

Brukermedvirk

– hva betyr det for fagrollen?

Brukermedvirkning kan bli en kamp som begge taper, eller et samarbeid med ulike roller der begge vinner.

Av Elisabeth Sortland Sande
Prosjektleder Jæren DPS

Brukeren har en lovfestet rett til medvirkning i eget tjenestetilbud. I de fleste tilfeller betyr det mer treffsikre og mer virksomme intervensjoner og tjenester. Men brukerens rett til medvirkning innebærer også retten til å la være å ta imot hjelp. I slike situasjoner settes det faglige virke opp mot brukernes rettigheter. Dette kan bli en kamp som begge taper – eller et samarbeid med ulike roller der begge vinner!

Dette var det jeg erfarte gjennom mitt masterstudium der jeg fokuserte på det komplementære i rolleparet bruker og hjelper. Vektlegging av brukerens rett til medvirkning i eget tjeneste- og behandlingstilbud, vil nødvendigvis få følger for hvordan det faglige virke kommer til uttrykk. Den ene rollen kan ikke endres uten at dette får følger for den andre.

Bakgrunnen for temaet var en erfaring om at brukermedvirkning overfor brukere med alvorlig og langvarig psykisk lidelse er et utfordrende tema. Opptrappingsplanen for psykisk helse hadde som mål at alle skulle få tilbud på kommunalt nivå som ga dem mulighet for en tilværelse i eget lokalmiljø preget av mestring og verdighet. Slett

ikke alle kan rapportere om verken mestring eller verdighet. Dyktige fagpersoner innenfor kommunehelsetjenesten er ofte fortvilte. Ikke fordi de mangler ressurser, men fordi brukeren ikke vil ta imot det de har å tilby av gode tjenester. Brukeren avviser hjelpen, og gjør dette med sine rettigheter i behold.

Med utgangspunkt i studiens funn og konklusjon, vil jeg kort gjøre rede for hvilke forhold som bør vurderes hver for seg, sammen og opp mot hverandre i debatten om hvordan brukermedvirkning skal, kan og bør praktiseres innenfor psykisk helsefeltet.

Makt og empowerment

Empowerment handler om å gi makt og myndighet til grupper som fra før regnes som undertrykte i samfunnet. Når empowerment er et tilbakevendende tema innenfor psykisk helsefeltet, har det sin berettigelse på flere måter. Det er nok å nevne stigmatisering, avhengighet til andre og manglende sykdomsinnsikt – forhold som bidrar til å opprettholde personer med psykiske lidelser som en undertrykt gruppe i samfunnet.

Debatten om hvorvidt og på hvilken

måte psykisk helsetjeneste bidrar til å undertrykke brukerne, er nødvendig og viktig, ikke minst fordi lovverket hjemler bruk av tvang. Samtidig må ikke det at debatten finner sted, være ensbetydende med at brukere av psykisk helsetjeneste er en undertrykt gruppe. Motsatsen til maktmisbruk er ansvarsfraskrivelse. Det ene er like lite ønskelig som det andre. Det er på tide å føre debatten inn i nye termer uten at vi av den grunn glemmer poengene i debatten om fare for maktmisbruk.

Makt kan forstås som et statisk begrep og som et ekspansivt begrep. Ved statisk makt får den ene part mindre når den andre får mer. Ekspansiv makt handler derimot om at koordinering og økt gjensidighet mellom aktører fører til at alle får mer makt, og at summen av makt kan vokse. Når makt forstås som et ekspansivt begrep, unngås maktkampen – en kamp som brukerne mest sannsynlig vil tape. Forståelsen og definisjonen av makt som et ekspansivt begrep kan føre psykisk helsefeltet inn i dypere diskusjoner om hvordan brukermedvirkning kan forstås og anvendes – og dermed gi grunnlag for et likeverdig samarbeid der både bruker og fagperson fyller rollene optimalt.

ning



Fakta

- Elisabeth Sortland Sande er utdannet psykiatrisk sykepleier. Hun har master i helse og sosialfag med fokus på brukerperspektiv.
- Tittelen på masteroppgaven var «Bruker og hjelper - komplementære roller under gjensidig påvirkning». Hensikten med studien var behov for utdypende forståelse av brukermedvirkning som rettighet og ideologi innenfor helsevesenet, spesielt innenfor arbeidet med personer med alvorlig og langvarig psykisk lidelse, og ofte sammensatt tjenestebehov.
- Jæren Distriktpsikiatriske Senter (JDPS) er både psykiatrisk lokalsykehus og distriktpsikiatriske senter.

Likeverdighet

Min studie har temaet «Bruker og hjelper – komplementære rolle under gjensidig påvirkning». Den ene rollen er avhengig av den andre, og motsatt. Men rolleparten bruker og hjelper er ikke symmetriske. Kunnskap og makt er nær forbundet med hverandre. Brukeren er avhengig av fagpersonenes kunnskap, og uten denne avhengigheten har verken bruker eller fagperson noen berettigelse.

Likeverdighet er en høyt aktet verdi, og ofte en verdi som løftes frem når det er snakk om brukermedvirkning. Kan et asymmetrisk forhold være et likeverdig forhold? Ja – i forhold til den medmenneskelige dimensjonen. Ja – i forhold til retten til å eie den subjektive oppfatningen om hva som er riktig og viktig og smått og stort i livet. Nei – i forhold til kunnskap og erfaring om psykisk lidelse og tilhørende behandling. Fagpersonen og brukeren må posisjonere seg på en slik måte overfor hverandre at faglige vurderinger foretas på bakgrunn av mest og best mulig informasjon og medvirkning fra brukeren om de subjektive erfaringene i forbindelse

med den psykiske lidelsen. Samarbeidet mellom bruker og fagperson bør preges av gjensidig tillit til, forståelse for og aksept av hverandres roller og funksjon. Uten et slikt samarbeid vil selv den mest kunnskapsrike og erfarne fagperson komme til kort. Lykkes en derimot i samarbeidet med brukeren, vil faglige vurderinger og intervensjoner være treffsikre, virksomme og til det beste for brukeren.

Behandlings- vs hverdagsperspektiv

Studiens empiri viser at fagpersoner som arbeider med brukere som har alvorlig og langvarig psykisk lidelse, har en rolle som strekker seg fra behandling og intervensjoner i akutte og kritiske faser, til langvarig oppfølging innenfor hverdagslivet. Innenfor denne vide og omfattende rollen, har fagpersonene det samme ansvar for å legge til rette for at brukeren får innfridd sine rettigheter om medvirkning i eget behandlings- og tjenestetilbud. Studiens informanter

tolker dette ansvaret ulikt avhengig av om de definerer sin rolle som rettet mot behandling av lidelsen eller om de retter sin rolle mot brukerens hverdagsliv. Innenfor et behandlingsopplegg legger fagpersonen til rette for at valg og medvirkning ikke bør foregå i større utstrekning enn det som brukeren har forutsetning for å forholde seg til. Bakgrunnen for denne tolkningen er brukerens åpenbare lidelse og normer for god praksis. I sin ytterste konsekvens gir ikke fagrollen rom for medvirkning i det hele tatt. I den andre ytterligheten gir rollen rom for medvirkning til dels på tvers av fagpersonens anbefalinger.

Fagpersoner som har sin rolle innenfor brukerens hverdagsliv, har ikke samme etablerte norm for hva god praksis handler om – til det er historien for kort. Fagpersonene har på den ene siden kunnskap om og erfaring med gode og anerkjente behandlingsformer, men overføringsverdien av denne kunnskapen til brukerens hverdagsliv er ikke like åpenbar. Dette skyldes til dels lovverk og helsepolitiske føringer som i sterk grad vektlegger brukernes rettigheter. Det ser også ut som at det å rette sin rolle mot brukerens hverdagsliv, gir fagpersonen økt sensitivitet for hvor mye inngripen som er akseptert uten at det krenker respekten for den enkelte.

Som rettighet og ideologi

Brukermedvirkning er beskrevet med utgangspunkt i empowermentideologi og maktteori, noe som er relevant når en skal forklare undertrykte gruppers kamp for likeverdighet og demokrati. Pasienter, og i særdeleshet personer med psykisk lidelse, har en historie som tilsier undertrykking og uverdighet i behandlingen så vel som i samfunnet for øvrig. I det perspektivet er empowermentideologi og brukerrettigheter et tegn på utvikling, redusert stigmatisering og økt demokrati. Denne ensidige forankringen står i fare for å overskygge brukernes rett til helsehjelp, og at helsehjelp kun har sin berettigelse i et asymmetrisk maktfor-

hold. Studiens empiri viser nødvendigheten av å ha begge disse dimensjonene med når brukermedvirkning som rettighet og ideologi skal forklares, tolkes og anvendes gjennom skjønn i daglig praksis.

Som kvalitetsvariabel

Lovverk og helsepolitiske føringer om hvordan brukerne skal sikres rett til medvirkning, har utelukkende til hensikt at tjenestetilbudet skal bli bedre og at brukeren skal oppleve økt mestring og verdighet gjennom medvirkning og deltagelse i tjenestetilbudet. Deler av studiens empiri viser at fagpersoner vurderer brukermedvirkning som en forutsetning for treffsikre intervensjoner, og dermed også en forutsetning for utvikling av fagrollen. Studiens empiri viser også at brukerrettighetene kan føre til forringelse av tjenestetilbudet og svekket helse og velferd. Dette gir ingen utvikling av fagrollen, tvert imot reiser slike situasjoner spørsmålet om fagrollen reduseres med fare for å grense mot faglig uforsvarlighet. Dette viser at fagrollen påvirkes av helsepolitiske verdier og strømninger og at fagrollen i noen tilfeller kommer i konflikt med profesjonsteori og profesjonsetikk som tilsier at fagrollen skal sikte mot bedring av helse og velferd. For at fagpersoner skal utøve sitt virke i samsvar med profesjonsteori og profesjonsetikk, må brukermedvirkning som rettighet og ideologi sammenholdes med brukermedvirkning som en rettighet som skal sikre kvalitetsforbedring av tjenestetilbudet.

Som kvalifisert medansvar

Brukermedvirkning som rettighet og ideologi har vært den mest fremtredende delen av dette temaet siden innføringen av pasientrettighetsloven ble i 1999. Helselovgivningen og helsepolitiske dokumenter har alle i seg formuleringer som, i tillegg til brukermedvirkning, sier noe om fagpersoners ansvar for å sørge for at brukeren har kompetanse for medvirkning. Studiens empiri viser at dette i stor



BRA FOR BEGGE: Lykkes en med samarbeidet, kan brukermedvirkning være bra for både pleier og pasient.

grad oppfattes som samtykkekompetanse etter helselovgivningens formuleringer, hvilket betyr at nær sagt alle har samtykkekompetanse. På bakgrunn av studiens analyse og drøfting av empiri, kommer det fram at samtykkekompetanse og medvirkningskompetanse ikke kan forstås som likeverdige begrep. Medvirkningskompetanse forutsetter ikke bare forståelse for ulike valg, men også for konsekvensen av valgene. Brukermedvirkning innebærer et medansvar, og hvis det skal være etisk forsvarlig med bakgrunn i fagpersonens yrkesetikk, må brukeren være kvalifisert for medansvar. Fagrollens ansvar i prosessen som skal gjøre brukeren kvalifisert for medansvar går gjennom ekte paternalisme i faglig trygghet for at paternalistiske tilnærminger kan bidra til å styrke brukerens autonomi.

Denne studien er gjennomført som en del av masterstudiet Helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv ved Universitetet i Stavanger. Hensikten med studien var behov for utdypende forståelse av brukermedvirkning som rettighet og ideologi innenfor helsevesenet, og da spesielt innenfor arbeidet med personer med alvorlig og langvarig psykisk lidelse, og ofte sammensatt tjenestebehov. Flere undersøkelser tyder på at idealer og realiteter ikke stem-

mer overens. En dypere forståelse for hvilke konsekvenser brukermedvirkning medfører for fagutøvelsen, vil også gi en dypere forståelse av hva brukermedvirkning som rettighet og ideologi innebærer for brukeren. Jeg håper kunnskapen som har kommet frem vil være til nytte og inspirasjon i det daglige arbeidet med brukergruppen, og at den enkelte bruker opplever at medvirkningen i eget tjenestetilbud virkelig fører til en bedret tilværelse.

Likeverdighet er en høyt aktet verdi, og ofte en verdi som løftes frem når det er snakk om brukermedvirkning.

SØK LPS OM FAGSTIPEND

LPS deler i år ut
kr 30.000 i fagstipender

Søknadsfrist for 2011 er 15. april og 15. september

Søknadene sendes til:

Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Psykiatriske Sykepleiere – LPS
v/leder Kurt Lyngved, Per Helgesens vei 16, 8013 Bodø

E-mail: kurt.lyngved@gmail.com

