter seg inn i faglitteratur og sjokkeres over hvor dårlig faglig oppdatert ansatte kan være, selv på egne kjerneområder.

6.1 INSTITUSJONSKULTUR

Sinnssykeloven fra 1848 inneholdt viktige føringer for institusjonspsykiatrien slik den kom til å bli.

Den ga institusjonene en selvstendig stilling, og det kan gi rom for stabile institusjonskulturer. Ifølge Iversen (2000) har mange psykiatriske institusjoner utviklet kulturer preget av kynisme og distanse som et forsvar mot en smertefull involvering i brukernes lidelse. Robberstad (2002) beskriver manglende faglig basert endring av pleieregimer i -60 og 70-årene og forteller om avdelinger og behandling der «verken fagleg skjønn, etiske retningslinjer eller vanleg folkeskikk galdt» (s. 20). Inntrykket var at selv om legene satt med viktig kunnskap i overordnede stillinger, brukte de sjelden den administrative eller faglige makten til å endre de tradisjonelle holdningene og rutinene. Rishovd Rund skriver i et debattinnlegg at «psykiatrien er ridd av ideologier og styrt av lokale kulturer» (Rund 1997, s. 807). Lægeforeningens gjennombruddsprosjekt viste at tvangsbruken kunne reduseres drastisk med enkle midler, men at en del avdelinger falt tilbake mot «gammel» praksis etter at prosjektfokuset var over (Mathiesen & Føyn 2002). Brukere beskriver at institusjonen ofte påvirker de ansatte og bidrar til krenkende handlemåter, og ansatte har fortalt at de først flere år etter å ha sluttet ved viktige kulturbærende institusjoner, forstår hvor sterkt de ble preget av kulturen der. «I psykisk helsevern har behandlerne tradisjonelt hatt stor frihet til å velge behandlingsmetoder, uten at disse alltid er blitt fulgt systematisk opp for å sikre at de virker og er til gagn for pasienten» (Statens helsetilsyn 4: 2001, s. 3).

Lever gamle institusjonskulturelle trekk videre i dag? Tabellen nedenfor sammenligner en kritisk gjennomgang av historikk og tidsånd omkring sinnssykeloven fra 1848 (Blomberg 2000) med tema som går igjen i brukerfortellinger i dag.

Brukerfortellingene tyder på at institusjonskultur med gamle røtter fortsatt setter negativt preg på brukeropplevelsen i for mange døgninstitusjoner. Det vitner også om en levende kultur at brukerautonomien i lokalbaserte tjenester skapte store kulturkonflikter med institusjonstenkningen (Robberstad 2002). Selv etter Opptrappingsplanens oppbygging av DPS ligger hovedvekten fortsatt på sykehustjenestene (SHdir 2003 s. 18).

Brukermedvirkning og samarbeid dreier seg om å dele makt og innflytelse. Døgninstitusjonelle rammer og rutiner, alarm og annet personale tilgjengelig gir makt og stiller færre krav til brukertilpasning enn hjemmebesøk. Brukerautonomien ved for eksempel et hjemmebesøk strukturerer i større grad en maksimal tilpasning til brukeren, slik at den ansatte stadig vurderer viktige forhold ved egen atferd (Robberstad 2002). Selve rammen om et døgntilbud ligger heller ikke godt til rette for den vanskelige balansen mellom å ta ansvar for og ta ansvar fra brukeren. Institusjonsrammene innebærer at en del vanlige livsoppgaver som bolig, innkjøp eller klesvask utføres for og ikke av brukerne. Det er vanskelig å finne rom for brukerinnflytelse og -medvirkning på institusjoner som samler mange brukere døgnet rundt, flere av dem mot sin uttalte vilje, med ulik uro, ulike ønsker og problemutforminger. Innenfor slike rammer ble viktige deler av metodene og forståelsesmåtene for psykiske lidelser utviklet. Institusjonenes organisering og plassering var slik at nettverksarbeid og lokalsamfunnsperspektiv ikke var viktig. Alle rollene i døgnavdelingene kunne utformes på dette grunnlaget. Både verdien av og virkemidlet brukermedvirkning kommer i konflikt med viktige elementer fra institusjonskulturen, som kontroll og asylsuverenitet. Det er også en utfordring å erstatte enkelte av institusjonskulturens beskyttelsesmåter for medarbeiderens belastninger med nye beskyttelsesmåter som åpner for sammenheng og brukermedvirkning (Iversen 2000).

FØRINGER OG FORARBEIDER TIL SINNSSYKELOVEN AV 1848	BRUKERFOTELLINGER FRA 1990 TALLET OG 2000-TALLET
Institusjonen skal på medisinsk grunnlag og uten innblanding fatte beslutninger om brukeren.	Pårørendes vurderinger avvises, kommunenivået deltar ikke i beslutningene, liten brukermedvirkning.
Pasienten skal være avsondret fra en del viktige forhold fra livet før institusjonaliseringen.	Det legges lite til rette for kontakt med pårørende og hjemstedet under sykehusopphold.
Noen ganger finnes det sykdomsskapende faktorer i pasientens hjemmemiljø, og fravær fra disse kan skape bedring.	Pårørende opplever seg som «hår i suppa» og implisert som årsak til lidelsen.
Brukerens atferd skal holdes under oppsikt og kontroll.	Å få autonomi over eget liv er det viktigste ved å bli utskrevet.

Både brukere, fagfolk og det offentlige har lagt vekt på å gjøre tjenestene til lærende organisasjoner. Disse bør ha identitet, kultur og virksomhet knyttet til systematisk problemløsning og utforskning av nye metoder. De bør stadig lære av egen erfaring og historie, lære av andres praksiserfaringer og evalueringer og sikre at ny kunnskap blir effektivt innarbeidet i organisasjonen. Å sette en kontinuerlig kvalitetsutvikling i system er en viktig ledelsesoppgave i tjenestene (Lindhardt 2000). Et annet forhold er i større grad å ta i bruk kunnskap fra flere forskningstradisjoner, som brukeropplevd bedring (recoveryforskning) og forskning om lange linjer i behandling av schizofreni som tyder på at helbredelsesraten i større grad enn medisintyper og samtalemetoder, avhenger av økonomiske forhold (Sørgaard 2002, Topor 2001) eller trekk ved nettverket og relasjoner (Borg 2001, Seikkula 2000).

Forskning og akademisk prestisje er konsentrert i spesialisthelsetjenesten, og er mindre til stede i kommunalt psykisk helsearbeid. Døgnvirksomhetens rammer preger både hva det forskes på, og hvordan det forskes. Dette har bidratt til at litteratur, forskning, penger og definisjonsmakt forblir i spesialisthelsetjenesten. Da er det nærliggende å forvente at grunn- og videreutdanning kan preges av rammer, kultur og verdier utviklet av og for døgnbasert spesialisthelsetjeneste. Derfor er det uheldig at Norsk forskningsråds evaluering av utdanningssatsingen i Opptrappingsplanen legger langt sterkere vekt på hvor mange som utdannes, og hvor de jobber, enn om de har den realkompetanse og de ferdighetene som brukere og tjenestesteder mener de trenger. Et lyspunkt er at et nytt norsk tidsskrift for psykisk helsearbeid blir utgitt.

Hvis man ser på hvilke utdanningsgrupper som tar de tverrfaglige videreutdanninger for alvorlige psykiske lidelser i regi av SEPREP og for barn av psykisk syke i regi av Organisasjonen Voksne for Barn, ser man at disse programmene følges av ansatte fra alle utdanningsgrupper, men få leger og psykologer deltar. Det virker paradoksalt at universitetsutdannede kulturbærende spesialister ikke deltar i fornyelsesbestrebelsene som disse tverrfaglige utdanningene representerer. Brukerfortellingene gir ikke noe grunnlag for å tro at disse gruppene har noe mindre fornyelsesbehov enn andre faggrupper. Men de belønnes likevel mer for å videreutdanne seg til spesialister i fagspesifikke spesialiseringsordninger, som blant annet vektlegger veiledning og mesterlæring fra erfarne, og kanskje kulturbærende spesialister.

For barn og unge var det aldri noen sterk asyltradisjon; institusjonene hadde mindre omfang, og institusjonskulturen var mer fleksibel (Robberstad 2002), selv om det også finnes negative brukerfortellinger herfra.

6.1.1 MAKTE OG AVMAKTE I INSTITUSJON

Brukere og pårørende forteller om mange enkelthendelser hvor de opplever krenkelser i møte med hjelpeapparatet. Uakseptabel formidling av diagnoser (Holte 2002), avvisning av pårørende, ignorering av behandlingsforskning og uforberedte utskrivinger (Berg 2002), å bli sett som bare en diagnose og ikke et helt menneske (Austrem 1999) er eksempler på enkelthendelser som oppfattes som hyppige problemer. De kan oppleve seg krenket av kjennetegn ved systemet, som når de må fortelle historien sin enda en gang, eller ikke får bestemme leggetiden selv. Men de forteller også om enkeltepisoder med overtramp og maktmisbruk på institusjoner, der det kan virke som om enkeltansatte handler mot bedre vitende, unødige krenkende, demonstrerer sin makt eller nærmest virker ondsinnet. En nærliggende forklaring på slike overtramp kan finnes i tilnærminger til makt(mis)bruk generelt. Slikt misbruk ser ofte ut til å henge sammen med avmakt på andre områder. Avmakt på ett område øker risikoen for å bruke makt på et annet område der maktbrukeren er eller opplever seg sterkere. En mulig avmaktskilde for ansatte i døgningstusjoner er at de har et totalansvar for brukeren, men likevel begrenset evne til å ha full kontroll og skape positiv endring for brukeren. Brukere i døgningstusjoner forteller selv om avmaktsopplevelser, og samme mekanisme kan bidra til å forklare episoder med fysisk maktbruk fra brukere.

6.2 KULTUREN I KOMMUNALE TJENESTER

Kommunale tjenester er i mange tilfeller nye eller tillagt nye funksjoner. Kommunale rammer, med hjemmebesøk og væresteder som viktige ingredienser i tilbudet, plasserer mer selvbestemmelse hos brukere. Viktig kunnskapsgrunnlag stammer fra tverrfaglige videreutdanninger i psykisk helsearbeid for høgskoleutdannede og SEPREFs videreutdanning for arbeid med alvorlig psykisk syke. Disse utdanningene bringer ulike faggrupper sammen og kan endre tradisjonelle forestillinger om hva som er sentralt for mennesker med psykiske lidelser. Dette er nye utdanningsordninger som bør evalueres grundig. Midlene og føringene i Opptrappingsplanen har gjort det mulig å bygge opp tjenester med liten grad av historikk og «institusjonskultur», på godt og vondt. Stemningsrapportene fra brukerorganisasjoner tyder på at kommunale tjenester er viktige for mange mennesker med psykiske lidelser, og at kvalitetsvurderingene dels er annerledes og mer positive enn for døgningstusjoner. Brukere knytter gjerne positive vurderinger til kulturelle forhold som holdninger, synet på brukeren og involvering av pårørende. Men det er store forskjeller kommuner og ansatte imellom, og flere brukerrepresentanter har innvendinger både mot kapasitet, prioriteringer, kompetanse og innhold i mange kommunale tjenester. Selv om de kommunale rammene gir positive muligheter, er det også mange brukere som forteller om behov for andre tjenester med sterkere innslag av kompetanse

og tiltak som er mer vanlig i spesialisthelsetjenesten. Kanskje det i større grad enn i dag er mulig å kombinere de beste elementene fra spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester?

Hjemmeboende brukere med råderett over egne ting tvinger i større grad frem frivillighet, brukermedvirkning og støtte til positiv bruk av brukerautonomien. Dette leder i mange tilfeller til langsiktige funksjonsbedringer som institusjonene ikke har oppnådd (Robberstad 2002). Intervjumaterialet hennes tydet også på at disse rammene bidrar til at kommunale helsearbeidere innenfor psykisk helse-feltet ønsker stor bredde og kjennskap til mange varierte tilnærminger, slik at de kan bruke de tilnærmingerne pasienter og systemene har bruk for. Behandlingssynet skal passe brukerens behov, de ansatte skal ikke ha et felles eller fastlagt behandlingssyn, slik det ofte har vært vanlig i døgningstusjoner. På kommunefeltet er ikke avansert teoribygging og sofistikert begrepsbruk noe ideal, men slik kunnskap omformes til et hverdagsspråk som brukere og alle ansatte kan forstå.

6.3 DISTRIKTPSYKIATRISK SENTER

Brukerfortellingene om DPS har stort spenn. Enkelte brukere er redde DPS, fordi den oppfattes som lik og tett knyttet til døgningstusjonene. Andre har opplevd seg krenket, at tjenesten var fastlagt med små muligheter for brukermedvirkning. Mens atter andre forteller om fleksible tilbud, både om samtaler, medisiner, og lavterskel døgningopphold i vanskelige perioder som har bidratt større stabilitet og unngåelse av tvangsinnleggelser og døgningopphold.

Distriktpsykiatriske sentra er opprettet på ulike måter, for eksempel ved utvidelse av en psykiatrisk poliklinikk, samorganisering av en poliklinikk og et psykiatrisk sykehjem, endring av en institusjon, eller nybygging. Mange poliklinikker er preget av kontorbasert individualbehandling, og ved moderate psykiske lidelser har pårørende ofte vært begrenset involvert. Ved DPS-er der kontorbasert individualbehandling lever videre som et ideal, stilles det krav til brukernes oppmøte og motivasjon som diskvalifiserer en del brukere, og behandlere går kanskje sjelden ut av kontoret. Mange psykiatriske sykehjem har hatt fokus på oppbevaring og kontroll, og dette kan være videreført i noen bo- og behandlingssentra. Begge disse tradisjonene har viktige begrensninger for brukermedvirkning og fleksibel lokalforankring, og det kan være nødvendig med målrettet endringsarbeid for å etablere brukerorienterte tjenester. Men det finnes også poliklinikker og sykehjem med brukerorienterte holdninger og verdier som har videreutviklet tjenestene ut fra samfunnsendringer, forskning og brukermedvirkning. Mange DPS-er ser ut til å ha overskredet kulturelle begrensninger, og vurderes positivt av brukere og pårørende.

6.4 KAN RETNINGSLINJER ENDRE KULTUR?

I brukerfortellinger om de positive vendepunktene har medisiner, faglige prosedyrer og standardiserte behandlingsopplegg liten plass (Borg 2001; Kogstad 2003). I kvantitativ behandlingseffektsforskning er standardiserte behandlingsopplegg et forskningsmetodisk krav. Men standardisering er også kritisert som retningslinje for behandling, det kan for eksempel virke fremmedgjørende, ufleksibelt og objektivtende. Hvis brukere ønsker og trenger fleksibilitet, kan standardisering slå negativt ut (Borg & Topor 2003, Bøe & Thomassen 2000). Men prosedyrer kan også bidra til at man sikrer brukerinnsflytelse, og at brukervurderinger kommer frem. Dette er blant annet forsøkt i veileder, forskrift og maler for individuell plan. Enkelte ansatte forteller at en gevinst ved individuell plan er at retningslinjene kan endre arbeidsmåter og øke brukermedvirkningen. Fagfolk forteller også at fleksibel bruk av standardiserte prosedyrer kan alminneliggjøre brukeren og oppleves som et befriende redskap for behandlingsarbeidet (Boland 1997). Pårørende etterlyser også oppdatert faglighet og raskere forkasting av tankegodt og en del praksisformer som ikke får støtte i sammenlignende behandlingseffektsforskning, til fordel for bedre dokumenterte behandlingstilnærminger. Et sentralt moment på en kvalitetskonferanse i Danmark var at det måtte medisineres etter oppdaterte retningslinjer, ikke ut fra udokumenterte lokale tradisjoner (Psykiatrifonden 2000).

Prosedyrer, manualer og minstestandarder for situasjoner, som diagnoseformidling, pårørendekontakt, bivirkningsvurderinger eller utskriving, kan være et mulig virkemiddel for å styrke brukernes posisjon og skape nødvendige endringer i institusjonskulturen. Gjennombruddsprosjektet for tvang i psykiatrien hadde mange eksempler på at døgnavdelingene fant problemer i egen virksomhet og lagde prosedyrer som ivaretok dette bedre og med økt brukertilfredshet (Mathiesen & Føyn 2002). På tross av diskusjonen om standardiserte metoder, ser organisasjonskulturen ut til å være mye mindre innrettet mot kvalitetssikring av metoder enn hva som er tilfellet i somatisk helsevern, for eksempel har ikke Senter for medisinsk metodevurdering vurdert en eneste metode i psykisk helsevern (jf. Mørland 2003). Prosedyrer og manualer kan ha ulemper og bidra til et fokus som reduserer fleksibiliteten for brukerne, men det er også viktig å sørge for at alle brukere opplever et tilbud med et minimum av kvalitet og med fravær av dårlig praksis. Pårørende og brukere bør ha en selvstendig plass ved bordet når prosedyrer, standarder og manualer utarbeides og revideres.

6.5 OPPSUMMERING OG TILTAK

Institusjonskulturen ser ut til å være sterk og stabil mange steder, og har viktige elementer som gjør brukermedvirkning vanskelig og den opplevde kvaliteten dårlig for mange.

SHdirs kvalitetsaspekt om å basere tjenester på pålitelig kunnskap har et betydelig forbedringspotensial. Vi mangler mye kunnskap om effekten av tiltak som gjennomføres, eksisterende kunnskap brukes i for liten grad, og det er også uenighet om hvilke kunnskapskilder som er gyldige. Dette, og andre forhold ved institusjonskulturen, gir grunn til å tvile på at risikoen for feil og uønskede hendelser er minimalisert, og at ressursene brukes slik at brukere og samfunn får mest mulig gevinst.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE: Kraftsenter for lokalbasert psykisk helsearbeid

Det bør iverksettes tiltak for å bidra til å utfordre det faglige hegemoniet som døgningstusjonene fortsatt forvalter. Det bør skapes et miljø med tilstrekkelig faglig tyngde til å videreutvikle og iverksette nye former for lokalbasert psykisk helsearbeid. Viktige funksjoner kan være å samle og oppdatere kunnskap, administrere en nettbasert kunnskapsbank om feltet, utgi et norskspråklig tidsskrift om lokalbasert psykisk helsearbeid, arrangere kurs og konferanser og drive forskning og evaluering av lokalbasert psykisk helsearbeid. Et slikt kraftsenter kan ta ulike former. Det kan utvikles som en enhet i det eksisterende universitets- eller høyskolesystemet, eller som et mer frittstående kompetansesenter.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE: Merittering av videreutdanningsopplegg

Leger og psykologer følger i liten grad tverrfaglige videreutdanninger. Lønnssystemene belønner de profesjonsspesifikke spesialiseringsordningene som psykiater, barnepsykiater og spesialist i klinisk psykologi for voksen eller barn. Belønningssystemer, innhold, og pedagogiske metoder bør drøftes, slik at man kan vurdere endringer i lys av behovet for brukervedvirkning, kulturendring og fornyelse av tjenestene.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE: Utdanning for aktuelle praksisarenaer

Grunn- og videreutdanninger må sikre at innhold og metoder i undervisningen speiler de arbeidsoppgavene og føringene for de tjenestene studentene skal ut å arbeide i, og de typene kompetanse som Opptappingsplanen etterspør.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE: Evaluering av nye tjenester

DPS og kommunale tjenester har fått nytt innhold og omfang med Opptappingsplanen. Disse må evalueres av pårørende og brukere slik at det etableres bedre kunnskap om hvordan nye tjenester fungerer, og hvordan de kan bedres.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE: Database over lokalt utviklede prosedyrer og retningslinjer

Det bør videreutvikles eller opprettes et nasjonalt og lett tilgjengelig nettsted der tjenester på en enkel måte skal legge inn sine prosedyrer og retningslinjer rettet mot heving av kvalitet og økt brukervedvirkning. Nettstedet drives og redigeres slik at det blir enkelt å finne relevante eksempler på kvalitetshevende innsats. Dette kan bidra til større spredning av ideer og fremme den løpende interne kvalitetsutviklingen ved tjenestestedene.

7 Rettigheter

Brukere forteller at de opplever å ha få rettigheter i psykisk helsevern. Særlig opplever mange at de krenkes og er rettsløse ved tvangsinnleggelse og tvangsbruk. Brukere nevner flere rettigheter som kunne bedre situasjonen, blant annet rett til å skifte behandler, rett til å få en alvorlig diagnose revurdert av en annen behandler, og alminnelige menneskelige- og sosiale rettigheter under institusjonsopphold.

I 1980-årene ble det lagt vekt på «å styrke pasientens rettsstilling i forhold til et behandlingsapparat som i virkeligheten var gitt nesten all myndighet» (Syse 2001 s. 27). De viktigste lovparagrafene for mennesker med psykiske lidelser finnes i pasientrettighetsloven, psykisk helsevernloven og kommunehelseloven. For mennesker med moderate psykiske lidelser har en rett til vurdering og behandling vært viktig overfor et tjenesteapparat med kapasitetsmangel og mange oppgaver. Mange mennesker ønsker hjelp for psykiske lidelser, men får det ikke. Manglende tilgjengelighet er et stort bidrag til manglende kvalitet i tjenester for mennesker med psykiske lidelser, for eksempel for voksne med ADHD.

Pasientrettighetene har stort sett fokus på rett til behandling, og lite fokus på rett til å slippe behandling. En del mennesker som behandles for alvorlig psykisk lidelse, ønsker å slippe det, og etterspør styrking av slike rettigheter. De mener at alvorlige diagnoser settes raskt, og at diagnosene senere blir stående som en fast og altomfattende forståelsesramme. Enkelte kritiske brukere arbeider derfor for at det skal kreves to enige spesialister for å sette diagnosen alvorlig psykisk lidelse, og at brukeren skal kunne oppnevne den ene. Den eksisterende retten til fornyet vurdering i spesialisthelsetjenesten kan knyttes til en slik diskusjon. Hvis brukeren får ny henvisning fra en allmennlege, har hun rett til å få en ny vurdering av samme tilstand, for eksempel i forhold til en foreliggende vurdering, mer utredning, eller vurdering av alternative behandlingsmåter (Syse 2001 s. 118). Selv om rett til fornyet vurdering også gjelder ved diagnostisering av alvorlig psykisk lidelse, tyder ikke brukerfortellingene på at dette er en mulighet som fungerer eller er tilgjengelig.

Brukere forteller at hvis de ønsker å skifte behandler, kan det bli forklart som et sykdomssymptom eller nektes av andre grunner. Lov om pasientrettigheter bygger på premisset om at det kan oppstå interessemotsetninger mellom brukere og pårørende på den ene siden og helsepersonell, helseinstitusjoner og finansieringskilder på den andre. Loven tar ikke for gitt at helsepersonell handler i tråd med pasientenes interesser på kort og lang sikt. Fastlegeordningen hjemler for eksempel fritt legevalg med inntil to legebytter pr. år.

Helsepersonell kan gjøre feil eller passe brukeren dårlig. Brukere bør derfor ha anledning til å kunne skifte en behandler som ikke fungerer godt for dem, valgmuligheter verdsettes i mange brukerfortellinger.

Brukere forteller at journalen lett gir et skjevt bilde av en person, der bare det sykdomsrelaterte trekkes frem. Noen vektlegger at opplysninger i journal er selektert, og at for eksempel vaktjournal ofte gir et mer dekkende bilde av for eksempel en konfliktsituasjon med tvangsbruk. Datatilsynet har gitt pasienter medhold når de har krevd opplysninger slettet fra journal (Syse 2001 s. 42), mens ansatte har vektlagt at muligheten for å helbrede sykdom gjør at sletting av opplysninger som hovedregel ikke bør forekomme.

Journalen tegner et viktig bilde av enkeltbrukerens møte med en tjeneste. Brukere opplever mange ganger journalen som krenkende og nedverdiggende, og at det ikke er mulig å få opplysninger eller påstander slettet. En journal i psykisk helsevern får ofte et tett forhold til brukerens liv og personlighet, og kan bidra til at alminnelig atferd i spesielle situasjoner tolkes inn i en sykdomsforståelse. Hvilke konsekvenser skal brukermedvirkning få for hvordan innholdet blir bestemt?

Kritiske brukermiljøer rekrutterer sine medlemmer delvis på grunnlag av misnøye, og i disse miljøene er det en klar oppfatning at det medisineres for raskt, at for mange medisineres, at det gis for store doser, at det brukes for mange medikamenter samtidig, og at informasjonen er mangelfull. Også gjennombruddsprosjektet om tvang viste at mange avdelinger hadde betydelig forbedringspotensial i forhold til informasjon (Mathiesen & Føyn 2002). Dette kan stå i motsetning til pasientrettighetsloven, som gir brukeren rett til den informasjonen som trengs for å få innsikt i egen helsetilstand, og hva undersøkelser, diagnose, prognose, behandling og behandlingsalternativer innebærer. Informasjonen skal ha omfang og kvalitet som gir brukeren grunnlag for å medvirke, velge mellom og samtykke til tilbudet. Slik informasjon skal også gis i psykisk helsevern (Syse 2001 s. 146). Informasjon om risiko eller mulige uheldige virkninger skal journalføres, og er ikke brukeren informert om dette, har hun rett til erstatning (Syse 2001 s. 152).

7.1 TVANG

Tvangsinnleggelse har iboende trekk som er krenkende og nedverdiggende. Opplevelsene er i mange tilfeller skjellsettende for brukerne, og mange kommer aldri over episoden, selv om de i ettertid ser at noe måtte bli gjort (Robberstad 2002 s. 137). I år 2000 var det 9842 innleggelser i psykiatriske sykehus, og 47 prosent av disse skjedde med hjemmel i tvangsparagrafene i psykisk helsevernloven. I tillegg kan opplevd tvang ha et langt større omfang enn den registrerte tvangen (Hatling 2002). Det er et mål i seg selv at et demokratisk, fritt og rettighetsorientert samfunn bestreber seg på å redusere tvangsbruken til et nødvendig minimum. Brukerorganisasjonene legger sterk vekt på reduksjon av tvangsbruken og på styrket samarbeid og brukermedvirkning.

Hovedregelen for helsehjelp er at brukeren skal samtykke til hjelpen på grunnlag av god informasjon. Men ved alvorlig psykiske lidelser kan brukere tvinges til innleggelse og behandling i psykisk helsevern mot sin uttrykte vilje (Syse 2001, s. 66). Bestemmelsene om tvungent psykisk helsevern ble i hovedsak videreført i den nye psykisk helsevernloven. Flere brukerorganisasjoner var kritiske til dette og mente at hovedproblemene i forhold til tvangsbruk ville fortsette. Spesielt for Norge er at det er lov å tvangsinnlegge til observasjon ved mistanke om alvorlig psykisk lidelse. Observasjonsparagrafen brukes i et betydelig omfang, og er problematisk i forhold til det vanlige prinsippet om at det skal være godt gjort at et menneske har en alvorlig psykisk lidelse før man fraviker samtykkeprinsippet og bruker tvang (Hatling 2002). En undersøkelse fra Østfold, som har omfattende bruk av observasjonsparagrafen, viste at omtrent halvparten av dem som ble tvangsinnlagt etter observasjonsparagrafen, fikk opphevet tvangen ved spesialistundersøkelsen neste dag (Gjelstad, Løvdahl, Ruud & Friis 2003). En rekke tvangsinnleggelser, med alt det de innebærer for den enkelte bruker, resulterer altså ikke i mer enn en natt i døgninstitusjon!

Den europeiske menneskerettighetskonvensjon forbyr tortur, umenneskelighet og nedverdiggende behandling, og vektlegger rett til sikkerhet og personlig frihet. Tvangsbruk begrunnes som regel av hensyn til pasientenes beste eller befolkningens behov for beskyttelse (Hatling 2002; Blomberg 2002). Hvis tvang skal begrunnes ut fra pasientens beste «nødvendiggjør [det] en helt annen kunnskapstatus enn fagfeltet har i dag», og befolkningsbeskyttelse «stiller oss i tillegg til kunnskapsutfordringer også overfor store utfordringer i forhold til hvordan vi etterlever basale menneskerettigheter» (Hatling 2002, s. 254).

I internasjonal sammenheng bruker Norge mye tvang overfor mennesker med psykiske lidelser (SHdir 2003). Tvangsraten ved det enkelte sykehus forutsies best av raten ved det samme sykehuset forrige år (Hatling 2002).

Nasjonale tradisjoner for tvangsbruk, institusjonskultur og lokale vurderingstradisjoner ser derfor ut til å bidra til Norges store omfang av tvangsbruk. Høyer & Dalgard (2002, s. 210) vurderer at over lengre tid er rettssikkerheten styrket i psykisk helsevern, og at denne styrkingen ikke er drevet frem av tjenestefeltet, men snarere med motstand fra tjenestefeltet. Likevel viser en del analyser at styrkede juridiske rettigheter øker muligheten for å nå behandlingsmål (Høyer & Dalgard s. 211). En gjennomgang av undersøkelser om tvang og isolat viste at det ikke finnes dokumentasjon på positiv effekt av dette, men det finnes mange kvalitative data om negative effekter. Det er derfor viktig å utvikle og prøve ut alternativer (Sailas & Fenton 2003). Alternativer til dagens tvangsbruk er lavere omsorgsnivå på behandlingsopplegget, tilbud om tjenester tidligere og ved lavere alvorlighet, økt vekt på redusert eller minimal tvangsbruk ved tjenestestedene, og mobilisering av lokale ressurser også ved akutt alvorlig psykisk lidelse.

Et annet forhold knyttet til rettigheter er om en bruker kan bruke en periode hvor hun har samtykkekompetanse, til å bestemme hvordan behandling skal gjennomføres i en situasjon hvor tvangsvilkårene er oppfylt? I somatisk helsevern aksepteres ofte slike ønsker, selv om de kan føre til alvorlig helseskade. I psykisk helsevern forsøkte en bruker i 1998 å opprette et psykiatrisk testamente, men dette ble ikke tatt til følge (Psykisk helse nr. 4, 1998). Et forslag for stortinget (Inst. O. nr. 73 1998–99) om å ta økt hensyn til slike reservasjoner ble nedstemt (Høyer & Dalgard 2002, s. 217), men i dag kan individuell plan i noen grad være et dokument der brukeren kan delta i planlegging av eventuelle fremtidige innleggelser med alvorlig psykisk lidelse.

På oppvekstfeltet kan foreldre samtykke til psykisk helsevern for barn, på tvers av barnets uttrykte ønske. Det er sterke restriksjoner på bruken av tvangsmidler under slike opphold, men barns opplevelser av for eksempel holding viser at forskjellene i fysisk størrelse fører til at barn opplever dette som et tvangsmiddel, selv om det ikke er definert som tvangsmiddel i lov om psykisk helsevern. Ved rusbruk hos ungdom er det sosialtjenestelovens § 6A som brukes, og verken pasientrettighetsloven eller psykisk helsevernloven gjelder (Syse 2001, s. 71), og ved alvorlige atferdsproblemer hos ungdom tillater barnevernlovens § 4–24 plassering og tilbakehold i institusjon mot ungdommens og foresattes vilje. Denne forskjellen i lovhjemling av tvangsbehandling av normbrytende atferd hos ungdom og andre psykiske lidelser kan virke som en historisk tilfældighet. Diskusjonen om statlig overtakelse av fylkesbarnevernet i kjølvannet av foretaksreformen skaper betydelige endringsmuligheter for spesialiserte oppveksttjenester, og er en anledning til å gjøre en samlet drøfting av institusjonsstruktur og tvangsbruk for barn og unge under ulike lovverk.

GODT EKSEMPEL

Den norske lægeforening gjennomførte et gjennombruddsprosjekt om tvang som kombinerte en sentral prosjektorganisasjon med lokale problemområder. Hver avdeling definerte egne mål, prioriteringer og tiltak i samråd med eksterne ressurspersoner. Med enkle midler klarte mange avdelinger å gjennomføre betydelig reduksjon av anvendt og opplevd tvang (Mathiesen & Føyn 2002).

GODT EKSEMPEL

En del steder er det opprettet tilbud utenom døgningstusjonene som gir mulighet for et tettere tilbud på dag- eller døgnbasis i tyngre perioder, for eksempel når brukeren tror situasjonen kan forverres. Brukere som tidligere hadde flere årlige tvangsinnleggelses forteller at slike fleksible tilbud nå har bidratt til at de har unngått tvangsinnleggelses i flere år.

7.2 PÅRØRENDES RETTIGHETER VED TVANGSBRUK

Pårørende forteller at det grusomt å se en av sine nærmeste tvangsinnlegges. En del er delaktige i prosessen frem mot tvangsinnleggelse, men kan også da oppleve avvisning, manglende informasjon og hemmelighold av behandlingsopplegget, og de kan oppleve seg som bår i suppa.

Utgangspunktet er at pårørende har sentral kunnskap om brukeren, er kompetente ressurser og varige innflytelseskilder for brukerne. I akutte situasjoner kan de være samarbeidspartnere, helsepersonellens medarbeidere og sørgende slektninger (Robberstad 2002 s. 159), eller mennesker i krise (Berg 2002). Ved alvorlig fysisk sykdom er slike pårønderoller vanlige.

Pårørende har rett til informasjon om helsehjelp og sykdom. For barn har foreldre rett til all informasjon, mens ungdommer fra 12 til 16 år i økende grad skal samtykke før foreldrene får informasjon. Voksne brukere med samtykkekompetanse har rett til selv å bestemme over informasjon til pårørende, og dette hensynet skal som oftest gå foran pårørendes rett til informasjon. Hvis primærbrukeren har nedsatt samtykkekompetanse, kan pårørende informeres av hensyn til seg selv eller ut fra antatt samtykke (Syse 2001, s. 163). Tvangsinnleggelse innebærer at brukeren ikke regnes å ha samtykkekompetanse, og ansatte skal dermed vurdere å gi informasjon til pårørende uavhengig av brukerens uttrykte vilje. Men selv ved full samtykkekompetanse tilsier helsepersonelloven at pårørende kan informeres mot brukerens vilje, hvis pårørende har stor interesse av informasjonen (Syse 2001). Hvordan pårørende til voksne skal involveres ved alvorlige psykiske lidelser, er et komplisert spørsmål med mange dilemma og vanskelige avveininger.

Vanlig debutalder for alvorlig psykisk lidelse er ofte omkring myndighetsalderen, for mange «ugift voksen alder», der «nærmeste pårørende» ofte er mindre nær enn i andre livsfaser. Hvis pårørende ved alvorlige psykiske lidelser opplever seg uønsket og som «hår i suppa», blir disse brukernes helsetilbud i større grad overlatt til helsepersonellens vurdering alene, enn for eksempel i døgningstusjoner for barn eller demente. Dette er ifølge pasientrettighetsloven ikke et tilstrekkelig godt beslutningsgrunnlag for inngripende utredning og behandling. Pårørendes historier tyder på at innsynet og pårørendemedvirkningen ved alvorlige psykiske lidelser er mindre enn for eksempel ved fysisk sykdom. De mange brukerne med alvorlige lidelser i «ung ugift alder» risikerer at de i mindre grad enn andre brukergrupper får supplert institusjonens beslutningsgrunnlag med pårørendes perspektiv og kunnskap.

7.3 OPPSUMMERING OG TILTAK

Det ser fortsatt ut til å være mulig å heve kvaliteten i tjenestene ved å tenke grundigere igjennom hvordan en del rettigheter som er selvfølgelig i somatisk helsevern, kan gjennomføres også for mennesker med psykiske lidelser. Utsagn om at tjenestene har vært motkrefter mot styrkede rettigheter (Høyer & Dalgard 2002, s. 210), er en utfordring til fagfelt og forskningsfelt om å utvide og styrke kunnskapsgrunnlaget for hvordan mest mulig frivillighet skal oppnås. Tvangsbruk har mange negative kvaliteter for brukere.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE: Bred gjennomtenkning av rettighetssituasjonen i psykisk helsevern

Trass i økt fokus på rettigheter i psykisk helsevern ser det ut til å være behov for en grundig gjennomgang av mulighetene for å styrke brukernes rettigheter og finne hvordan man praktisk kan gjennomføre de rettighetene som er lovfestet i dag.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE: Gjennomføre rett til fornyet vurdering for psykiske lidelser

Eksisterende praktisering av muligheten for fornyet vurdering ved diagnostisert alvorlig psykisk lidelse bør vurderes. Prøveordninger iverksettes med målsetning om at lovbestemmelsene skal vise til tilgjengelige muligheter for fornyet vurdering.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE: Bred drøfting av pårørendes situasjon ved alvorlige psykiske lidelser

Det er behov for en bred drøfting, utvikling og evaluering av hvordan man på ulike måter kan møte pårørendes situasjon når deres nærmeste rammes av alvorlig psykisk lidelse. Både rettigheter, ansattes praksis og metoder, og pårørendes egne handlingsmuligheter er relevant.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE: Videreføring av tvangsreduksjon ut fra gjennombruddsprosjektets tiltakstyper

Gjennombruddsprosjektet om tvang i regi av Den norske lægeforening viste et stort potensial for kvalitetsforbedring og reduksjon av tvang med enkle midler. Mange brukere kan oppleve forbedret kvalitet dersom dette potensialet utløses i Norges døgningstusjoner. Det bør derfor gjennomføres et større prosjekt som over tid stimulerer, iverksetter og vedlikeholder tvangsreduksjon i alle norske døgningstusjoner, men med sterkere brukermedvirkning. Prosjektet bør også ha som mål å etablere lokale redskaper som stimulerer til åpen, reflektert og endringsorientert kultur på bekostning av tradisjonsbundet huskultur.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE: Oppfylle informasjonskravene i pasientrettighetsloven for alle

Informasjon til brukere med psykiske lidelser må i det minste ha den kvaliteten og det omfanget som følger av pasientrettighetsloven, uavhengig av innleggelsesmåte eller kontaktform. Brukere må få forsvarlig informasjon om medisiner, samtaletilbud og andre tiltak som er en del av helsehjelpen. Brukerorganisasjoner og det offentlige bør utvikle og spre materiell og eksempler som tydeliggjør hvordan god informasjon skal og kan tilbys og gis mennesker med psykiske lidelser i ulike situasjoner.

AKTUELT INNSATSOMRÅDE: Muligheter til å endre journal

Det bør utvikles en prøveordning eller praksisformer som forener brukeres ønske om å kunne endre journalens helhetlige bilde, samtidig som journalen beholder en akseptabel kvalitet som beslutningsgrunnlag. Tidligere vurderinger som i ettertid vurderes som uriktige eller lite dekkende, må kunne korrigeres eller refortolkes.

8 Psykisk helsearbeid for et nytt århundre

«Se på Seikkula i Västra Lappland og hva de har fått til der. Det tror jeg er det stedet som kommer nærmest det tilbudet jeg ønsker meg. Der bruker de lite medisiner, og de legger nesten ikke inn til det sentrale sykehuset».
(Sagt av talsperson for en brukerorganisasjon).

Nytt psykisk helsearbeid innebærer et ønske om å endre kultur, etikk, verdier og arbeidsmåter i møtet med mennesker med psykiske lidelser. Slike ønsker gjenfinnes også i Opptrappingsplanens mål om mest mulig frivillighet, brukermedvirkning, desentralisering og nye arbeidsformer. Ønsket om vidtfaende endringer er stort i flere brukerorganisasjoner, men finnes også i deler av den allmenne befolkningen og blant fagfolk. Dette ønsket har vært sterkest og tydeligst i forhold til alvorlige psykiske lidelser. Selv om det er mange oppfatninger som delvis spriker, finner vi flere ulike spor som leder i samme retning til et noe mer konkret bilde av nytt psykisk helsearbeid:

- Pårørende- og brukerorganisasjoner og enkelthrueres ønsker og visjoner
- Innholdet i tjenester, der brukere medvirker og styrer mer enn vanlig
- Forskning om brukeres opplevelse og vurdering av hva som skaper bedring (recovery)
- Erfaringer fra rimelig gode desentraliserte tjenester
- Forskning om nettverkets og pårørendes betydning for langtidsforløp
- Cochrane Librarys oppsummeringer av kunnskapsstatus for alternativer til døgnomsorg ved psykiske lidelser

8.1 ELEMENTER I NYTT PSYKISK HELSEARBEID

I løpet av forprosjektarbeidet har det utkrystallisert seg en del viktige elementer som er viktige for å kunne skape langt bedre brukeropplevd kvalitet i et nyorientert psykisk helsearbeid.

8.1.1 BRUKERENS OPPFATNINGER OG ØNSKER

Brukerorganisasjoner er kritiske til umyndiggjøringen som ofte møter mennesker med psykiske lidelser. Som brukere og pårørende har de viktige forståelser og meninger for sin situasjon, og dette gjelder også i perioder med alvorlige lidelser. Forskningen om pasientopplevd bedring for alvorlig psykisk lidelse viser samme bilde: Brukere har

aktive strategier for egen bedring og foretar viktige valg om hvordan de skal arbeide med egen situasjon. Psykisk helsearbeid for et nytt århundre må utvikle metoder og faglighet til i større grad å ta utgangspunkt i brukernes oppfatninger og ønsker. Først da vil mange av kravene til bedret kvalitet kunne realiseres.

En del brukere opplever det krenkende hvis ansatte formidler at sykdommen er en livstidsdom. De ønsker å bli møtt med optimisme og håp om bedring. Det er og har alltid vært slik at mange mennesker som har hatt en psykotisk episode eller fått diagnosen schizofreni, får en betydelig bedring. Likevel står en faglig forestilling om at schizofreni er en kronisk sykdom som stadig forverrer seg, der pasienten ikke har særlig utsikt til å bli frisk, sterkt i moderne psykiatrisk litteratur, uten at man egentlig har hatt noen god empirisk dekning for dette (Topor 2001a og b).

8.1.2 NETTVERKET OG PÅRØRENDE INVOLVERES POSITIVT

Pårørende har hatt som sine viktigste prioriteringer at de må tas på alvor og informeres og involveres når deres nærmeste utvikler psykisk lidelse. Familiebånd er viktige og er bygd opp på godt og vondt over et helt langt liv. Familien er ofte sentral i et menneskes liv, også ved psykiske lidelser. Derfor bør familien trekkes aktivt med i utformingen av tilbud og tiltak fra første stund. Valdresprosjektet er et eksempel på hvordan en arbeidsmetode kan bidra til at det åpnes nye muligheter i forholdet mellom pårørende og et menneske med alvorlig psykisk lidelse. Pårørende vet at de har kunnskap og erfaringer som er viktige for at deres nære skal få det best mulig. Stabile relasjoner er viktige, enten de har behandlingsinnhold eller ikke, og nettverket har viktige virkninger og funksjoner som er avgjørende for langtidsprognosen ved alvorlig psykisk lidelse (Borg og Topor 2000, Seikkula 2000). For barn og unge er familien sentral for hvordan de har det, og hvordan det går med dem på sikt, og konsekvensen er at man legger stor vekt på lokale og polikliniske tiltak. Hovedbegrunnelsene for brukermedvirkning, erkjennelsen av at institusjonsopphold vil utgjøre en liten del av de aller fleste brukeres liv (St.meld. nr. 25, 1996–97), og at familiebandene også er viktige under institusjonsopphold, peker i samme retning som de pårørendes hovedprioritering.

Likevel viser pårørendeerfaringer at det i Norge i 2003 ikke sjeldent forekommer at pårørende aktivt holdes utenfor behandlingen. Bergs (2002) fortelling er et eksempel, der hun opplevde å bli møtt med antydninger om at hun var årsaken til sønnens sykdom. Hun ble holdt utenfor ved viktige beslutninger, men familien

var også plutselig god nok som bosted etter utskriving, uten at hun opplevde helhetlig informasjon eller forklaring på holdningsendringen. Blant miljøpersonale er forestillingen om familien som årsak til schizofreni levende, noe som kan se ut til å henge sammen med negativ holdning til pårørende og arbeidet overfor dem (Bøckmann 1998). Dette kan komme på toppen av den belastningen og krisen man ville opplevd ved enhver alvorlig sykdom i nær familie.

GODT EKSEMPEL:

Valdresprosjekt 1 var et samarbeid mellom Sør-Aurdal og Nord-Aurdal kommune og DPS avdeling Aurdal. De opprettet et nettverksorientert lokalt basert tilbud og vektla også brukermedvirkning, kontinuitet og å utnytte eksisterende ressurser i kommunene og lokalsamfunn. 11 brukere fikk et slikt tilbud. I en ekstern evalueringsrapport ble prosjektet vurdert som vellykket blant annet ut fra at de klarte å arbeide ut fra brukernes premisser. Kvalitative brukerintervjuer viste fornøyde brukere og pårørende, og flere hadde en langsom positiv utvikling i prosjektperioden. Prosjektet ble også vurdert til å ha arbeidet i tråd med de retningslinjer og metoder de hadde planlagt (Brottveit 2002)

8.1.3 BEHANDLERINVOLVERING

Enkelte brukere legger vekt på at store positive endringer ofte dukker opp etter at de har møtt engasjement og involvering utover det vanlige, enten det er i eller utenfor tjenesteapparatet. Er det ansatte i tjenester som bidrar til dette, fortelles det ofte om at de har gått utover en vanlig profesjonell rolle. Intervjuer med brukere som når et godt funksjonsnivå etter en alvorlig psykisk lidelse, viser at også de vektlegger at de møtte en behandler som involverte seg personlig, brydde seg utover det profesjonelle (Borg og Topor 2000; Kogstad 2003). Brukere forteller om mange slags tegn på at hjelperne er ekstra empatiske og involverte, for eksempel at behandler gir sitt private telefonnummer (Austrem 1999), eller deltar i en aktivitet med kontaktpersonens familie (Borg & Topor 2001). Også behandlere forteller at involvering utover den vanlige rolleutformingen kan virke positivt for brukeren (Robberstad 2002 s. 153).

Disse brukervurderingene av behandlerinvolvering står i et motsetningsforhold til rådende rolleutforming der profesjonell distanse til brukeren regnes som viktig. Når gjentatte brukerhistorier og enkelte ansatte formidler at empati utenom vanlig profesjonell empati bidrar til positive vendepunkter, er dette et fenomen som må diskuteres på bredt grunnlag. Kanskje kan motsetningen løftes frem, drøftes, undersøkes og klargjøres, og etter hvert forstås bedre og kanskje brukes mer systematisk.

8.1.4 KONTINUITET

Tilbudet må henge sammen med de viktigste forholdene i brukerens liv, og det må henge sammen med seg selv. Kontinuitet innebærer at leddene i forløpet blir færre og i større grad utføres av samme personer, også uavhengig av det som er ulike omsorgsnivå i dag. Brukere og brukerorganisasjoner er mer positive til mer lokale tilbud. Når det prøves ut lokalt baserte behandlingstilbud, får de ofte god og positiv mottakelse av brukere og nettverk (Brottveit 2002, Seikkula 2000). Å minske eller oppløse den store avstanden mellom kommunale tjenester og elementer fra spesialisthelsetjenesten ser ut til å være nødvendig for å skape sammenheng i tjenesten.

I motsetning til dette er tjenestesystemet i dag preget av organisert diskontinuitet, med hyppige skift mellom linjer, avdelinger, fagpersoner, kontorer og tjenester for delaspekter av et menneskes liv. Dagens rammer gir begrensede muligheter til å skape kontinuitet.

8.1.5 LOKALBASERTE TILTAK

Negative virkninger av de vanskelige institusjonsrammene bidrar til en konklusjon om at nytt psykisk helsearbeid er lokalt baserte tjenester for psykiske lidelser – også de alvorlige. Brukere forteller om devaluerende og krenkende sykehusopphold (Austrem 1999), og institusjonsrammene gjør det vanskelig for mange å få brukt egne ressurser og mestringsstrategier (Borg & Topor 2003). Også den generelle kritikken av de totale institusjonene (Goffman 1967, Løchen 1984) viser hvordan gode intensjoner er vanskelige å gjennomføre i totale institusjoner, og hvordan selve institusjonsrammene direkte motvirker brukermål som bolig og selvbestemmelse og behandlingsmål som autonomi, selvtillit, aktivitet og daglig alminnelig samvær. Nettverksforskning viser at mens det lokale nettverket er avgjørende for langtidsprognosen ved alvorlig psykisk lidelse, har et lengre sykehusopphold en ødeleggende virkning på nettverket, som etter to lengre sykehusopphold ofte reduseres med to tredeler, slik at stort sett bare slektninger og ansatte står

igjen (Seikkula 2000). Metaanalyser som sammenligner ulike behandlingssteder for samme pasientgruppe, finner at spesifikke lokalsamfunnstilnærminger (Marshall & Lockwood 2003) og daghospital i stedet for innleggelser (Marshall et al 2003) kommer likt eller noe bedre ut i forhold til standardtiltak og døgnavdelinger. Planlagte korttidsopphold skaper ikke flere «svingdørsopphold» enn langtidsopphold (Johnstone & Zolese 2003).

Lokalbaserte tilbud må få tilstrekkelig med ressurser til å gi et slikt tilbud av kvalitet, fleksibilitet, kapasitet og varighet i tid, noe som ikke har skjedd hittil (Sørgeard 2002). Fleksibilitet innebærer også at det finnes døgntilbud eller døgndrammer som er tilgjengelige og har lav terskel og fleksibelt innhold. Skal dette realiseres må lokalnivået ha en totaløkonomi som er tilstrekkelig til øvrige oppgaver, og midler til psykisk helse som gjør at tjenestene i de fleste kommuner får hodet over vannet og kan etablere tilbud på nye måter til nye grupper ut fra egen kapasitet og entusiasme.

8.1.6 REDUSERE VEKTLÆGGING AV MEDISINERING

Flere brukerorganisasjoner og enkeltbrukere er kritisk til medisinerbruken i dagens psykiske helsevern. Brukermisnøyen med medisiner bekreftes indirekte i en rekke studier og i metaanalyser fra Cochrane-biblioteket, som viser betydelige ubehagelige bivirkninger (Thornley et al 2003, Cormac et al 2003). Brukere tar langt mindre medisin enn foreskrevet når de har mulighet til det, noe som i mange tilfeller faktisk ikke har målbar effekt på behandlingsresultatet (Haynes et al 2003). En gjennomgang av medikamentsammenligninger viste at medikamenter som virker bedre på symptomer i døgnavdelingen, ikke fører til at disse brukerne blir raskere utskrevet eller bedre i stand til å stå i arbeid (Wahlbeck, Cheine & Essali 2003). En sammenligning av 2000 nevroleptikaeffektundersøkelser fant at effekten av medikamentet ble lavere i undersøkelser som hadde høyere kvalitet (Thornley & Adams 1998). Kogstad (2003) analyserer over 700 brukerhistorier om positive og negative vendepunkter fra 495 personer samlet i en spørreundersøkelse gjennom Mental Helse. Personene hadde historier med psykisk sykdom, og alle alvorlighetsgrader var representert.

Av 380 positive vendepunktshistorier dreide bare 18 seg om positive vendepunkter der medisiner var involvert, og 11 av disse var i kombinasjon med samtalerterapi. Flere dreide seg om SSRI-medikamenter for depresjon, og medisiner for bipolar affektiv psykose, og om vendepunkter ved reduserte doser eller nye medikamenter. En del brukere opplevde at de positive virkningene av permanent medisiner oppveide de negative, og syntes medisinerne hadde bidratt til en situasjon de kunne leve med.

Bruken av psykofarmaka, og særlig antipsykotiske medikamenter, diskuteres mye. Det er mange medisinkritiske og medisindustrikritiske brukerstemmer og pårørendestemmer, og viktige deler av brukernes observasjoner og vurderinger kan gjenfinnes i nevnte oppsummeringer av medikamenteffektstudier og i recoveryforskning. Sammen med brukermedvirkning som en verdi taler dette for å se på dagens medikamentbruk med kritisk blikk. Det bør gjøres vurderinger på bredt grunnlag, og brukervurderingene taler for å lete etter og prøve ut virkemidler og tjenestetyper som reduserer behovet for medisinbruk.

8.2 PRINSIPPER FOR EN BRUKERORIENTERT TJENESTE

Tiltak for mennesker med psykiske lidelser utenfor døgningstusjonene kan deles inn i en tjenestesystemtilnærming eller en lokalsamfunnstilnærming (Sørgeard 2002). Opptrappingsplanen preges av tjenestesystemtilnærmingen, der DPS spesifiseres i typer tjenester, som poliklinikk, dagbehandling, bo- og behandlingstilbud, tilrettelagt arbeid og flerfaglig tilnærming. Denne rapporten har i praksis fokusert på lokalsamfunnstilnærmingen med større vekt på bruk av naturlige nettverk og hjelpere og holdningsarbeid. Ulike prinsipper for nytt psykisk helsearbeid er prøvd ut for eksempel i TIPS-prosjektet, i lokalsamfunnsbaserte tjenester (Robberstad 2002, Brottveit 2002), og i andre prosjekter i ulike land (Seikkula 2000). Viktige ingredienser i slike tjenester er oppsummert på neste side:

Rammer/struktur

- Rask intervensjon. Helst innen et døgn etter at krise oppstår
- Ambulant. Hjelperen/team må kunne dra fra tjenestested til hjem, skole, arbeidsplass, legekontor, politistasjon, akuttmottak etc.
- Minimere sykehusopphold: De bør være så lokale, sjeldne og korte som mulig
- Mobilisere de lokale ressursene og allerede involverte personer (for eksempel i nettverksmøte) og nedtone profesjonelle hjelpers rolle
- Legge vekt på ansvar og kontinuitet og færrest mulige brudd i relasjoner. Dette innebærer at mer lokale fagfolk bør stå for innholdsprioriteringer og behandlingskontakter ved eventuelle døgnopphold
- Evaluering av tjenestene, med bruk av både forskningsbaserte tiltak og praksisbasert forskning
- Tjenesteytere sørger for at brukere har noe jevnlig kontakt, for eksempel minst en time pr uke for brukere med lengre sykdomshistorie

Holdninger, forventninger

- Brukeren er like verdig og delaktig i relasjoner
- Brukere og pårørende er samarbeidspartnere i utforming av tilbudet
- Regne med at brukeren snart vil gjenoppta et mer vanlig liv
- Tro på og inspirere til endring til en bedre situasjon
- Spille på eksisterende ressurser hos brukeren
- Spille på eksisterende ressurser hos pårørende
- Brukeren har akseptabel bolig, arbeid, penger, gjenstander (materiell autonomi)
- Brukeren styrer i relasjonene (autonomi)
- Mulighet for valg av personlige kontakter
- Etterstrebe å styrke og støtte faktorer som brukeren selv opplever at hjelper
- La brukeren styre innholdet i fagfolks tilbud
- Være lokalbasert

Nytt psykisk helsearbeid forutsetter at mange tradisjonelle «sannheter» og arbeidsmåter revideres både i utdanninger og på alle nivå i tjenestekjedene. Betydningen av institusjonsskader på nettverk og initiativ, samt mange brukeres ønsker, tilsier at hele feltet må ta et grunnleggende oppgjør med døgnavdelingen som «den egentlige og beste psykiatri». Når et slikt oppgjør er gjennomført vil de mest attraktive stillingene, de fleste prestisjefylte forskningsprosjektene og publikasjonene være innen nytt psykisk helsearbeid.

8.3 OPPSUMMERING OG TILTAK

Nytt psykisk helsearbeid er en utforming som forholder seg til mange av hovedlinjene i brukernes fortellinger og ønsker. Disse prinsippene kan også gis en forankring i forskning, og det er dokumentert at tradisjonell institusjonsbehandling ikke er en tiltakstype som gir bedre langtidsprognose.

AKTUELT INNSATSONOMRÅDE: Nytt psykisk helsearbeid

Innhold og organisering av nytt psykisk helsearbeid må klargjøres, gjennom konferanser, kunnskapsutvikling og utprøving. Det er avgjørende at brukerrepresentanter har innflytelse og er med i dette arbeidet.

Det kan gjennomføres flere prosjekter med nytt psykisk helsearbeid i betydelig skala som underkastes grundig og bred evaluering. Omfanget bør være så stort at det blir rasjonelt med en tilstrekkelig kompetanse- og ressursoverføring til lokalbaserte tjenester, og at tjenestene ikke blir for sårbare ved sykdom eller jobbskifte.

Satsing på det vi har kalt nytt psykisk helsearbeid kan også sees i sammenheng med at Sosial- og helsedirektoratet i en omtale av TIPS-prosjektet vurderer å «rulle det ut i hele landet», avhengig av evaluering i 2004.

9 Å snu feltet på hodet eller ned på bena

En viktig og gjentakende erkjennelse gjennom arbeidet har vært at det beriker og gir mer sammenheng og mer kvalitetsrelevante forståelsesmåter hvis vi snur vanlige måter å tenke og forstå feltet på. Det kan synes som om flyten av ideer, tilnærminger, holdninger, definisjonsmakt og kompetanse i mange tilfelle med fordel kan snues i forhold til det som ofte har vært vanlig.

- Brukerfortellinger kan danne et sentralt utgangspunkt for forståelsen av problemer i tjenestene og hva som kjennetegner gode tjenester og gode tiltak; brukervurderinger fremfor behandler- og teorisentrerte vurderinger. tiltak; brukervurderinger fremfor behandler- og teorisentrerte vurderinger.
- Det mest lokale nivået kan danne utgangspunkt for hvordan tjenestesystemet bygges opp og fungerer; lokalt og kommunalt hegemoni fremfor døgningstusjonelt hegemoni.
- Det som nå regnes som sideprioriteringer og sideaktiviteter; bolig, arbeid, økonomi, rehabilitering, systemarbeid, pårørendearbeid og brukermedvirkning kan, bli hovedaktiviteter; alminnelig behovshierarki fremfor symptomfokus.
- Lokalforankret arbeid med alvorlige vansker kan tilflytte tenkning rundt lettere vansker, fremfor at arbeidsformer utviklet for lettere vansker overføres til alvorlige psykiske lidelser.
- Oppvekstfeltets fokus på pårørende/foreldre, kontinuitet og behovet for lokalforankring kantomflytte voksefeltet, fremfor at voksen brukerflytstenkning og behandlingsmetoder skal forme oppvekstfeltet.
- Tjenestekjedefokus, funksjonsfokus og henvisningstenkning kan vike for samtidighet, nettverk og aktivering av tjenester.

Dette er snuoperasjoner som vi synes har hjulpet oss til bedre og bredere forståelse, til å sette tatt-for-gitt-heter i perspektiv, kanskje kan de også virke slik for andre.

Gjennom en satsing på prosjektet «Kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid» vil vi ha større mulighet til å nå alle målene som er beskrevet i Opptrappingsplanen. Og sist, men viktigst: Vi vil kunne tilby tjenester som er bedre og mer effektive enn dem vi har i dag.

10 Referanser

Austrem, Liv Marie (1999). Møte med psykiatrien. Erfaringer fra pasientar, pårørende og fagfolk. Oslo: Det Norske Samlaget.

Berg, Nina B.J. (2002). Blåmann. Ung psykisk lidelse – familiens smerte. Oslo: H. Aschehoug & Co.

Bickman, Leonard (1996). A continuum of care. More is not always better. *American Psychologist*, Vol 51. s. 689–701.

Bickman, Leonard (1997). Resolving issues raised by the Fort Bragg Evaluation. *American Psychologist*, Vol 52. s. 562–565.

Bjorgen, Dagfinn & Johansen, Karl J. (2002). Kvalitetsforbedring gjennom brukerevaluering. *Dialog. Bulletin for SEPREP*, vol 12, nr. 1.

Blomberg, Wenche (2002). Galskapens hus. Internering og utskilling i Norge 1550–1850. Oslo: Universitetsforlaget.

Boland, Catharina (1997). Kan standardisering av utredningsprosedyrer forstyrre relasjonen mellom klient og terapeut? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, Vol 34 (9), s. 806.

Borg, Marit (2001). Virksomme relasjoner. *Dialog. Bulletin for SEPREP* vol. 11. nr. 2 juni 2001 s. 44–57.

Borg, Marit & Topor, Alain (2000). Livet underveis. Erfaringsbasert kunnskap om bedringsprosesser. *Dialog. Bulletin for SEPREP* vol. 10. nr. 2–3 desember 2000 s. 79–89.

Borg, Marit & Topor, Alain (2001). Bodils historie. *Dialog. Bulletin for SEPREP* vol. 11. nr. 2 juni 2001, s. 94–103.

Borg, Marit & Topor, Alain (2003). Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Kommuneforlaget

Brottveit, Ånund (2002). På pasientens premisser – erfaringer med nettverksmøte i hjemmebasert psykiatrisk behandling i to Valdreskommuner. Rapport nr. 1/2002. Oslo: Diakonhjemmets høgskolesenter, Forskningsavdelingen.

Burns T, Knapp M, Catty J, Healey A, Henderson J, Watt H & Wright C. (2001). Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technology Assessment*, vol. 5(15). s. 1–139.

Bøe, Tore Dag & Thomassen, Arne (2000). Mot en mer menneskelig psykiatri. Fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse. Oslo: Universitetsforlaget.

Bøckmann, Kari (1998). Attitudes of ward staff toward families of patients suffering from schizophrenia. Cand.psychol. dissertation. Department of psychology. University of Tromsø.

Cormac I, Jones C, Campbell C, Silveira da Mota Neto J. (2003). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

Crowther R, Marshall M, Bond G & Huxley P (2003). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

Deegan, Pat (2003). A recovery-based Approach to Client Choice. Foredrag under SEPREP-workshop. Lysebu 21. okt. 2003.

Gjelstad, Kari; Løvdahl, Hans; Ruud, Thorleif & Friis, Svein (2003). Tvangsinnleggelse til psykiatrisk observasjon – blir de opphevet dagen etter? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, Vol. 123, s. 917–920.

Goffman, Ervin (1967). Anstalt og menneske. København: Jørgen Paludans Forlag.

Hatling, Trond (2002). Bruk av tvang innenfor psykisk helsevern. I R. Norvoll (red.) *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P (2003). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

Helgesen, Marit (2003). Brukerinvolvering i psykisk helsearbeid i kommunene. Norsk institutt for by og regionsforskning: NIBR notat 2003:117.

Helsedepartementet (2002). Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 1. februar 2002. Avgitt til Helsedepartementet 17. desember 2002. Oslo: Helsedepartementet.

Holte, Arne (2002). Kampen om egen diagnose. Kronikk i *Dagbladet søndag* 29. desember 2002.

Høyen, G. & Dalgard O.S. (2002). Lærebok i rettspsykiatri. Oslo: Gyldendal akademisk.

Iversen, Agnete (2000). Hvordan sikrer og utvikler vi den nødvendige kvalitet i det psykiatriske arbeide? Stuktur – organisation og ledelse. Foredrag på konferansen Kvalitet i psykiatrisk behandling. Hvordan forbedrer vi den psykiatriske behandling? Konferanserapport fra konferanse avholdt på Christiansborg 24. februar 2000. København: PsykiatriFondens Forlag.

- Jacobsen, S.M. & Wergeland Sørbye, L. (2000). Barn og unge sviktes – igjen. Artikkel i *Barn i Norge* 2000 s. 4–17. Årlig publikasjon fra Organisasjonen Voksen for barn, tilgjengelig via www.vfb.no
- Johnstone P. & Zolese G. (2003). Length of hospitalisation for people with severe mental illness (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
- Joy CB, Adams CE, Rice K (2003). Crisis intervention for people with severe mental illnesses (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
- Juul Jensen, U. (1983). Sygdomsbegreber i praksis: Det kliniske arbejdes filosofi og videnskabsteori. 2. udgave. København: Munksgaard.
- Kogstad, Ragnfrid Eline (2003). Tilbake til livet – hva er positive vendepunkt og hvordan skapes de? Foredrag på konferanse ved Norsk sykehus- og helsetjenesteforening 23. mai 2003.
- Køhn, Kristian (2003). Sosiale representasjoner av psykiske problemer. Hovedoppgave. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Lindhardt, Anne (2002). Hvordan øger vi behandlernes motivasjon for kvalitetssikring? Foredrag på konferansen Kvalitet i psykiatrisk behandling. Hvordan forbedrer vi den psykiatriske behandling? Konferanserapport fra konferanse avholdt på Christiansborg 24. februar 2000. København: PsykiatriFondens Forlag.
- Løchen, Yngvar (1984). Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. Oslo: Universitetsforlaget.
- Løken, Kårhild Husom (2003). Sterk som en bjønn og lita som ei teskje. Om brukeres opplevelser og erfaringer med informasjon, kommunikasjon og medvirkning. Kartleggingsrapport fra Brukerforum i Hamar, Stange og Løten kommuner.
- Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, Roberts C, Hill E, Wiersma D (2003). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
- Marshall M, Lockwood A (2003). Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
- Mathisen, Juan R. & Føyn, Per A. (2002). Gjennombruddsprosjekt psykiatri. Bruk av tvang. Den norske lægeforenings skriftserie for leger: utdanning og kvalitetssikring. www.legeforeningen.no/index.db2?id=10226
- McEvoy JP, Applebaum PS, Apperson LJ, et al (1989). Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight. *Comprehensive Psychiatry* Vol. 30, s. 13–17.)
- Mørland, Berit (2003). Erfaringer fra 5 år med medisinsk metodevurdering i Norge. I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 123, s 1213–1215.
- Pedersen, Jan-Tore (1996). Klientene og den offentlige sandkasse. Kampen og etatsgrensene og resultatene av å rive dem. Oslo: Kommuneforlaget.
- Pedersen, Jan-Tore (2002). Rehabilitering av velferdsforvaltningen. Arbeidslinjen – Samordning – Klienteffekt. Oslo: Kommuneforlaget.
- Pedersen, P.B. & Lilleeng, S.E. (2002). Ressursinnsatsen i det psykiske helsevernet på 1990-tallet. SAMDATA psykisk helsevern 2002. www.samdata.sintef.no/SAMDATA_psykiatri/2000/rapport/Rapport.pdf
- Pekkala E. & Merinder L. (2003). Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
- Psykiatrifonden (2000). Kvalitet i psykiatrisk behandling. Hvordan forbedrer vi den psykiatriske behandling? Konferanserapport fra konferanse avholdt på Christiansborg 24. februar 2000. København: PsykiatriFondens Forlag.
- Robberstad, Helga (2002). Kommunepsykiatri. Pionerar, vekst og utvikling. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rund, Bjørn Rishovd (1997). Schizofreni: psykologiens stebarn. En kommentar til Knut W. Sørugaards Innlegg «Hva skjer i Nord-Norge – egentlig». *Tidsskrift for norsk psykologforening*, Vol 34 (9), 807–808.
- Rønning & Solheim (1998). Hjelp på egne premisser. Om brukermedvirkning i velferdssektoren. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rådet for psykisk helse / Gallup (2003). Spørreundersøkelse av unge om psykisk helse og tjenestetilbudene, 20. mars 2003. Upublisert materiale fra Rådet for psykisk helse / Gallup.
- Sailas E & Fenton M (2003). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
- Sandbæk, Mona (2001). Kan barnevernstjenesten forholde seg til både foreldre og barn som brukere og aktører? I Mona Sandbæk (red.): *Fra mottaker til aktør*. (s. 243–259). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Schei, Edvin (2003). Makt i lege-pasientforholdet. I Per Fugelli, Grete Stang og Bente Wilmar (red.): Makt og medisin. Rapport 57, mars 2003, Makt- og demokratiutredningens rapportserie. www.sv.uio.no/mutr/publikasjoner/rapp2003/rapport57/index1.html
- Seikkula, Juukka (2000). Åpne samtaler. Oslo: Tano Aschehoug.
- Seikkula, J, Alakare, B & Aaltonen, J (2000). A two year follow-up on open dialogue treatment in first episode psychosis: Need for hospitalisation and neuroleptic medication decreases. *Social and Clinical Psychiatry* vol. 10 (2) s. 20–29. (Russiskspråklig tidsskrift, engelsk versjon tilgjengelig på www.talkingcure.com/Jaako%20Seikkula%20paper.rtf).
- Spjelkavik & Frøyland (2003). Yrkeshemmede i det ordinære arbeidslivet – inkludering gjennom Arbeid med bistand. Arbeidsforskningsinstituttets rapportserie 3/2003. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- SHdir (2003). Opptrappingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003–2006. Rapport 10/2003 (IS-1128) fra Sosial- og helsedirektoratet.
- Statens helsetilsyn (2-2000). Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Statens helsetilsyns utredningsserie. www.helsetilsynet.no.
- Statens helsetilsyn (9-2000). Schizofreni. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Statens helsetilsyns utredningsserie. www.helsetilsynet.no.
- Statens helsetilsyn (4-2001). Kompetansebehov i psykisk helsevern. Statens helsetilsyns utredningsserie. www.helsetilsynet.no.
- Statens helsetilsyn (6-2001). Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern. Pasientstyrt forbedringsarbeid i psykiatriske sengeposter. Statens helsetilsyns utredningsserie. www.helsetilsynet.no.
- St.meld. nr. 21, 1998–99. Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.
- St.meld. nr. 25, 1996–97. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
- St.prp. nr. 63, 1997–98. Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.
- Syse, Aslak (2001). Pasientrettighetsloven med kommentarer. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.
- Sørgaard, Knut W. (1996). Bruk av tilfredshetsundersøkelser i evaluering av psykiatriske helsetjenester. En litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 33.
- Sørgaard, Knut W. (2002). Fra institusjonsbehandling til åpen omsorg. Hva frembrakte reformene innen psykisk helsevern? *Tidsskrift for norsk psykologforening* 39, s. 796–805.
- Thommesen, Hanne (2002). Virkemidlet individuell plan. *Dialog. Bulletin for SEPREP*, vol 12, nr. 2 & 3, desember 2002, s. 32–40.
- Thornley B, & Adams C. (1998). Content and quality of 2000 controlled trials in schizophrenia over 50 years. *British medical journal*, 317. s. 1181–1184.
- Thornley B, Rathbone J, Adams CE, Awad G. (2003). Chlorpromazine versus placebo for schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
- Topor, Alain (2001a). På leting etter et forsvunnet jeg. *Dialog. Bulletin for SEPREP* vol. 11. nr. 2 juni 2001 s. 10–19.
- Topor, Alain (2001b). Begreper og forskning. *Dialog. Bulletin for SEPREP* vol. 11. nr. 2 juni 2001 s. 33–43.
- Topor, Alain & Bjerke, Carsten (2001). Forhandling om et nødvendig onde. *Dialog. Bulletin for SEPREP* vol. 11. nr. 2 juni 2001 s. 69–80.
- Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S (2003). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
- Wahlbeck K, Cheine M, Essali MA (2003). Clozapine versus typical neuroleptic medication for schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
- Ørstavik, Sunniva (2002). Det tvetydige brukerperspektivet – en teoretisk analyse. I R. Norvoll (red.) Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

NYTTIG OG LETTLEST INFORMASJON

fra Rådet for psykisk helse



Aldersdemens

Intervjuer med pårørende og faktaopplysninger om forskning og behandling av forskjellige former for aldersdemens.



Depresjon

Depresjon er noe hver tredje nordmann vil oppleve en eller flere ganger i løpet av livet. Les om årsaker, behandling, og enkeltpersoners erfaringer.



Angst

En av fire nordmenn har angst. Dette er den vanligste psykiske lidelsen. Les om andres erfaring med å komme ut av angstlidelsen, og om symptomer, årsaker og behandling.



Schizofreni

Det er mange teorier, men ingen bevis som ene og alene forklarer hvorfor schizofreni oppstår. Tidlig behandling kan være avgjørende for dem som får symptomene.



Manisk depressiv lidelse

Dette er en sykdom som arter seg svært forskjellig fra person til person. Noen har sterke manier, mens andre først og fremst sliter med veldig tunge depresjoner.



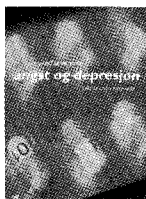
Psykiske lidelser hos barn

Hvilke behandlingstilbud finnes for barn med psykiske lidelser? Hvilke former for behandling benyttes mest? Les mer om ulike psykiske lidelser hos barn i dette heftet.



Psykiske lidelser hos ungdom

Ungdommen er en vanskelig tid da "knoppar brister". Fagfolk og ungdommer forteller om sine erfaringer, blant annet med å mestre motgang i ungdomsårene.



Nye medisiner mot angst og depresjon

Dette heftet omhandler SSRI-medisinene, de såkalte lykkepillene. Heftet gir et nyansert bilde av hvordan de enkelte medikamenter virker, bivirkningene m.m.



Pårørende til psykisk syke

Belastningen er stor for de pårørende når et nært familiemedlem blir psykisk syk. Mange har opplevd å være pårørende, og de har nyttige erfaringer å dele med andre. Ny utgave!



Tvangslidelser og fobier

Kalles gjerne skjulte lidelser fordi de som har det lett tier om sine plager. Hva er egentlig tvangslidelse? Og hva skiller en tvangslidelse fra en fobi? Finnes det hjelp å få? Ny utgave!



Personlighetsforstyrrelser

Felles for alle som har en personlighetsforstyrrelse er at de har store problemer med å forholde seg til andre. Personligheten er i en slags ubalanse, og tankegang og væremåte avviker fra det som er vanlig. Ny utgave!



Sorg hos barn og unge

Barn og unge reagerer like sterkt som voksne når de mister en de er glad i. Men de viser det på en annen måte.



Spiseforstyrrelser

Lettlest informasjon om forskjellige former for spiseforstyrrelser. Symptomer, behandling, og ikke minst hvordan omgivelsene kan gå fram når en nærstående person får spiseforstyrrelse.



Psykosomatiske lidelser

Forbindelsen mellom kropp og sjel er som en åpen dør. Heftet inneholder stoff om forskjellige behandlingsmetoder for dem som lever med mye kroppslig smerte.



ADHD

ADHD innebærer en utviklingsforstyrrelse i hjernen. Personer med ADHD klarer ikke å sitte i ro, mister konsentrasjonen og handler før de tenker.



Psykose

Intervjuer med personer som har opplevd psykose, og med pårørende. Lettfattelig informasjon om hva psykose er og om behandling og årsaker.



Utbrenthet

Er utbrenthet en motediagnose for rike og berømte? Eller et nyttig fagbegrep for å forklare sammenhengen mellom arbeidsliv og psykisk helse? Heftet gir nyttige tips om forebygging.



Homofili og psykisk helse

Mange lesbiske og homofile synes det er vanskelig å fortelle åpent om sin legning til omverdenen. Heftet inneholder flere historier om "komme-ut-prosessen". Les om råd fra forskere og helsepersonell.



Arbeidsmiljø og psykisk helse

Her finner du en rekke eksempler på hvordan arbeidsmiljøet kan forbedres, slik at både ledere og arbeidstakere får en bedre hverdag.



Rus og psykisk helse

Omfattende hefte om rus, psykiske lidelser og behandling. Les om hvordan enkelte har kommet seg ut av avhengighet, og hvordan psykiatrien kan bedre tilbudet til rusavhengige.



BLA OM for bestillingsskjema og kontaktinformasjon! Du kan også bestille på www.psykiskhelse.no



BESTILLINGSSKJEMA - eller bestill på www.psykiskhelse.no

ADRESSE: Storgata 10 A, 0155 Oslo TELEFON: 23 10 38 80 FAX: 23 10 38 81 MAIL: post@psykiskhelse.no

Fra Rådet for psykisk helse

Antall	Nr.	Tittel	Pris
☐	401	Aldersdemens	90,-
☐	402	Depresjon	90,-
☐	403	Angst	90,-
☐	404	Schizofreni	90,-
☐	405	Manisk depressiv lidelse	90,-
☐	406	Psyriske lidelser hos barn	90,-
☐	407	Psyriske lidelser hos ungdom	90,-
☐	410	Nye medisiner mot angst og depresjon	110,-
☐	411	Pårørende til psyrisik syke	90,-
☐	412	Tvangslidelser og fobier	90,-
☐	413	Personlighetsforstyrrelser	90,-
☐	414	Sorg hos barn og unge	90,-
☐	415	Spiseforstyrrelser	90,-
☐	416	Psykosomatiske lidelser	90,-
☐	417	ADHD	90,-
☐	418	Psykosar	90,-
☐	419	Utbrenthet	90,-
☐	420	Homofili og psyrisik helse	90,-
☐	421	Arbeidsmiljø og psyrisik helse	145,-
☐	422	Rus og psyrisik helse	90,-
☐	601	Bruker-/påførendemappe	9,50

Komplett sett med 20 temahefter: 50% rabatt

Rabatt ved bestilling av 100 hefter: 25%

Bladet Psyrisik helse

Antall	Nr.	Artikkel	Pris
☐	400	Årsabonnement	350,-
☐	390	2 års abonnement	650,-
☐	391	Gruppeabonnement 5 eks	990,-
☐	392	Gruppeabonnement 10 eks	1850,-
☐	395	Gruppeabonnement 30 eks	2150,-
☐	396	Gruppeabonnement 50 eks	2450,-
☐	600	Psyrisik helse samleperm	124,-

Gratis sett med "Fakta om" foldere

Antall	Nr.	Tittel
☐	226	Fakta om depresjon
☐	227	Fakta om angst
☐	234	Fakta om psykose
☐	235	Fakta om Utbrenthet
☐	236	Fakta om tvangslidelser og fobier
☐	246	Fakta om ADHD
☐	247	Fakta om Schizofreni
☐	248	Fakta om spiseforstyrrelser
☐	249	Fakta om personlighetsforstyrrelser
☐	250	Fakta om bipolar depresjon
☐	237	Gratis veggholder med plass til 5 foldere

Fra Psykiatrifonden (dansk tekst)

Antall	Nr.	Tittel	Pris
☐	300	Schizofreni	120,-
☐	301	Angst	145,-
☐	302	Selvtillitstrening	145,-
☐	303	Psykofarmaka	245,-
☐	305	For andre er livet en selvfølge	100,-
☐	306	Depresjonssykdommen og dens behandling	160,-
☐	307	Psykoterapi	140,-
☐	308	Distriktpsykiatri	85,-
☐	309	Personlighet og personlighetsforstyrrelser	140,-
☐	312	De psykiatriske diagnoser	155,-
☐	313	Stress og livskvalitet	155,-
☐	314	Demens	140,-
☐	315	Psyriske sykdommer og problemer hos barn og unge	290,-
☐	316	Mening, innsikt og medfølelse	155,-
☐	317	Sex og psyke	155,-
☐	318	Ung og sårbar	185,-
☐	319	Psykiatrisk portrettgalleri	155,-
☐	320	Alkohol på godt og vondt	185,-
☐	321	Om og med psykose	225,-
☐	322	Jacobs demoner	225,-
☐	323	Schizotypi og borderline	185,-

Rapporter fra Rådet for psyrisik helse

Antall	Nr.	Navn	Pris
☐	214	Verdig liv (2004)	150,-
☐	215	Stykkevis og delt (2004)	125,-
☐	216	Velferdsstatens forsømte gruppe 1	125,-
☐	221	Velferdsstatens forsømte gruppe 2+3	125,-
☐	222	Kan psyriske lidelser forebygges?	125,-

FIRMA: _____

KUNDENUMMER: _____

KONTAKTPERSON: _____

ADRESSE: _____

POSTNUMMER: _____ STED: _____

TELEFON: _____

E-POST: _____

Vil du vite mer? 

Gratis ukentlig e-post nyhetsbrev på:

www.psykiskhelse.no

holder deg oppdatert!

Velg blandt over 30 temaer, bl.a. "Kvalitet i psykisk helsearbeid" og "Brukermedvirkning".



RÅDET FOR PSYKISK HELSE

Adresse: Storgata 10 A, 0155 Oslo

Tlf: 23 10 38 80 Fax: 23 10 38 81

E-post: post@psykiskhelse.no

Webside: www.psykiskhelse.no



POLITIKK I OPPLYSNING I FØRSTEHJELP