

Kandidat nr: 69

**På hvilken måte kan sykepleieren bidra i
bofellesskap for psykiatriske langtidsbrukere?**



Bacheloroppgave i sykepleie

SYKHB 3001

Innleveringsfrist: 23. februar 2009

Ord: 6906



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Sammendrag

I dag ser vi en nedtoning av ”ekspertrollen” i det psykiske helsevesenet. Fokuset er samarbeid mellom brukeren og sykepleieren. Brukeren skal ha et større ansvar for sitt eget liv og behandling (Almvik & Borge 2000, Hummelvoll 2006). Opptrappingsplanen for psykisk helse la opp til en styrking av alle ledd i tiltakskjeden for å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk med vekt på brukerperspektivet (Finansdepartementet, 2008). Opptrappingsplanens mål var å bygge opp et mer desentralisert hjelpetilbud, hvor oppbygging av bofellesskap var et sentralt satsingsområde. Litteraturen trekker frem viktigheten av selvstendige boliger fordi det blant annet bidrar til forutsigbarhet, trygghet, status og opplevelse av mestring. Sykepleieren fortsetter likevel å være en sentral og viktig skikkelse i brukeren sitt liv. Det kom frem at sykepleieren i flere tilfeller blir den nærmeste for brukeren. Oppgavens hovedmål er å sette fokus på hva sykepleieren kan bidra med i bofellesskap til psykiatriske langtidsbrukere. Vise empati - være nær på avstand, skape rammer og bistå brukeren. Funnene viser at sykepleieren bør være en overgangsperson som i samarbeid med brukeren viser veien inn i samfunnet i den grad brukeren mestrer.

Abstract

Today there is less emphasis on the "expert role" in the mental health system. The focus is on collaboration between the user and the nurse. The user should have greater responsibility for their own lives and treatment (Almvik & Borge 2000, Hummelvoll 2006). The Escalation Plan for Mental Health planned for a strengthening of all joints in the chain of measures to create a comprehensive and coherent treatment network with emphasis on the user perspective (Finansdepartementet, 2008). The target of The Escalation Plan was to establish more decentralized means of aid, where the building of housing facilities was a key focus area. Literature highlights the importance of independent housing because it among other things contribute to predictability, confidence, stature and the experience of achievement. The nurse continues nevertheless to be a central and important figure in the user's life. It emerged that nurses in several cases are the persons closest to the user. The aim of this assignment was to focus on where the nurse can contribute within the housing facilities for psychiatric long-term users: Show empathy - be close while still maintaining a certain distance, creating a framework and assisting the user. The findings show that the nurse should facilitate the transition and in cooperation with the user find a way into the community.

Du lever

Du rusler gjennom skogen,

med sol på hendene dine

som varmer av blyge kjærtegn.

Da trår du på en kongle på stien,

kjenner det mjuke trykket av den

gjennom sålen på skoen din.

En liten hendelse, så liten at

den nesten er ingenting.

Men vær hos den

med hele ditt menneske.

For det hender deg på jorden dette. Du lever. Lever.

(Hans Børli, sitert i Almvik og Borge, 2000)

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning og oppgavens bakgrunn	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Presentasjon av problemstilling	6
1.3 Avgrensninger	7
2.0 Metode.....	7
2.1 Definisjon av metodebegrepet	7
2.2 Beskrivelse av valgt metode	7
2.3 Litteratursøkeprosessen og kriterier for litteratur	8
2.4 Begrunnelse for valg av litteratur	8
2.5 Forskningsetiske overveielser.....	9
2.6 Kvalitetskriterier og kildekritikk	9
3.0 Teori	10
3.1 Historien	10
3.2 Bofellesskap.....	11
3.3 Sykepleieren, brukeren og pasienten	12
3.3.1 Sykepleieren.....	12
3.3.2 Individuell plan	15
3.3.3 Pasient eller bruker?.....	16
3.5 Valg av teoretiker	17
4.0 Drøfting	17
4.1 Individuelt tilpasset sykepleie	17
4.2 På hvilken måte kan sykepleierens bidrag for å unngå ensomhet og oppnå sosial integrering?	19
4.3 På hvilken måte kan sykepleieren bidra som overgangsperson?.....	21
5.0 Avsluttning	23
6.0 Kilder:.....	25

1.0 Innledning og oppgavens bakgrunn

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Valg av tema kom etter egen praksis i kommunens psykiatritjeneste. Etter endt praksis fortsatte jeg å jobbe i flere av kommunens tilbud til psykiatriske langtidsbrukere. Min erfaring baserer seg dermed på ulike bofellesskap, psykiatrisk hjemmesykepleie, samt dagsentertilbud.

Tidligere har jeg erfaring fra å jobbe på post på et større psykiatris sykehus på Østlandet. Dette sykehuset er i dag desentralisert, og blant annet er posten jeg jobbet på omgjort til et distrikts psykiatrisk senter (DPS). Jeg har også noe erfaring fra dette DPS.

I praksis og senere som vikar i kommunen har jeg stilt meg selv mange spørsmål rundt organiseringen rundt bofellesskapene. Brukerne har i mange av tilfellene levd store deler av sitt liv i institusjoner. Overgangen til egen bolig ser ut for mange å være problematisk. Jeg opplever flere av brukerne som passive, kostholdet er ofte svært ustabil og usundt, og de har liten grad av fysisk aktivitet. Mange dager består kun av turer frem og tilbake til basen for å hente kaffe og røyk, samt medisiner tre ganger daglig. Medisinene blir fortsatt delt ut av sykepleier/vernepleier og oppbevares innelåst. Brukerne får også hjelp til vask av klær, rengjøring og daglige innkjøp. Min interesse for temaet har gjort at jeg har spurt og lest det jeg har kommet over om temaet. Og tross min undring, samtlige undersøkelser sier det samme; *det gode liv er i egen bolig*.

”Vi skal jobbe for at folk ikke skal bli psykiatriske pasienter, for at de som er blitt det, ikke skal bli kroniske, og for at de som er blitt kroniske, skal integreres i lokalsamfunnet mest mulig” (Robbestad, 2002).

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av hva som er skrevet i avsnittet over velger jeg følgende formulering av problemstillingen:

Hvilken rolle kan sykepleieren ha i bofellesskap for psykiatriske langtidsbrukere?

I denne oppgaven er problemstillingen bygget på noe som har vekket min nysgjerrighet, og betegnes dermed som en sosiologisk problemstilling. Berger (1972) sier at den sosiologiske

problemstillingen forsøker å forstå hvordan et sosialt system fungerer (sitert i Halvorsen, 2006).

1.3 Avgrensninger

Oppgaven går ikke inn på bruk eller håndtering av legemidler i bofellesskap, heller ikke kosthold og fysisk aktivitet som redskap for bedre psykisk helse. Den kommunalhelsetjenesten tilbyr i dag også dagsenter og psykiatrisk hjemmetjeneste, oppgaven vil heller ikke gå inn på disse tilbudene av hensyn til oppgavens størrelse.

I bofellesskap er det viktig å huske at det hele tiden vil være snakk om tverrfaglig samarbeid, og at hjelperen har noen av de samme oppgavene tross ulike yrker. Oppgaven velger likevel i hovedsak å bruke sykepleieren som benevnelse på hjelperen, da dette er en bacheloroppgave i sykepleie.

Oppgaven vil med dette holde fokuset på sykepleierens bidrag i bofellesskapene. Definisjoner av de ulike begrepene følger senere i oppgaven.

2.0 Metode

2.1 Definisjon av metodebegrepet

I følge Vilhelm Aubert er: *”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”* (sitert i Dalland 2007:83). Vi velger en metode etter som vi mener den vil gi oss gode data og belyse våre spørsmål på en faglig interessant måte (Dalland, 2008). Repstad (2007) skriver at det er hva du skal studere som bør avgjøre hva slags framgangsmåte du skal velge, ikke en prinsipiell lojalitet til den ene eller den andre metoderetningen.

2.2 Beskrivelse av valgt metode

Oppgavens metode beskrives som en modifisert litteraturstudie, resultatene er altså hentet fra tidligere undersøkelser gjort innenfor temaet. Oppgaven bygger på kunnskap fra sykepleierrettet faglitteratur og andre skriftlige kilder (Dalland 2008).

2.3 Litteratursøkeprosessen og kriterier for litteratur

Det finnes lite pensumlitteratur i grunnutdanningen til sykepleien for denne problemstillingen. Oppgaven baseres dermed på tidsskrifter og artikler som er funnet gjennom søkemonitoren som er tilgjengelige på HSH biblioteket sine hjemmesider, samt bøker funnet gjennom BIBSYS og på Haugesund Folkebibliotek.

Da denne oppgaven krever en rekke bakgrunnskunnskap i forhold til Opptrappingsplanen for psykisk helse, individuell plan og psykisk helse, samt organisering av kommunehelsetjenesten, vil også denne dokumentasjonen, tilgjengelig via nettsidene til Sosial- og helsedirektoratet, bli benyttet.

2.4 Begrunnelse for valg av litteratur

Litteratur har vært søkt via internett gjennom høyskolens artikkelbase SweMed+ og ProQuest, samt at jeg har brukt søkemonitoren InterScience og BIBSYS. Søkeordene har vært både engelske og norske. Funnene har vært variable, men mye har vist seg ikke å være relevant for oppgavens problemstilling. Eksempler på søkeord er: *norsk psykiatri, psykiatri, mental health, psychiatric health, bofellesskap og opptrappingsplan*. Det er kun SweMed+ og BIBSYS som har gitt resultater som det er valgt å ta i bruk.

Oppgaven tar i bruk en veileder som bygger på erfaringer fra *etablering av bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser i Bergen kommune*. Veilederen er kopiert fra oppslagsverk for den kommunale psykiaritjenesten. Veilederen gir en god definisjon på bofellesskap, samt at den beskriver tanken bak omorganiseringen, personalet det vil være behov for ved en slik organisering, i tillegg til en rekke andre momenter som er vesentlig for å få et bilde av organiseringen og målet med et bofellesskap.

Søk i BIBSYS ga resultatet i en hovedfagsoppgave i sykepleiervitenskap, skrevet av Audun Ådland (2003). Fokuset i oppgaven lå i opplevelser og erfaringer beboerne har gjort seg ved å bo i bofellesskap. Hovedfagsoppgaven regnes ikke som forskning, men ble valgt tatt i bruk og forsvares ved at den har høy relevans for denne oppgavens problemstilling.

I artikkelen til Arild Granerud og Elisabeth Severinsson (2003) er hensikten med den kvalitative studien å oppnå en dypere forståelse for hvordan mennesker med psykiske problemer opplever å bo i egen leilighet.

Nok en kvalitativ studie gjennomført av Arild Granerud og Elisabeth Severinsson (2003) har som hensikt å finne ut hvordan personer med psykiske problemer opplever sin evne til å integreres sosialt i samfunnet.

2.5 Forskningsetiske overveielser

I en litteraturstudie vil i hovedsak de forskningsetiske overveielsene vært gjort tidligere. Som forfatter av oppgaven, vil min oppgave være å gjengi kilder med korrekte resultat. For på den måten å opprettholde de etiske retningslinjene til kildebruk.

2.6 Kvalitetskriterier og kildekritikk

Kildekritikk er det vi kaller de metodene vi benytter for å fastslå om en kilde er sann (Dalland, 2008). Hensikten med kildekritikk er å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjon, og med det å la leserne ta del i refleksjonen forfatteren har gjort seg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2008). En annen utfordring er at faglitteraturen og pensumlitteraturen ofte er sekundærlitteratur. Dette betyr at teksten er bearbeidet og presentert av en annen enn den som har skrevet den, og det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg (Dalland, 2008). Dette kan bety noe for kvaliteten på arbeidet. Temaet kan få ulike innfalsvinkler ut i fra hvilke kilder man benytter, slik vil oppgaven bli preget av den litteraturen oppgaven velger når dette er en studie basert på sekundærlitteratur (Halvorsen, 2005). Kildekritikken skal vise at man er i stand til å forholde seg kritisk til kildematerialet som er brukt, og hvilke kriterier som er brukt i oppgaven. Kritikken skal overbevise leseren om at kildene er tilstrekkelige til å besvare problemstillingen, både når det gjelder relevans og pålitelighet (Dalland, 2008).

Problemstillingen er aktuell, sett ut i fra at psykisk helsevern har vært gjennom en stor omstrukturering de siste årene. Derfor er det også vesentlig at oppgaven bygger på oppdatert litteratur. Utover i prosessen har det vist seg lettere å finne anvendbar litteratur enn hva som viste seg til å begynne med. Bøkene som benyttes som referanser er i hovedsak fra år 2000 og fremover. En kilde er fra 1996. Denne kilden gir gode definisjoner blant annet på sykepleierens rolle, og ble derfor valgt å ta med. Noen av kildene skrevet etter år 2000 velger å referere til eldre litteratur. I de tilfellene hvor oppgaven velger å referere til litteratur skrevet før år 2000 skyldes dette at opplysningene fortsatt anses som relevante.

Oppgaven vil på best mulig måte tilstrebe at de etiske overveielser tas, slik at kildene og resultatene i artiklene blir gjengitt korrekt.

3.0 Teori

3.1 Historien

Almvik og Borge (2000) forteller innledningsvis i boken ”*Tusenkunstnerne, mulighet og mangfold i psykisk helsearbeid*” at psykisk helsearbeid i kommunene i Norge har en kort historie. Flere yrkesgrupper arbeider i dag sammen, noe som krever samordning og samarbeid i et fag- og yrkesområde som er under utvikling. I dag ser vi også en nedtoning av ”ekspertrollen”. Fokuset er samarbeid mellom brukeren og sykepleieren. Brukeren skal ha et større ansvar for sitt eget liv og behandling (Almvik & Borge 2000, Hummelvoll 2006).

I Norge startet desentraliseringen på midten av 70-årene. Almvik (2000) beskriver desentraliseringen som både *faglig* og *strukturelt*. *Faglig* fordi det var på denne tiden man oppdaget de negative sidene av å bo på institusjon store deler av livet. Blant annet blir isolering og passiv tilværelse trukket frem som resultat av institusjonaliseringen. Ved å styrke tilbudene på kommunalt nivå ville det bli lettere å komme til brukeren tidligere. *Det gode liv var nå assosiert med et liv i egen bolig*. Strukturelt innebar endringene en nedbygging av sengeplasser og overflytting av ressurser til poliklinisk virksomhet (Almvik, 2006).

Romøren (2001) sier at det til en hver tid finnes 40 000 – 50 000 personer med alvorlig, langvarig psykiske lidelser. 20 000 av disse har behov for kontinuerlig oppfølging og behandling. Hummelvoll (2006) skriver deretter at dagens psykiatriske helsevern kun har kapasitet til å følge opp ca 20 % av dem. Forventningene til den kommunale helsetjenesten er i dag store og oppgavene mange. Tjenesten skal både fremme helse, forebygge sykdom og omfatte pleie og omsorg til dem som er syke og trengende (Hummelvoll, 2006). Drevdahl (2002) sier at det er avgjørende å forstå begrepet samfunn i det 21. århundre når både teori og praksis i stor grad er flyttet ut i dette feltet. Begrepet og fenomenet samfunn representerer et hjem – et sted for tilflukt, enighet og fortrolighet, samtidig er det også en grense – et sted for fare, forskjeller og fremmedfølelse (hentet fra Hummelvoll, 2006).

3.2 Bofellesskap

Opptappingsplanen for psykisk helse la opp til en styrking av alle ledd i tiltakskjeden for å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk med vekt på brukerperspektivet (Finansdepartementet, 2008). Opptappingsplanens mål var å bygge opp et mer desentralisert hjelpetilbud som skulle bestå av distriktpsikiatriske senter (DPS), ambulante team, styrket hjemmetjeneste og omsorgsboliger med nødvendig bistand (St. prp. nr. 63, 1997-98). Visjonen var en planmessig utbygging av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser gjennom forutsigbare økonomiske rammebetingelser og klare mål for kommuner og fylkeskommuner/regionale helseforetak (Finansdepartementet, 2008). Målet var at psykiatriske langtidsbrukere skal leve et mest mulig normalt liv, og mestre tilværelsen på en best mulig måte. Opptappingsplanen for psykisk helsearbeid hadde i utgangspunktet en ramme på syv år (1999-2006), men ble utvidet og ble avsluttet først i 2008 (Helsedirektoratet, 2008)

Veilederen (2007) fra Bergen kommune er bygget på 15 års erfaring med arbeid i bofellesskap. Veilederen forklarer bofellesskap som fullverdige leiligheter med bad, soverom, kjøkken og stue. Brukeren har egne nøkler, postkasse og dørklokke. Personalet skal respektere privatlivets rett og se på leilighetene som like private som et hvilket som helst annet bolighus. Ulikheten fra et vanlig leilighetskompleks finner vi ved at bofellesskapet i mange tilfeller også vil ha et fellesareal til bruk i sosiale sammenhenger. Det vil også være fagpersonale tilgjengelig for å kunne yte tjenester ovenfor brukeren. Tjenestene som ytes skal være avtalt på forhånd i samarbeid mellom bruker og personal. Brukeren ses på som en voksen person som har ansvar for sitt eget liv. Ut i fra denne beskrivelsen gir veilederen ”Etablering av bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser” (2007) følgende definisjon av bofellesskap:

”Et hus med flere selvstendige boenheter for personer som er valgt ut fra spesielle kriterier. I bofellesskapet er det tilgjengelig personale et avtalt antall timer i uken, og et på forhånd avtalt tjenestetilbud for den enkelte beboer. Det skal også være fellesareal som kan benyttes av alle som er tilknyttet bofellesskapet”.

Eller Sandvik, Söder et al. (1998) sin definisjon:

”...en boenhet som består av flere separate leiligheter som forenes av en felles organisasjon for hjelp og tilsyn, og som regel visse fellesrom...”

(Sitert i Ådland, 2003:28)

Rammevilkårene for å jobbe i kommunehelsetjenesten og å jobbe på institusjon er forskjellige, både for brukere og personalet. Det er vesentlig å huske at brukerne av kommunehelsetjenesten bor i egne hjem. Solheim (1996) sier: ”Hjemmet er viktig for identiteten vår, det står som symbol for trygghet og nærhet og er et fast punkt i tilværelsen. Det hjelper oss til å føle oss hele og integreert” (sitert i Robbestad, 2002:70). Audun Ådland (2003) skriver i sin hovedoppgave at brukerne selv trekker frem betydningen av deltagelse i ulike arenaer hvor de inngår i sosiale relasjoner som motvirker følelsen av isolasjon. Å bo i et bofellesskap er med å fremme deltagelse i sosiale settinger, fremfor å bo på institusjon. Permanent bolig gir forutsigbarhet, trygghet, statur og opplevelsen av mestring (Ådland, 2003). Som bruker av kommunehelsetjenesten er brukeren underlagt kommunehelsetjenesteloven, og ikke under loven om psykisk helsevern. Det vil blant annet si at alt som skjer må skje på frivillig basis, ingen form for tvang er tillat i noen hjem (Robbestad, 2002).

3.3 Sykepleieren, brukeren og pasienten

3.3.1 Sykepleieren

Psykisk helsearbeid kan ses som et paraplybegrep siden det dekker flere yrkesgrupper med ulike faglige perspektiver – inkludert psykiatrisk sykepleie. Psykisk helsearbeid er derfor avhengig av kunnskap fra ulike fag, tverrfaglig praksis og tverrfaglig samarbeid (Hummelvoll, 2006). I denne sykepleieroppgaven velges det likevel å bruke sykepleier som en gjennomgående betegnelse for hjelperen eller helsepersonellet. Oppgavens problemstilling setter fokuset på sykepleierens bidrag. Oppgaven tar opp sykepleiere ansatt i bofellesskapene, altså ansatte i kommunen.

Ådland (2003) forteller i sin hovedfagsoppgave at sykepleieren utgjorde for de fleste brukere de nærmeste (Ådland, 2003). Brown brukte begrepet Expressed Emotion (EE) som et

uttrykk for et interaksjonsmønster¹ som finnes i familier med stor grad av kritiske kommentarer fra pårørende, fiendtlighet og emosjonell overinvolvering ovenfor den lidende. Sosialantropologen George Brown begynte i slutten av 50-årene å undersøke sammenhengen mellom sykdomsforløpet til mennesker med en schizofren lidelse etter utskriving, og det psykososiale miljøet som preget familien de var en del av. Han ønsket å få svar på hvilke faktorer som førte til forbedring og hvilke til forverring (Ådland, 2003). Oppgaven kommer tilbake til begrepet EE i diskusjonsdelen.

Undersøkelsen til Hummelvoll og Granerud (1996) tar i bruk begrepet ”libero”. Opprinnelig latin, hvor det beskriver en som er satt fri til å gjøre hva hun eller han vil. Ordet brukes også i fotballterminologien. Det brukes der til å beskrive den forsvarsspilleren som ikke er satt til å forsvare noen bestemt motspiller [ordbok.no, lest 27.01.09]. Forsvarsspilleren kan opprette samspill og uortodokse allianser (Hummelvoll og Granerud, 1996). Og nettopp under den beskrivelsen kan en også plassere sykepleiere ansatt i kommunen. Sykepleieren sies i studien å se på seg selv som en følgevenn og talsperson for sin bruker (Hummelvoll og Granerud, 1996). Psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten skal være lett tilgjengelig i brukeren sin kommune, terskelen skal være lav for på den måten ikke virke skremmende på brukeren, samtidig som fleksibiliteten skal være høy og tilpasset brukerens behov (Hummelvoll og Granerud, 1996).

En sykepleiers grunnsyn innenfor de tre punktene menneskesyn, sykdom/lidelse og synet på kunnskap er vesentlig for å finne sykepleieren sitt bidrag. *Menneskesynet* til en sykepleier sies i studien til Hummelvoll og Granerud (1996) å være eksistensialistisk² som igjen fører til et holistisk³ menneskesyn. Det vil si at sykepleieren går inn i brukeren sin verden for å forstå hans eller hennes livssituasjon. Samarbeidet med brukeren er vesentlig, i motsetning til et objektivt syn på brukeren med fokus på diagnosen (Hummelvoll og Granerud, 2006). Heller ikke legens søknad er alltid det beste utgangspunktet til samarbeid, sykepleieren må se og snakke med brukeren, for deretter å kartlegge hvor samarbeidet skal starte (Robbestad, 2002). Empati eller innlevelsessevne, og respekt er også ord som bør nevnes inn under sykepleieren sitt menneskesyn. *Empati* forutsetter at en er i stand til å føle seg inn i hvordan et annet menneske har det eller forstår sin situasjon, samtidig som en greier å skille ut

¹ **interaksjon** samhandling, vekselvirkning, gjensidig påvirkning *personer som står i i- med hverandre*

² **eksistensialisme** -n (fra fr) nyere filosofisk og litterær retning som tar utgangspunkt i enkeltmenneskets eksistens, og som legger vekt på dets frihet til å velge og dets ansvar [ordbok.no, lest 13.02.09]

³ **holisme** -n (av gr *holos* 'hel, fullstendig') vitenskapelig metode som bygger på at helheten er avgjørende, ikke studiet av isolerte trekk [ordbok.no, lest 04.02.09]

egne følelser. Å vise *respekt* vil si stadig å knuse de bildene en danner seg, stadig å se den andre med nye øyne, for på den måten å gi den andre frihet til bevege seg inn i den rollen man ønsker å bli sett som (Lemvik, 2006). *Sykdom/lidelse* bør forstås av en sykepleier som en personlig opplevelse. Sykepleieren trenger diagnosekunnskaper for å kunne skape realistiske mål for brukeren. Det gir imidlertid ingen fasit på hvordan brukeren selv opplever sin sykdom, eller hva vi rundt skal se etter av tegn og symptomer. *Kunnskap* i psykiatrien kommer med erfaring. Kunnskapen er en sammensmelting mellom teori og personlig erfaring (Hummelvoll og Granerud, 1996). Krogstad (1998) beskriver sykepleieren i kommunen som følger: De er virkelig holistisk orienterte, har nestekjærligheten i bunnen, eksistensialismen i midten og den hele relasjonen⁴ i blikket (hentet fra Robbestad, 2002).

Hummelvolls definisjon av psykiatrisk sykepleie gjenspeiler, sammen med hans øvrige forfatterskap, et holistisk menneskesyn som blant annet er humanistisk⁵, personalistisk⁶, og eksistensialistisk. Her avsløres dette holistiske menneskesynet både i den psykiatriske sykepleiens mål og i dens midler for å nå målet (Hugaas, 2001).

Menneskesynet i Hummelvolls definisjon av psykiatrisk sykepleie

1. Psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og gjennom det løse/reducere hans helseproblem.
2. Gjennom et samarbeidende og forpliktende felleskap forsøker man å hjelpe pasienten til selvaktelse og til å finne egne holdbare livsverdier.
3. Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og som pasientens talsmann.
4. Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt felleskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke forhold som skaper helseproblemer.

(Hugaas, 2001:48)

⁴ **relasjon** m1 (gj fr fra lat., av sm o s *referere*) forhold, sammenheng *i r- til* [ordbok.no, lest 13.02.09]

⁵ **humanisme** livssyn som legger vekt på menneskets egenverdi og verdier som frihet, rett og sannhet [ordbok.no, lest 13.02.09]

⁶ **personalisme** -n (filos.) den oppfatning at mennesket må ansees som noe prinsipielt forskjellig fra (og av høyere verdi enn) ting og andre levende vesener [ordnett.no, lest 13.02.09]

I definisjonen nevnes (1) ”pasientens egenomsorg”, (2) ”å hjelpe pasienten til selvaktelse og til å finne egne holdbare livsverdier” og ”medansvar”. Egenomsorg (1) forutsetter et pasientsyn der mennesket har mulighet til å ta vare på seg. Punkt (2) betoner ”selvaktelse”, som har å gjøre med menneskers selvrespekt og verdighet. Begrepet ansvar er relatert til frihet eller autonomi⁷, begge sentrale i humanismen. Medansvar forutsetter gjensidighet i respekt og omtanke. Disse begrepene er sentrale i eksistensialismen (Hugaas, 2001:49)

3.3.2 Individuell plan

Individuell plan skal fungere som et samarbeidsinstrument for de av brukerne som trenger å sammenfatte flere hjelpeinstanser. Planen skal bidra til at brukeren får et helhetlig, kordinert og individuelt tilpasset tilbud. Tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester skal avklares. Individuell plan skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Det er poengtert fra statlig hold (Lov om psykisk helsevern, Lov om spesialhelsetjenesten, Revidert Lov om kommunehelsetjenesten og i St.meld. 21 Ansvar og mestring) at kravet til individuell plan betyr *en plan per person*, ikke en plan per instans. De som har rett på denne tjenesten er 1) Personer over 18 år med en psykisk lidelse. Det finnes en nåværende eller forventet funksjonssvikt innenfor ett eller flere områder. 2) Det forventes at personen vil ha behov for hjelp i et eller flere år. 3) Personen har behov for å koordinere nødvendige tjenester (Lidal, 2000:84-85). Det er vesentlig å huske at brukeren er hovedperson i dette planarbeidet, og det er forutsatt at hun eller han skal delta aktivt i utforming av planen (Helsetilsynet, 2007). Individuell plan er et verktøy som kan hjelpe til med å finne veien til det livet brukeren ønsker å leve (Lemvik, 2006).

Sosial- og helsedirektoratet (2008) kaller det en rettighet, et verktøy og en arbeidsmetode. En prosess som innebærer samarbeid og samhandling.

Det er en **rettighet** fordi alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom personen selv ønsker det. Lemvik (2006) skriver at brukeren eier sin egen plan. Brukeren har rett til og skal oppfordres til å delta aktivt i å beskrive behov for tjenester, ønsker og mål som er med å gi et viktig og riktig bilde for brukeren selv, i hverdagen og fremtiden.

⁷ **autonomi** -en (se -*nomi*) selvstendighet, selvstyre [ordbok.no, lest 17.02.09]

Planen skal være et **verktøy og en metode** for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Det skal til enhver tid være en tjenesteyter som har hovedansvaret for kontakt med brukeren og koordinering mellom dem som yter tjenester til brukeren. Initiativet til å få laget en individuell plan kan komme fra brukeren selv eller pårørende, men hovedansvaret for å utarbeide individuelle planer ligger i tjenesteapparatet.

Planen skal være **en prosess som innebærer samarbeid og samhandling**. Den delen av kommunens helse- og sosialtjeneste eller helseforetaket som brukeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med planen igangsettes. Har tjenestemottaker behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater har disse også en plikt til å samarbeide.

(Sosial og helsedirektoratet, 2008)

3.3.3 Pasient eller bruker?

Oppgaven tar konsekvent i bruk ordet *bruker*. Pasient kommer av verbet *patior*, som betyr å lide [Ordbok.no, lest 14.02.09], både i betydningen å føle smerte og i betydningen ha tålmodighet med sin smertetilstand. Begrepet pasient kan dermed bli assosiert med en passiv mottager. Maktbalansen mellom pasient og sykepleier blir skjev da ”ekspertisen”, som i dette tilfellet er sykepleieren, vet best (Robbestad, 2002). I Opptrappingsplanen for psykisk helsevern står brukermedvirkning som et sentralt begrep. Ved snakk om individuell plan trekkes det også frem at det kreves av brukeren at han eller hun tar del i sin egen behandling på veien mot et mer selvstendig liv. Robbestad (2002) skriver at ordet *bruker* vil få oss til tenke på brukeren som en person som samarbeider med sykepleieren, slik at de to er likeverdige partnere. En regner med at en tjenesteyter som omtaler den som trenger hjelp som bruker, vil oppleve at brukeren blir mer aktiv og mer i stand til å ta vare på sin egen identitet (Robbestad, 2002). Det Robbestad skriver her står i samspill med målene for Opptrappingsplanen og individuell plan. Slik sett vil *bruker* være det riktige ordet å benytte i denne oppgaven. *Psykiatriske langtidsbrukere* definerer den gruppen brukere av psykiatritilbudet som på tross av langvarig behandling ikke gjenvinner evnen til å mestre livet uten vedvarende behandling, omsorg og støtte. Tidligere ble disse i stor grad værende i institusjoner hele livet. I dag lever den helt overveiende delen ute i samfunnet med sine lidelser og er innlagt i kortere perioder i psykiatrisk sykehus eller psykiatrisk sykehjem eller senter (Helse og omsorgsdepartementet, NOU 1995:14). Hos mange av brukerne i denne

kategorien er erfart ensomhet og isolasjon en vesentlig motivasjonsfaktor for ønske om å inngå i sosiale relasjoner. Savnet til nære relasjoner er stort, men frykten for ikke å mestre synes å være et hinder for å inngå relasjonene. Frykten kommer delvis som følge av negative erfaringer (Ådland, 2003).

3.5 Valg av teoretiker

Da ingen av sykepleierteoretikerne svarer godt på denne problemstillingen, velger oppgaven å ta i bruk tenkningen til Hummelvoll.

Gjennom sin forskning og sitt skriftlige arbeid har Hummelvoll vist stor interesse for grunnlagsproblemer i psykisk helsevern generelt og i psykiatrisk sykepleie spesielt. Han har vist til at det finnes ulike måter å forstå psykiske lidelser på, og pekt på tilnærminger og konsekvenser dette gir for utøvelsen av psykiatrisk sykepleie. Hummelvoll er den i Norden som sterkest har framholdt betydningen av å tydeliggjøre og bevisstgjøre sykepleierens menneskesyn og hvordan dette reflekterer seg i møtet med brukeren (Andersen og Karlsson, 2001).

4.0 Drøfting

4.1 Individuelt tilpasset sykepleie

Hummelvoll fokuserer på at psykiatrisk sykepleie er en mellommenneskelig prosess der relasjonen mellom sykepleieren og brukeren er det meningsbærende elementet. Behovet for psykiatrisk sykepleie oppstår når et menneske opplever at psyken utgjør et hinder som en søker hjelp til å løse, tilpasse eller forsone seg med (Andersen og Karlsson, 2001).

Hummelvoll (1996) beskriver sykepleieren sin rolle som ”medvandrer, advokat, container og offentlig medmenneske” (siteret i Robbestad, 2002:76). Beskrivelsen er god og legger grunnlaget for individuell tilpasset sykepleie.

*Hvordan kan du se gjennom mine øyne,
tale gjennom min stemme,
høre med mine ører uten at menneskene*

beveges, uten at trærne vrir seg i angst

og stillheten farges av blod.

(Gunvor Hofmo)

Diktet handler om hvordan det føles å bli behandlet som en ureflektert ”ting”. Du skal bli sett, og dine tanker og følelser skal bli hørt. Sykepleieren i et bofellesskap bør tørre å gå ut av rammene som er tegnet opp for kommunepsykiatrien, der ”ansvar for eget liv” står sentralt og behandling bør unngås i for stor grad. Å se den enkelte bruker, spørre om hvordan det går eller om brukeren vil snakke om det som plager han eller henne, er tiltak som kan bidra til mindre ensomhet. Fordi det å bli sett er viktig for alle mennesker. Bøe og Tomassen (2000) støtter disse utsagnene når de sier at sykepleieren av og til må tre ut av sin rolle i behandlingssituasjonen for at den enkelte skal føle seg ivaretatt.

Begge studiene til Granerud og Severinsson (2003 og 2006) fant at brukerne opplevde følelsen av manglende aksept eller frykt for ikke å bli akseptert, samt tap av autonomi. Selvstendighet vil være vesentlig for å bli likeverdige borgere, oppleve autonomi og utvikle sosial kontakt med øvrige. For å oppnå dette nevner Hummelvoll (2006) blant annet at bruker, sammen med sykepleier, bør kartlegge problemer og funksjonsvansker. Deretter vil det kunne bli lettere sammen å finne fruktbare måter å møte disse utfordringene på. På denne måten mener Hummelvoll (2006) at det vil være mulig å utforme en sykepleierpraksis som ser ressursene, problemene og målene til brukeren fra brukerens eget ståsted. Her kan individuell plan trekkes inn som arbeidsverktøy. Planen som skal bygge på aktiv brukermedvirkning, vil kunne være med å sette perspektivene og ønskene til brukeren i fokus med individuell tilpasset sykepleie. For å skrive en individuell plan kreves det i første omgang relasjonsbygging mellom sykepleieren og brukeren. For å bygge opp en relasjon trenger sykepleieren og brukeren å bruke tid sammen. Her oppstår en konflikt når andre kommunale tjenester blir målt i minutter og timer (Lemvik, 2006). Relasjon bygges ikke ved at sykepleieren teller minuttene hun eller han tilbringer med brukeren. Det rapporteres likevel om mangel på tid, også når det kommer til bruk av dette verktøyet. Utarbeidelsen av et slikt redskap viser seg å komme i siste rekke når personalet jobber for at brukeren skal få den hjelpen han eller hun behøver (Lidal, 2000). Men opplysningene står mot hverandre. Individuell plan er utarbeidet for at brukeren skal få den hjelpen han eller hun trenger, for at tjenesteveien skal være lettere å finne frem i, og for at brukeren skal ha faste holdepunkter.

Likevel blir det ikke prioritert av sykepleieren. En kan spørre seg om hvor feilen ligger. Er det mangel på tid, eller om det er verktøyet som ikke fungerer i praksis?

Grunnsteinen i psykiatrisk sykepleie vil i mange tilfeller være, som tidligere sagt, å se brukeren. Hele veien mot selvstendigjøring dreier det seg i stor grad om å gi individuelt tilpasset sykepleie. Med det menes det at sykepleieren må jobbe for å bli kjent med brukerens behov og ressurser, for deretter å arbeide ut i fra det. Lemvik (2006) skriver at over tid vil sykepleieren sin oppgave være, sammen med brukeren, å finne ut hva som er viktig for han eller henne. Hva gir mening i livet? Hvem vil han eller hun være? Hva gir håp? Dette kan være et krevende arbeid både for den det gjelder og for de som står rundt, både sykepleieren og de pårørende. Til å begynne med kan målene ofte virke urealistiske og uoppnåelig. For sykepleieren vil det da være viktig ikke å avvise det som virker uoppnåelig. I alle ønsker er det en drøm, et håp og også en vilje. Etter hvert som arbeidet med å nå målene starter vil målene regulere seg selv, og dermed blir mer realistiske. Å finne frem til de mål brukeren har for livet sitt blir et møysommelig samarbeid – selve hovedjobben.

4.2 På hvilken måte kan sykepleierens bidrag for å unngå ensomhet og oppnå sosial integrering?

Granerud og Severinsson (2006) fant i sin studie ut at personer som over lang tid har slitt med psykiske problemer fortsatt fant det vanskelig å bli integrert i samfunnet. Det funnet ble gjort tross arbeidet som er lagt ned i forbindelse med Opptappingsplanen. Opptappingsplanens overordnede mål var at mennesker med psykiske lidelser skulle få en verdig livssituasjon og nødvendig helsehjelp. Studien fant likevel begreper som stadig vender tilbake i ulik litteratur - skam, redsel for å bli avist og ensomhet. I hvilken grad kan sykepleieren bidra til at disse begrepene etter hvert forsvinner fra litteraturen? Kolstad (2001) mener at institusjonspsykiatriens tenkemåte har fulgt med når den psykiatriske helsetjenesten har forsøkt å etablere seg utenfor institusjonene, og uten murens beskyttelse. Om så er tilfelle, kan en holdningsendring hos noen sykepleiere også være et tiltak for å oppnå sosial integrering for brukeren. Sykepleieren beskrives tidligere i oppgaven som brukerens følgesvenn, en som bistår og støtter. Men om sykepleieren selv ikke tror på sosial integrering, kan det bli vanskeligere for brukeren å oppnå sine mål.

Den neste studien til Granerud og Severinsson (2003) viste at personer med psykiske problemer, tross av at de fant det vanskelig å bli integrert, så sine hjem som viktige for å

oppnå et trygt og selvstendig liv. Dette kan ha å gjøre med at en egen leilighet gir trygghet ved at brukeren kan være seg selv, bestemme selv og trekke seg tilbake etter ønske.

Selvbestemmelsen symboliseres i bofellesskap ved bruk av egen nøkkel, postkasse og dørklokke. Dette er tiltak som er med å legge til rette for opprettelsen av selvstendighet: muligheten til å bestemme hvem som får komme på besøk, når en skal legge seg, og hva en skal se på TV. Integrering i samfunnet krever vel og merke mer enn selvstendighet.

Integreringen bør også bidra til at brukeren får flere ben å stå på sosialt sett, et nettverk som består av flere mennesker de stoler på, og kan støtte seg til ved behov. Brukerne i studien til Granerud og Severinsson (2003) omgikk i hovedsak andre personer med psykiske problemer. Denne likeheten viste seg å være mer sentral enn alder og fritidsinteresser. Det psykiatriske dagsenteret viste seg også å være et viktig møtested, og få eller ingen av deltagerne hadde kontakt med naboer utenfor bofellesskapene. Det var heller ikke noen av de som ønsket (Granerud og Severinsson, 2003). Hele bildet ser ut til å henge sammen. Skam og redsel for å bli avvist fører til at brukerne ikke ønsker kontakt med det øvrige samfunnet, som igjen lettere kan føre til ensomhet. For selv om studiene fant at dagsentertilbud og felles arrangementer i bofellesskapene oppleves av brukere som positivt, kom det også frem at mye tid blir brukt hjemme alene.

”I am alone wherever I am. It is dreadful to be lonely and forgotten and isolated. I have nobody. (Kvinne, 38 år).

”In a way, you learn to be passive and resigned” (Kvinne, 36 år).

Begge studiene til Granerud og Severinsson (2003 og 2006) trakk frem ensomhet som et tema som viste seg tydelig hos alle brukerne de har vært i kontakt med. Som sykepleier i arbeid med brukere i bofellesskap bør en jobbe mot i størst mulig grad å unngå ensomhet. Ådland (2003) minner oss på at når tiltak iverksettes, er det vesentlig å huske at å ha kontakt med andre, er noe annet enn å ha en opplevelse av tilhørighet og tilknytning. Kanskje var det nettopp det ”Kvinne, 38 år” mente da hun uttalte at hun var alene hvor enn hun var? Det er ikke slik at fellesskap med andre mennesker nødvendigvis er av udelt positiv karakter. Mens det på 70-80 tallet ble fokusert på at sosial støtte virker positivt inn på helsen, har nyere forskning nyansert dette bildet (Ådland, 2003). Einarsen og Raknes (1991) skriver at en generell tendens viser at kritikk virker sterkere inn på helsen i negativ forstand, enn det sosial støtte i form av komplementer gjør (hentet fra Ådland, 2003). Selv om det å leve i en

sammenheng hvor relasjoner inngår som et sentralt grunnleggende behov, antar en altså at sosiale relasjoner isolert sett kan bli vektlagt for stor betydning. Det er fordi det viser seg at de kan være direkte destruktive (Ådland, 2003). Familier med høy forekomst av Expressed Emotion (EE) viste seg å ha en negativ innvirkning på brukeren, som igjen virket direkte inn i forhold til tilbakefall. Studien trakk begrepet inn også i behandlingsinstitusjoner. Det viser seg at høy grad av EE hos personalet, ikke bare i familien, virker inn på brukerens livssituasjon. De følelsesmessige omgivelsene rundt den enkelte, synes å ha betydning for utviklingen av lidelsen. Slik sett også i hvilke grad bomiljøet har positiv eller negativ innvirkning på den enkeltes opplevelse av sin livskvalitet (Ådland, 2003).

For å unngå de negative interaksjonsmønstrene kan empati være en medmenneskelig faktor som sykepleieren bør ha med seg i arbeidet. Empati handler om å gi nærhet på avstand, fordi det stadig vil være nødvendig å skifte mellom disse motstridende begrepene. Med nærhet vil sykepleierne kunne oppnå en relasjon med brukeren, og med det igjen oppnå individuelt tilpasset sykepleie. Lemvik (2006) skriver så at avstanden vil gjøre det mulig å forstå hva som skjer ved hjelp av egen kunnskap og erfaring. Ved bruk av empati vil sykepleieren kunne sette seg inn i brukerens situasjon, uten at hun eller han nødvendigvis har opplevd noe lignende selv. Denne egenskapen vil sies å være vesentlig i en sykepleieres arbeid, da en jobber med mennesker som alle bærer med seg ulike erfaringer. Lemvik (2006) skriver at empati er en egenskap som krever at sykepleieren stadig jobber med seg selv, for å kunne ha det med inn i relasjonen til den andre. Om sykepleieren viser empati ovenfor sine brukere vil brukerne kunne oppleve dette som en trygghet, og tryggheten kan være med som en god motspiller i kampen mot ensomheten. Blir empati brukt aktivt i sosiale relasjoner kan det også være med å unngå de destruktive forholdene (Ådland, 2003) som ble nevnt tidligere i oppgaven.

Kort oppsummert vil svaret på spørsmålet bli: sykepleier må tro på brukerne sine evner og ressurser, og i tillegg ta i bruk empati. Sammen vil disse tiltakene kunne være med å unngå ensomhet, samt oppnå økt grad av sosial integrering.

4.3 På hvilken måte kan sykepleieren bidra som overgangsperson?

Hummelvoll (1996) utnevner sykepleieren til ”medvandrer, advokat, container og offentlig medmenneske” (sitert i Robbestad, 2002:76).

Ådland (2003) skriver at tilværelsen i bofellesskap kan ha et rehabiliterende potensial. For å oppnå dette kreves et brudd med tradisjonell institusjonstenkning, uten at hjelperollen blir uklar. Det vil være viktig for sykepleieren å være bevisst sin maktposisjon, for å kunne se dens muligheter og begrensninger. Empati er også her en god egenskap for sykepleieren - å vise nærhet på avstand. Ådland (2003) bruker begrepet "overgangsobjekt" i sin hovedfagsoppgave, denne oppgaven oversetter begrepet til "overgangsperson". Ordet beskriver på en god måte hva sykepleieren kan bidra med i et bofellesskap. Tidligere i oppgaven trekkes det frem at brukeren i mange tilfeller anser sykepleieren som den nærmeste. Som sykepleier bør en i høy grad ha et bevisst i forhold til at den nære relasjonen kan bli problematisk på lang sikt, både for brukeren selv og sykepleieren. Dette er fordi sykepleieren i rollen som overgangsperson bør ha et mål om å gjøre seg selv i økende grad overflødig og ubetydelig som en del av brukerens nettverk. Klarer sykepleieren på en god måte å være denne overgangspersonen, kan brukeren etter hvert oppnå og gå inn i andre og nye relasjoner som kan være fruktbare (Ådland, 2003). Igjen går oppgaven inn på integreringsperspektivet. Som sykepleiere kan en ikke jobbe alene om målet er at en skal trekke seg ut. Sykepleieren vil være nødt til å jobbe på lag med flere enn brukeren. Når målet er økt grad av integrering bør sykepleieren, som et konkret tiltak, igangsette sosial trening. Påførende bør, i den grad de kan og vil, involveres. Skal brukeren imidlertid oppnå full integrering, vil det være en fordel å ha et bredt spekter av medmennesker rundt seg. Profesjonelle, men også ufaglærte og støttekontakter. Er det sosiale livet til brukeren ene og alene basert på forholdet til sykepleieren og øvrig helsepersonell, vil den sosiale plattformen være skjør og kan stå i fare for å rase sammen ved eventuelle utskiftninger blant personalet. Som overgangsperson vil det ligge et ansvar på sykepleieren for å være med å gi brukeren en stabil plattform av mennesker rundt seg. Tidligere i oppgaven presenteres funn fra studien til Granerud og Severinsson (2003) hvor det kom frem at brukerne ikke ønsket kontakt med naboer utenfor bofellesskapet. Om det viser seg vanskelig å snu denne holdningen, er hensikten med bofellesskapet at brukerne skal bli en ressurs også for hverandre. Sykepleieren bør spesielt i starten når et bofellesskap dannes, skape rammer i fellesskapet som fremmer sosial støtte og tilhørighet. Konkrete tiltak kan være å samle brukerne for sammen å innrede, handle inn til fellesskapet eller iverksette andre aktiviteter. Sykepleieren vil også kunne gå inn som megler om det oppstår konflikt (Ådland og Alsaker, 2000).

Det kan synes som en lang prosess fram mot økt sosial mestring for brukeren, og det kreves at sykepleieren er klar over og i sin rolle som overgangsperson (Ådland, 2003). Borg

(2000) underbygger Granerud og Severinsson (2003 og 2006) sine studier med å si at det er en stor utfordring for sykepleierne å hjelpe brukeren slik at han eller hun får muligheten til å forandre den rollen vedkommende har fått sosialt, i mange tilfeller etter flere år på institusjon. Helsevesenet står kanskje ovenfor et veiskille når det kommer til kompetansen og kunnskapen i forhold til mennesker med langvarige psykiske lidelser. Fortsatt finnes den gamle generasjonen av mennesker med psykiske lidelser. Den generasjonen som opplevde at helsevesenet fjernet dem fra lokalmiljøet for å skaffe dem et fristed, bort fra de faktorene som kunne være skyld i problemene. Denne teorien går litteraturen i dag i stor grad bort fra, desentraliseringen i det psykiatriske helsevesenet er et bevis på det. Litteratur og studier som er brukt i denne oppgaven peker på at intervensjon, samarbeid med pårørende og sosial integrering er fokusområdene for sykepleieren og helsevesenet forøvrig.

5.0 Avslutning

Oppgaven har i korte trekk tatt for seg tanker om sykepleieren sitt bidrag i bofellesskap for psykiatriske langtidsbrukere. Teoridelen har tatt for seg en rekke elementer som er vesentlig i sykepleie som helhet, sentralt i brukeren sitt liv, samt hva som er blitt gjort og hva som må til for å oppnå gode livsvilkår for psykiatriske langtidsbrukere. Veldig mye er blitt gjort siden utviklingen startet i Norge i midten av 70-årene. Også de siste årene har Opptappingsplanen for psykisk helsevern vært med å sette fokus på gruppen av psykiatriske langtidsbrukere, og igangsatt tiltak for denne gruppen. Vi er kommet langt, men studiene viser at vi enda ikke er i mål. Studiene til Granerud og Severinsson (2003 og 2006) peker på at brukerne fortsatt sliter med integrering og ensomhet. Det kommer også frem i litteraturen at det fortsatt er mangel på tid i de kommunale tjenestene. Klarer sykepleierne å ta rollen som medvandrer og overgangsperson? Eller har også sykepleierne et stykke igjen for å klare å gi fra seg makten? Oppgaven gir ikke klare svar, men det kommer frem at tydelig bevissthet fra sykepleieren sin side vil være nødvendig for å oppnå målene.

Studiene som er drøftet i oppgaven viser at brukerne trives i egen bolig, og at de selv uttrykker at dette er med å øke livskvaliteten. Samtidig synes mange det er vanskelig å finne sin plass i samfunnet, og blir dermed avhengige av tilbudene kommunen tilbyr psykiatriske brukere. Når det viser seg at sykepleieren og øvrig helsepersonell i stor grad overtar plassen til familie setter oppgaven fokus på en viktig faktor i sykepleieren sitt bidrag. Oppgaven sier

videre at sykepleieren er følgevenn og talsperson, bør være lett tilgjengelig, tilby et lavterskeltilbud og være imøtekommende i tjenesten; fleksibiliteten bør være høy og individuelt tilpasset. Sykepleieren bør også fokusere på begrepene holistisk menneskesyn, empati og respekt.

Funnene som ble gjort i studiene til Granerud og Severinsson (2003 og 2006) underbygges i stor grad av den øvrige litteraturen. Ut i fra dette forstås det at sykepleieren sitt bidrag vil være å bistå brukeren i arbeidet mot et mer selvstendig liv, respektere privatlivets rett når brukeren bor i egen bolig, og oppmuntre til utvikling av nye bekjenskaper. Studiene til Granerud og Severinsson (2003) fant at brukerne selv sier at permanent bolig fører til verdighet og autonomi, og at kontakt med andre kan utvikles ut i fra dette. Ved blant annet å ta i bruk empati, vil sykepleieren ha en god mulighet til nettopp å bygge opp brukerens autonomi, selvstendighet, selvtillitt. Og med dette å bidra til å minske følelsen av ensomhet.

6.0 Kilder:

- Almvik, A. (2000) Utviklingen av psykisk helsearbeid i kommunene – sett i lys av historisk utvikling, statlige føringer og lovverk, I: A. Almvik og L. Borge (red.) *Tusenkunstnerne, muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid* (s. 15-32). Fagbokforlaget, Bergen.
- Almvik, A. og Borge, L. (2000) Innledning, I: A. Almvik og L. Borge (red.) *Tusenkunstnerne, muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid* (s. 9-12). Fagbokforlaget, Bergen.
- Andersen, A. J. W. og Karlsson, B. (2001). Introduksjon, I: A. J. W. Andersen og B. Karlsson (red.) *Psykiatrici i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid* (s. 13-28). Gyldendal Akademiske, Oslo.
- Borg, M. (2000) Muligheter til et virksomt liv. I: A. Almvik og L. Borge (red.) *Tusenkunstnerne, muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid* (s.177-198). Fagbokforlaget, Bergen.
- Bøe, T. D. og Thommasen, A. (2000). Mot en mer menneskelig psykiatri. Fra autoritet og kontroll til dialog og deltagelse. Universitetsforlaget, Oslo.
- Dalland, O. (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Akademiske, Oslo.
- Finansdepartementet (2008) Statsbudsjettet 2009, *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998-2008*.
- Granerud, A. (2008) The struggle for sosial integration in the community – the experience of people with mental health problems, In: A. Granerud *Sosial integration for people with mental health problems, experiences, perspectives and practical changes*. Docoral thesis at the Nordic School of Public Health. Göteborg, Sweden (2008)
- Halvorsen, K. (2005) *Å forske på samfunnet – en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Cappelen Akademiske Forlag, Oslo
- NOU 1995:14 (1995). *Fylkeskommunale langtidsinstitusjoner. Somatiske spesialsykehjem, psykiatriske sykehjem og psykiatrisk privatpleie*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet 27.01.09 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1995/NOU-1995-14.html?id=140269>

- Helsetilsynet (2007) *Rett til individuell plan*. Hentet 04.02.09 fra http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_8748.aspx
- Helsedirektoratet (2008) Rundskriv. *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 Rapportering for 2007*. Hentet 15.02.09 fra http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rundskriv/opptappingsplanen_for_psykisk_helse_1999_2008_rapportering_for_2007_81762
- Hugaas, J. V. (2001). Et holistisk paradigme for psykiatri i utvikling, I: A. J. W. Andersen og B. Karlsson (red.) *Psykiatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid* (s. 29-64). Gyldendal Akademiske, Oslo.
- Hummelvoll, J. K (2006) *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Gyldendal Akademiske, Oslo
- Hummelvoll, J. K & Granerud, A. (1996) *Psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten – en evaluering av brukertilfredshet*. Rapport nr. 3, 1996. Høgskolen i Hedmark.
- Lemvik, B. (2006) *Å skape gode livsvilkår, psykisk helsearbeid i kommunen*. Kommuneforlaget, Oslo.
- Lidal, E. (2000) Helhetlig psykiatriplanlegging – et metodeverktøy for dokumentasjon, samhandling og planutvikling, I: A. Almvik og L. Borge (red.) *Tusenkunstnerne, muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid* (s. 83-90) Fagbokforlaget, Bergen.
- NorgesLexi, Hentet 04.02.09 fra <http://www.norgeslexi.com/paxlex/alfabetet/a/a08.html>
- Ordbok.no. UiO, Oslo. Hentet 27.01.09, 04.02.09 og 13.02.09 fra www.ordbok.no
- Ordnett.no. Kunnskapsforlagets blå språk- og ordboktjeneste. Hentet 13.02.09 fra www.ordnett.no
- Repstad, P. (2004). *Mellom nærhet og distanse, kvalitative metoder i samfunnsfag*. Universitetsforlaget, Oslo
- Robbestad, H. (2002). *Kommunepsykiatri, Pionerar, vekst og utvikling*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Sosial og helsedepartementet (1997) St. prp. nr. 63, 1997-98. *Om opptappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Hentet 27.01.09 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/Stprp-nr-63-1997-98-/2.html?id=201917>

- Veileder fra Bergen kommune (2007) *Etablering av bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser*. Bergen.
- Ådland, A. (2003). *Hvordan opplever og erfarer beboere sin tilværelse i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser*. Hovedfagsoppgave, Sykepleiervitenskap. Universitetet i Bergen
- Ådland, A og Alsaker, K. (2000) Bofellesskap for psykiatriske langtidspasienter. I *Tusenkunstnerne, muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid* (s. 217-230). Fagbokforlaget, Bergen.