

Kristin Ådnøy Eriksen

Høgskulelektor, Avdeling for helsefag, Høgskolen Stord Haugesund

E-post: kristin.eriksen@hsh.no

PASIENTERFARINGAR SOM KVALITETSINDIKATOR

”BRUKAR SPØR BRUKAR” I EI PSYKIATRISK DØGNAVDELING

ABSTRACT

Service user research in a psychiatric ward – The patients' experiences

The aim of this study was to provide a basis for quality improvement in a psychiatric ward in a community based psychiatric centre. The article elucidates what patients talk about in focus groups lead by former patients according to the method “user asks user”. Four focus groups with twelve participants were established. Six former patients have been moderators in the groups. The patients express that they feel safe in the ward, have a sense of being included in a fellowship and are grateful for receiving help. They talk about what it is like to be a psychiatric patient and to depend on help from others. The relationship to the helpers is important. The helper must be calm, make the patient feel safe and be someone the patient can trust in. He or she must show interest in the patient and be able to understand the background and situation of that patient. The patients would like more information about their illness, the treatment and medication, and they would like the family to be more included. Most of the results in this study are known by the people who work in the wards. The challenge is to make the patients' knowledge and experience not only known, but also of importance and of value. Only then will the patients' experiences be taken into consideration by the professionals.

Key words

English: Patient experiences, focus groups, psychiatric ward, quality control, service user involvement

Norwegian: Pasienterfaring, brukar spør brukar, fokusgrupper, distriktspsykiatrisk senter, kvalitetsmåling

Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning, 2008; 10: 40-50

INTRODUKSJON

Prosjektet "Brukarstyrt tenesteevaluering" vart gjennomført i ei allmenpsykiatrisk avdeling ved eit distriktspsykiatrisk senter (DPS). Initiativet til prosjektet kom frå "Arbeidsgruppa for brukarmedverknad i psykiatrien" i opptaksområdet til det aktuelle DPS. Denne gruppa har representantar frå lokallaga i Mental Helse, det aktuelle helseføretaket og tilsette i kommunale psykisk helseverntenester. Ideen til prosjektet er henta frå eit liknande prosjekt i Sør-Trøndelag (Bjørgeren & Johansen, 2001). Prosjektet er eit svar på styresmaktene sine oppmodingar om å involvera pasientar og pasientrepresentantar i utforming og utvikling av tenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, 2006; Rådet for psykisk helse, 2004). Pasientane sine erfaringar og tankar om tenestene er nytta som grunnlag for kvalitetsforbetring i ei psykiatrisk døgnavdeling. I tillegg er undersøkinga med på å gje eit meir generelt bilete av korleis det er å vera pasient i denne avdelinga.

Det er gjort fleire undersøkingar som har som mål å få fram pasientane sine erfaringar i psykiatriske døgnavdelingar. Tre svært ulike studie er nemnt her, og dei får fram ulike aspekt av kva pasientane er opptekne av. Hausten 2005 sende "Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten" ut spørjeskjema til alle pasientar som vart utskrivne frå psykiatriske døgnavdelingar i heile landet (Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten, 2006). Undersøkinga er svekka av at svarprosenten var på berre 35 %. Det kjem mellom anna fram at pasientane ikkje var nøgde med informasjonen dei fekk, at det var forbetringspotensial i behandlarrelasjon og behandling. Tjuefem prosent av dei som svarte, tykte ikkje dei hadde hatt utbytte av behandlinga. Mange svarta at dei vart

behandla nedlatande eller krenkande, at utskrivningstidspunktet ikkje passa, at aktivitetstilbodet var dårleg og ein tredel svarta at dei ikkje fekk informasjon om rettar. I ei anna undersøking vart åtte pasientar i ei korttidsavdeling på eit distriktspsykiatrisk senter intervjuva (Røysland, 2006). Pasientane var opptekne av stigma knytt til pasientrolla. Dei hadde fokus på vona om å bli friske og det å kunne klara seg sjølv. Det kom fram misnøye med aktivitetstilbodet, og ikkje alle var nøgde med at institusjonen var nær heimlassen. Nordic Recovery Research Group har intervjuva femten personar med alvorleg psykisk lidning om deira betringssprosess (Borg & Topor, 2003). Pasientane fortel at det er viktig å bli sett og høyrtd når ein er innlagd i psykiatrisk døgnavdeling. Hjelparane har distanse og objektivisering som målsetting i behandlingsarbeidet, medan pasientane legg vekt på kor viktig den personlege, menneskelege kontakten er. Ein av konklusjonane er at ein må endra haldningar i behandlingsapparatet slik at pasienterfaringane får verdi i den faglege kvardagen. Det å vera oppteken av brukarmedverknad gjev ikkje status i fagmiljøa. "Hverdaghjelpen, det som brukerne selv erfarer at hjelper, må bli en del av psykiatriens kunnskapsgrunnlag" (Borg & Topor, 2003, s. 10). Dei ulike resultatane frå desse undersøkingane tyder på at ein må halde fram med fleire slike undersøkingar for å få meir kunnskap om denne "kvardaghjelpa".

Relasjonen pasient-hjelpar er eit sentralt aspekt i pasienterfaringsundersøkingar. I behandling av psykiske lidningar er relasjonen til andre menneske ein grunnleggjande del av behandlinga. Sjukdommen rokkar ved personen si oppfatning av seg sjølv, og andre menneske er sentrale for å byggja opp att sjølvkjensla og tru på eit betre liv. Ein kjen-

ner seg tryggare når ein er knytt til andre menneske. Det å ha menneske rundt seg som ein har respekt for og som ein stolar på, kan vera med på å påverka den einskilde sin betringsprosess. Det er også viktig at andre forstår kva ein har gjennomgått. Slik kan pasienten få hjelp til å akseptera seg sjølv. Hjelparen kan vera med på å gje pasienten innsikt i sin eigen situasjon og at dette kan bli til hjelp (Kristoffersen, 2006).

Tillit er grunnlaget for pasient-hjelparrelasjonen. Tilliten er mellom anna knytt til det at hjelparen har ei profesjonell rolle, pasienten forventar noko anna og meir enn han gjer av sine vener eller sin familie. Det er ei forventning om at hjelparen veit noko om pasienten sin sjukdom, og har innsikt i korleis han skal komma seg vidare. Hjelparen må syna i praksis at han eller ho har denne kompetansen. Dette kan gjerast ved å setta pasienten i fokus, vera tilgjengeleg og konsentrera seg om å møte behova til pasienten. Det handlar om hjelparen si evne til å sjå det særeigne ved den einskilde og vera genuint interessert i pasienten (Helseth & Nortvedt, 2002).

Målet med studien var i første rekke å få eit grunnlag for kvalitetsutvikling i den døgnavdelinga prosjektet vart gjennomført. Det å lytta til kva pasientane er opptekne av og kva dei tykkjer er viktig kan gje retning for arbeid med kvalitetsutvikling, men kan i tillegg gje viktig kunnskap om korleis ein kan møte menneske i ein sårbar fase i livet. Denne artikkelen løfter fram "pasientstemma" slik ho kjem fram i studien. Fokus er kva pasientane er opptekne av å formidla, ikkje berre den delen som er direkte knytt til arbeidet med kvalitetsutvikling.

METODE

Forskingsspørsmål og metode er kome fram i eit samarbeid der prosjektleiar og representantar for forskingsfeltet har vore aktive. Me ville ha fokus på pasientane sine erfaringar og har difor nytta kvalitativ metode. Studien har eit kvalitativt, deskriptivt design. Den er inspirert av fenomenologien ved at pasienten si subjektive oppfatning er rekna som gyldig kunnskap, og at det er arbeid systematisk med å få fram essensar i datamaterialet (Malterud, 2003).

Me nytta metoden "brukar spør brukar" (Bjørgen & Johansen, 2002; Morgan, 2006) der menneske med erfaring som brukarar av psykisk helseverntenester leier fokusgrupper. Kriteriet for å vera moderator (leiar av fokusgruppe) i vårt prosjekt var at ein skulle ha erfaring som psykiatrisk pasient og ha overskot til å fokusera ut over sin eigen person og sjukdom. Det vart rekruttert tre kvinner og tre menn som deltok på kurs om metoden og om rolla som moderator. Desse laga temaguiden som styrte samtalen i gruppane. Denne vart laga ut frå deira tankar om kva som var viktig å få fram av opplevingane i døgnavdelinga. Tema var spørsmål knytt til dei fysiske bygningane, aktivitetstilbod, innlegginga, informasjon, kommunikasjon og bemanning, medpasientar, pårørande og generelle tankar om opphaldet. To av dei seks var til stades i kvar fokusgruppe. Den eine skulle leia samtalen og den andre leggja til rette i høve til kaffiservering og lydbandopptak, men i praksis vart begge aktive leiarar av samtalen.

Det er mange grunnar til at me nytta metoden "brukar spør brukar". Mellom anna at kven som spør og kva som er motivet for å spørja, vil påverka svara ein får. Me hadde også eit ynskje om å løfta pasienterfaringa fram som ein ressurs, og gje pasientane

sjølv styring og "makt" til å definere kva som er vesentleg. I tillegg skulle prosjektet bidra til å minna tenesteytarane om at pasientane har viktig kunnskap dei må ta omsyn til.

Alle som var innlagde i den aktuelle avdelinga fekk skriftleg og munnleg informasjon om prosjektet og tilbod om å vera med. Ein kunne ikkje vera med dersom behandlingsansvarleg frårådde dette, dersom ein hadde vore innlagd mindre enn ei veke, eller dersom ein hadde vore med i fokusgruppe i vårt prosjekt tidlegare. Det vart lagt vekt på at deltaking var frivillig, og at det som vart sagt ville bli anonymisert. Det var opplyst kven som skulle ha innsyn i data frå prosjektet (moderatorar og prosjektleiar), og at materialet ville bli sletta seinast 01.01.08. Tilbakemelding til avdelinga skulle skje for fleire grupper samla slik at ein ikkje skulle vite kva gruppe dei ulike synspunkta kom fram i.

Prosjektet er meldt til Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Vest-Norge og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Prosjektet var ikkje meldepliktig då ingen personopplysningar som kan identifisera deltakarane, er blitt registrert.

Det er gjennomført fire fokusgrupper med til saman 12 pasientar frå den aktuelle avdelinga. Samtalen i gruppene vart teken opp på band, og desse er transkribert og nytta som grunnlag for analyse. Det vart gjort ein strukturell analyse av datamaterialet der målet heile tida var å halda på pasientperspektivet og få med mest mogleg av meiningsinnhaldet. I fyrste omgang vart det nytta "Long-table approach" der ein fysisk klypper opp teksten og limer inn på store ark etter tema (Krueger & Casey, 2000). Ut frå dette vart det laga eit referat der tema stort sett var i samsvar med temaguiden. Det

vart arbeidd vidare med teksten med ei meir fenomenologisk tilnærming for å få fram det vesentlege, eller essensane, i materialet. Hensikten var no å få fram kva pasientane snakka om, ikkje berre det som var nyttig for avdelinga. Teksten vart redusert til dei meiningsberande einingane og merka med ulike fargar etter tema og undertema. Tema vart prøvd ut og endra for å få med alle innspel i samtalan. Det vart jobba medvite for å ikkje trekka konklusjonar om kva som var viktig, og å behalda rikdommen i materialet. Målet var å få fram kva pasientane snakka om, ikkje kva som var nyttig for tenesteytar eller kva som var dei mest oppsiktsvekkande resultatane.

FUNN

Analysen førte fram til fire hovudtema med fleire undertema. Dei fire hovudtema er "Å vera på institusjon", "Å vera psykisk sjuk", "Relasjonen pasient-hjelpar" og "Ynskje for behandling". I teksten under kjem det fram kva pasientane tenkjer og meiner. Dette blir illustrert med sitat frå fokusgruppene. Sitata er tenkt som eksempel, og representerer ikkje materialet som heilskap. For å sikra at anonymiteten til gruppedeltakarane er sitata omsett frå ulike dialektar til nynorsk, og det er ikkje markert kva gruppe kvart sitat er henta frå.

Å vera på institusjon

Når ein blir psykisk sjuk, kan det vera godt å bli innlagd i ei psykiatrisk døgnavdeling. Det er godt å ha psykiatrisenteret for der får ein hjelp, og der kjenner ein seg trygg. "Det psykiske altså, eg har kjent det på kroppen og veit kva det er, og du verden så godt det er at vi har psykiatrisenteret!"

Om ein har vore innlagt tidlegare, kan ein ha positive forventningar til innlegging:

Eg tenkjer på at eg møter andre som er i same situasjonen, og eg kjenner meg trygg, det er ikkje noko framandt, du kan slappa av, meir enn du kan ute i samfunnet. Eg har på ein måte litt sånn 'komma-heim-att-kjensle' når eg kjem hit.

I avdelinga blir ein del av ein fellesskap, ein har ei kjensle av å høyra til. Det er godt å vera i lag med andre. Samstundes må det vera "rom" for den einskilde. Det må vera høve til å trekkja seg attende frå fellesskapet. Og det er viktig at ein ikkje berre blir sett som ein i gruppa, men at nokon er interessert i deg som einskildindivid.

Å vera psykisk sjuk

Når ein er psykisk sjuk, "slit med nerver", "er langt nede" eller "motoren ikkje vil meir" kan ein merka det på ulikt vis. Det er vanskeleg å hugsa, ein greier ikkje å ta val, ein manglar initiativ og orkar lite. Ein pasient gjev uttrykk for at det er rart at personalet ikkje skjønar dette: "Vi er jo ganske psykisk nede, og så spør dei oss kva vi vill! Men vi veit ikkje heilt kva vi vil. Av og til så kan det vera greitt at dei tek ei avgjerd, dei er jo trass alt friske!"

Det kan også vera vanskeleg å ta ansvar for seg sjølv: "Då likte eg ikkje at dei tok mobiltelefonen min, men eg skjønar no at dei måtte gjera det, for no er eg friskare. Eg var jo ikkje så frisk då i førstninga."

Ting kan fort blir overveldande og kaotisk. Det er vanskeleg med for mykje folk rundt seg, og ein klarer ikkje å gå ut. Nokre slit med dårleg samvit av di dei ikkje lever opp til eigne forventningar, og av di dei er til byrde for personalet og pårørande. Dei

tek på seg skuld for ikkje å vera i aktivitet, eller at dei ikkje tek initiativ til kontakt med andre.

Tett opp mot desse tankane kjem tanken på at det å vera innlagt for ei psykisk lidning er noko som er forbunde med skam. Nokre informantar omtaler seg sjølv som "psykiatriske pasientar", og inkluderer seg sjølv med dette i ei stigmatisert gruppe. I ei gruppe snakkar dei om at det er bra at psykisk helsevern blir prioritert, for då aukar statusen til "den psykiatriske pasienten" og det blir mindre nederlag å søkja hjelp for psykiske lidningar.

Dette handlar om identiteten og rolla ein får som pasient i ei psykiatrisk døgnavdeling, og korleis det er å vera psykisk sjuk. Dei beskriv ulike symptom på depresjon, angst og psykose, men snakkar om opplevinga og identiteten heller enn symptom og diagnose.

Relasjonen pasient-personale

Pasientane snakkar om kva som skal til for at ein får tillit til personalet. Det ser ut til at det er skilnad på dei tilsette, nokre i personalgruppa er svært flinke, medan andre ikkje er det.

"Nokre verkar usikre, og det smittar over på meg. Eg tør ikkje leggje problema mine fram, for eg har ingen tillit til dei." Det er negativt at personalet ikkje er trygge, men også andre moment hindrar tillit mellom pasient og hjelpar. Det kan vera at personalet ikkje set seg inn i den einskilde sin situasjon, at han eller ho bagatelliserer problema, eller ikkje syner interesse for pasienten. Når personalet ikkje held avtalar, skapar det mistillit, særleg dersom pasienten ikkje får forklaring på kvifor avtalen blir broten.

Det er viktig for pasientane at det alltid

er eit personale dei kan ta kontakt med. Men det er ikkje nok å venta på at pasienten tek kontakt. Pasientane ynskjer at personalet tek ansvar for relasjonen. Pasienten kan vera usikker eller redd for å vera til bry, eller han eller ho kan mangla initiativ. Personalet må følgja etter inn på rommet for å høyra korleis det går, dei må minna på avtalar og motivera til aktivitet.

Eg har periodar som eg må trekkja meg attende på rommet. Eg føler eg må inn der for eg har masse som eg føler eg ikkje får hjelp til. Eg set meg og grin, og det kjem aldri nokon inn og spør eller snakkar.

Personalet må vise at dei forstår korleis pasienten har det. Det kjem fram episodar der pasienten er skuffa over å ikkje bli teken på alvor, eller der pasienten opplever at deira integritet blir krenka av personalet.

Ynskje for behandling

Opphaldet i avdelinga skal vera ein del av aktiv behandling. Pasienten må ha ei kjensle av at det skjer noko, det kan vera at ein får samtale med behandlaren, eller det kan vera eit opplegg som ein opplever har mål og meining. Ein fortalte om fire dagar på rad med mange vikarar i avdelinga og seier: "Eg kjende meg nesten stua vekk". Dei tykkjer dei får for sjeldan samtale med psykolog eller lege, samstundes er det eit alternativ å snakke med anna personale i avdelinga. Då er det viktig at desse har erfaring og er trygge personar som ein har tillit til.

Eg har no ein psykolog som eg har timar hjå. Eg kunne vel kanskje ha tenkt meg å hatt litt meir, men vedkommande har så mykje å gjera. Men då snakkar eg med andre. Eg føler jo ikkje at eg ikkje får nok hjelp her, ... kanskje

at det skulle ha vore litt meir? Men det er jo situasjonen slik det er no, det er i grunnen for lite psykologar og psykiatrar rundt omkring!

Tydelege planar for kva som skal skje medan dei er innlagde ser ut til å mangla i mange tilfelle. Fysisk aktivitet og det å få hjelp til å komma i gang med ting, er nemnt som viktige bidrag til behandlinga. Samstundes er dei opptekne av at aktivitetane må opplevast meningsfulle dersom dei skal ha effekt. Det hjelper ikkje å gjera det same opp att og opp att, og særleg ikkje dersom det er noko ein ikkje har nytte av i dagleglivet.

Dei etterlyser informasjon om sjukdom og om medikament og forventade verknader og biverknader. Dette ville vera ei hjelp til å forstå sin eigen tilstand, forstå dei ulike symptomane og kva som skjer i kroppen. Dei ynskjer også at det vert snakka om kor lenge dei må rekna med å vera sjuke, eller kva dei kan venta i framtida. Dei snakkar om det å mangla eller å ha tru på framtida som eit uttrykk for kor frisk eller sterk ein er.

Det er viktig at opphaldet blir brukt til å leggja til rette heimesituasjonen. Dei etterlyser nattevakt i kommunane, og i nokre høve skulle dei ynskja at kommunen hadde høve til å leggja meir til rette for den einskilde, heller enn å tilby noko som skal passa for alle.

Ikkje alle ynskjer at pårørande skal involverast i behandlinga. Men for dei som ynskjer det, kjem det fram at dei ynskjer at institusjonen i mykje større grad skal ta ansvar for å ta kontakt med dei pårørande. Dei nemner at dei pårørande er ein ressurs av di det er dei som kjenner dei. Det er også viktig at dei får forståing for pasienten sin situasjon, slik at dei i større grad kan vera til hjelp for den sjuke. Pasientane snakkar også om at det ofte er ei belastning å vera pårø-

rande, og at det er viktig at dei får hjelp og støtte.

Svært mykje av det som kjem fram i undersøkinga er knytt til relasjonen til hjelparane. Alle opplever at dei får hjelp i avdelinga, dei kjenner seg trygge og blir godt mottekne. Samstundes er dei ikkje nøgde med alle i personalgruppa, dei saknar informasjon om medikament og behandling og kunne tenkt seg at institusjonen tok meir initiativ i høve til pårørande. Det blir også tydeleg korleis det er å vera hjelpetrengande og avhengig av hjelp, og kor viktig det er at hjelpa er tilpassa situasjonen, utan å gjera vald mot den einskilde sin integritet. Dei fire fokusgruppene til saman har denne hovudbodskapen:

Når eg er sjuk, har eg behov for at andre tek initiativ. Dei som skal gjera det, må forstå mine tankar og kjensler og ta meg på alvor. Ved å ha menneske å snakka med som eg har tillit til, og ved at det blir lagt til rette og lagt planar for framtida, kan eg få att trua på at livet etter kvart blir betre.

DISKUSJON

Samsvar med tidlegare funn

Undersøkinga frå Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006) hadde som mål å finna ut om tenestene oppfyller krav til lovverk og det som er rekna for å vera kvalitet på tenestene. I vår undersøking kan me ikkje seia noko om kva krav som er oppfylte, men me kan seia noko om pasienten si oppleving. Begge typar undersøkingar hjelper tenesteytar til å forbetra tenestene. I den nasjonale undersøkinga svara 25 % at dei ikkje tykte dei hadde hatt utbytte av behandlinga. Det er ingen av våre informantar som seier det same. Kanskje er det dei mest misnøgde

pasientane som svarar på spørjeskjema i den nasjonale undersøkinga medan vår undersøking når dei som er positive til behandling. I tillegg kjem det fram meir nyansar når ein snakkar saman i ei gruppe, slik at dei positive sidene kjem meir fram. Det at våre pasientar er midt i ei aktiv behandling, medan dei i den nasjonale undersøkinga er ferdigbehandla, kan også spela ei rolle for kva dei tenkjer om utbytte av behandlinga. Det som er likt i begge undersøkingane, er misnøye med informasjon om medikament og behandling og blanda erfaringar med kontakt med hjelparane. I Røysland si undersøking (2006) var pasientane opptekne av stigma. Dette kjem fram som eit tema i vår undersøking, men det er ikkje noko moderatorane vel å gå meir inn i. Misnøye med aktivitetstilbodet går også att i mange undersøkingar. I vår undersøking kjem det fram at aktivitet i seg sjølv er bra, men at det må opplevast meningsfylt og vera tilpassa til den einskilde. Borg & Topor er opptekne av at hjelparen treng "ei anna profesjonalitet". Profesjonaliteten bør ikkje vera knytt til det å vera distansert og sakleg, men heller til det å gå litt ut over det som er forventa, slik at pasienten opplever at han eller ho er spesiell og ikkje berre eit nummer i rekka (Borg & Topor, 2003). Dette samsvarer med det pasientane uttrykkjer om at hjelparen må sette seg inn i den einskilde sin situasjon, at dei må ta initiativ og aktivt syne at dei er interesserte i å hjelpa. Dei må på eit vis hjelpa pasienten til å få stadfesta at dei har verdi og at det tyder noko, korleis dei har det.

Teorigrunnlaget som er nemnt i innleiinga i denne artikkelen stemmer også godt med det pasientane er opptekne av. Dei snakkar mykje om relasjonen til hjelparane og nemner det å bli forstått, og det at hjelparen har kunnskap, som viktige grunnar til

at dei får tillit til hjelparen, noko mellom andre også Helseth & Nortvedt (2002) legg vekt på. Dei fortel mykje om korleis dei opplever det å vera sjuk, og dette stadfestar det Kristoffersen (2006) skriv om at sjukdommen rokkar ved personen si oppfatning av seg sjølv. Det at pasientane er så opptekne av hjelparane, tyder på at det stemmer at hjelparane er sentrale for å vera med å bygge opp att sjølvkjensla og hjelpe til med å gje innsikt slik at det blir til hjelp for pasienten (Kristoffersen, 2006).

Funna våre er også i samsvar med "Plan for brukermedvirkning" (Sosial- og helsedirektoratet, 2004) som gir anbefalingar for å sikre at tenestene har god kvalitet: Ein må sikra seg at pasientane får informasjon om sjukdom, behandling, vurderingar og forslag til konklusjon og at informasjonen er tilpassa den einskilde. Ein må informera pasienten om kva hjelp han/ho kan forventa. Ein må leggja vekt på gode personlege møte mellom brukar og tenesteytar, ha vekt på tryggleik, forståing og likeverd. Personalet må vera imøtekommande, nytta tid, lytta til brukaren, ta dei på alvor og nytta eit vanleg språk. Ein må nytta ansikt-til-ansikt relasjon som metode. Ein må sikra kontakt med pårørande som aktive samarbeidspartar dersom brukaren ynskjer det (s. 22-23). Denne lista kunne vore laga med utgangspunkt i det pasientane i vår undersøking er opptekne av. Dette viser at dei som har laga rettleiaren veit noko om kva som er viktig for pasienten. Det viser også at funna i vår undersøking er generelle og ikkje berre gjeld avdelinga vi har undersøkt. Eit tredje moment er at innhaldet burde vera kjend i fagmiljøet, og slik sett kan ein tenkja at det som kjem fram i vår undersøking, er kjend stoff som tenesteytarar veit om og burde ta omsyn til.

Individuell tilpassing

Delar av resultatata frå undersøkinga vår er ikkje så tydeleg beskrive i litteraturen. Dette gjeld moment som kan synast som motsetnader: På den eine sida er det trygt å vera innlagd, på den andre sida fører det til mykje frustrasjon å måtte innretta seg etter reglar i avdelinga. – På den eine sida er det godt å vera ein del av eit fellesskap, på den andre sida er det vanskeleg å bli ein av fleire i ei gruppe. – Hjelparane er viktige for tilfriskning, samstundes er relasjonen til hjelparane ofte vanskeleg. – Ein er lidande, sjuk og avhengig av hjelp, samstundes har ein ynskje om å sjølv å vera aktiv og deltakande i eiga behandling. Desse motsetnadane ser ut til å vera ein del av kvardagen i avdelinga, og kan vera med på å forklara kvifor det ikkje er så enkelt å få til gode behandlingstilgjø. Kanskje må avdelinga vera prega av fleksible løysingar og kunne tilpasse reglar og rutinar til ulike pasientar og ulike behov? På den eine sida ha klare og trygge rammer for aktivitet og kvile, på den andre sida skjøna at rammene skal vera til beste for pasienten, og ikkje omvendt. På den eine sida gje "ein til ein kontakt" til den som ikkje orkar å vera i lag med andre, på den andre sida leggja til rette for aktivitet i fellesskap for dei som elles sit mykje åleine eller som treng trening i å vera i gruppe. På den eine sida ta over og hjelpe pasienten med alt, på den andre sida forstå når det er tid for meir medverknad og eigeninnsats.

Ut frå dette kan det vera verdt å reflektera over om det er eit ideal at pasienten alltid skal vera medverkande i eigen behandling. Pasientane gjev uttrykk for at når ein er på det sjukaste, er det godt å sleppa å ta val. Det kjem også fram at dei ikkje er mottakelege for informasjon, at konsentrasjonen er dårleg og at nye ting ikkje går inn. Dei har nok

med å overleva, det er ein krisetilstand der ein ikkje er i stand til aktivt å ta del i det som skjer. I denne situasjonen er det avgjerande at hjelparane kan overta ansvaret. For å gjera det, må ein for det første ha ein grunnleggjande respekt for pasienten. For det andre må ein vurdera om der er nokon pasienten stoler på som kan representere pasienten og vera til hjelp. I tillegg må ein kunna faget sitt slik at ein kan ta gode avgjerder på vegne av pasienten. Det å kunna faget handlar ikkje berre om diagnose, men også det å ha ei forståing for pasienten si subjektive oppleving. Slik blir undersøkinga eit bidrag til å gje hjelparane kunnskap dei treng for å yta best mogleg hjelp til pasientar som treng hjelp for psykiske lidingar.

Metodekritikk

Metoden "brukar spør brukar" er ikkje beskrive i vitskapleg forskingslitteratur. Slik kan ein stille spørsmål om metoden oppfyller krav til reliabilitet og validitet (Eriksen, 2007). Det vil vera for omfattande å gå inn i dette her. Det må arbeidast vidare med å kvalitetssikre metoden (Westerlund & Bjørgen, 2006; Kotecha et al., 2007). I andre "brukar spør brukar"-prosjekt konkluderer dei med at det er ein god metode for å få fram brukarerfaringar, og at det gjev eit godt grunnlag for kvalitetsutvikling av tenester (Bjørgen & Johansen, 2002; Løken, 2006). I vårt prosjekt vart samtalanane fortrulege og trygge, det blir ei "vi-kjensle" i gruppene som handlar om at dei har felles erfaring som pasientar. Slik kan ein tenkje at det moderatorane mangla av formell skoloring og forskingserfaring, blir kompensert ved at det er den einaste måten å få fram dette spesielle perspektiv og datamateriale.

KONKLUSJON

Det me finn i undersøkinga vår er ikkje uventa eller oppsiktsvekkande resultat. Undersøkinga peikar ut svake sider i den aktuelle avdelinga slik at dei kan jobba for å betra kvaliteten på tenestene. I tillegg er det som kjem fram med på å nyansera bilete av korleis det er å vera pasient i ei psykiatrisk døgnavdeling. Dette gjeld først og fremst avdelinga der undersøkinga er gjort, men kanskje kan også pasientar andre stader kjenna seg att.

Undersøkinga får fram at dei som har ansvar for tenestene heile tida må jobba med dei heilt grunnleggjande tinga: Synet på menneske og menneske sin verdi. Det handlar om dei innlysande tinga som alle hjelparar har lært: Å ha respekt for den einskilde, å ta menneske på alvor, å vera interessert i pasienten og å ha eit ynskje om å forstå og hjelpe. Dette er så opplagt at det er lett å gløyma å ha fokus på det. Kanskje kan ein seia, så enkelt og likevel så vanskelig. For korleis sikrar ein seg at alle hjelparar behandlar alle pasientar med respekt? Finst det eit "kvalitetssystem" som kan måla eller sikra dette? Og truleg er det slik at sjølv om ei avdeling oppfyller alle andre kvalitetskrav, så vil det at pasienten kjenner seg sett og møtt, vera det som er avgjerande for den opplevde kvaliteten på tenestene.

Dersom det er slik at den grunnleggjande kontakten mellom pasient og hjelpar er utslagsgjevande for kvaliteten på tenestene, vil det vera viktig å halda fram med pasienterfaringundersøkingar som får fram noko om denne relasjonen. Det er viktig at det brukarane eller pasientane sjølv erfarer, blir ein del av kunnskapsgrunnlaget. Nasjonale undersøkingar i form av spørjeskjema vil gje viktige innspel til det store biletet og korleis kvar region skil seg frå andre. I tillegg bør

kvar institusjon jobba for å få til systematiske attendemeldingar frå sine pasientar for å få fram kva som er bra og kva dei bør jobbe vidare med. Dette kan ein gjera ved å nytta "brukar spør brukar". Men det krev då at ein har tid og pengar, og at ein ynskjer å bruka dei menneskelege ressursane som skal til. Pasienterfaringane kan ein også få fram med mindre ressurskrevjande metodar som intervju eller spørjeskjema.

På sikt vil kanskje pasientperspektivet vera tydeleg og inkludert i medvitnet og det faglege grunnlaget for alle som jobbar innan psykisk helsevern. Materialet frå denne undersøkinga er eit bidrag til å nyansera bilete av korleis det er å vera pasient i ei psykiatrisk døgnavdeling. Dette bilete har andre før oss starta på, og me vonar andre etter oss vil halda fram med å få det fram.

REFERANSER

- Beston, G. (2003). Brukerperspektiv på Prosjekt Undervisningsavdeling. I Hummelvoll, J. K. (red): *Kunnskapsdannelse i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bjørgen, D. & Johansen, K. J. (2002). Kvalitetsforbedring gjennom brukerevaluering, *Dialog*, (1), 8-21.
- Borg, M. & Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Eriksen, K. Å. (2007). *Opphald i psykiatrisk døgnavdeling – Pasientane sine erfaringar slik dei kjem fram i fokusgrupper leia av tidlegare pasientar*. Masteroppgåve, Universitetet i Bergen.
- Eriksson, K. (2005). *Det lidende menneske*, København: Munksgaard.
- Helseth, S. & Nortvedt, F. (2002). Om tillit. I Bjørk, I. T., Helseth, S., Nortvedt, F. (red): *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal.
- Hummelvoll, J. K. (2003). Handlingsorientert forskningsamarbeid. I Hummelvoll, J. K. (red): *Kunnskapsdannelse i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- James, W. (1999). Empowering ambiguities. I Cheater, A. (red). *The anthropology of power, empowerment and disempowerment in changing structures*. London: Routledge.
- Kotecha, N., Fowler, C., Donskoy, A. L., Johnson, P., Shaw, T. & Doherty, K. (2007). *A Guide to User-Focused Monitoring, Setting Up and Running a Project*. London: The Sainsbury centre for mental health.
- Kristoffersen, K. (2006). *Helsens sammenhenger – Helsebringende prosesser ved kronisk sykdom*. Oslo: Cappelen Forlag.
- Krueger, R. A. & Casey, M.A. (2000). *Focus Groups a practical guide for applied research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Løken, K. H. (2006). *Undring og Dialog: Hvordan kan brukerundersøkelser være et verktøy for å involvere brukerne og deres organisasjoner i kvalitetsutvikling av tjenester i kommunene?* Oslo: Rådet for psykisk helse.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Morgan, L. (2006). *Brief Guide to Involving Mental Health Service Users in Research*. Service London: User Research Group for England (SURGE).
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006). *Brukererfaringer med døgnheter i psykisk helsevern. Resultater og vurderinger etter en nasjonal undersøkelse i 2005*, Rapport nr 9.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2004). *Pasienterfaringer i Helse Vest. Resultater fra en pilotundersøkelse blant pasienter i psykisk helsevern*. HELTEF Utrekningsrapport nr 2.
- Røysland, I. Ø. (2006). *Pasienten og det disktriktspsykiatriske senter*,

Hovudfagsoppgåve,

Institutt for samfunnsmedisinske fag,
Universitetet i Bergen.

Rådet for psykisk helse (2004). *Stykkevis og delt
– om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid.*

www.psykiskhelse.no.

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Plan for
brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i
opptrappingsplanen for psykisk helse.* IS-1315.

Sosial- og helsedirektoratet (2006).

Distriktspsykiatriske sentre, IS 1388 veileder.

Westerlund, H. & Bjørgen, D. (2006).

Brukerinvolvering i forskning og utvikling.

Mental Helse Sør-Trøndelag.

www.brukererfaing.no.