

# BACHELOROPPGAVE

## **Brukermedvirkning og brukererfaringer i psykisk helsevern**

av

Kandidatnummer: 324

Mari Asp Sande

### **Users involvement and users experience with the mental health care system**

Sosialt arbeid

BSV5-300

Mai 2014



**Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer: 324

Navn: Mari Asp Sande

JA  NEI

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Relevans for yrket og problemstilling.....	1
1.2 Statistikk .....	2
1.3 Å leve med en psykisk lidelse .....	3
1.4 Utforming av oppgaven.....	4
2.0 Metode.....	4
2.1 Valg av litteratur.....	5
2.2 Kildesøking og kildekritikk .....	6
3.0 Brukermedvirkning.....	6
3.1 Brukermedvirkning på individnivå.....	7
3.1.1 Tilstrekkelig informasjon fra tjenesteyter .....	8
3.1.2 Ulike former av brukermedvirkning på individnivå .....	9
3.2 Brukermedvirkning på systemnivå .....	10
3.2.1 Foreslåtte tiltak for forbedring av brukermedvirkning på systemnivå .....	11
4.0 Brukererfaringer i psykisk helsearbeid .....	12
4.1 Statistikk .....	12
4.2 Metoder for innsamling av brukererfaringer .....	13
4.2.1 Bruker spør bruker-evaluering .....	14
5.0 Diskusjon.....	15
5.1 Pasienters erfaring med brukermedvirkning og konsekvenser ved dårlig brukermedvirkning ..	16
5.2 Pasienters erfaring med informasjon og konsekvenser ved dårlig informasjon.....	17
5.3 Samarbeid mellom poliklinikk og offentlige etater og konsekvenser ved dårlig samarbeid .....	18
5.4 Pasienter som ansatte i psykisk helsevern .....	19
5.5 Hvilke erfaringer har psykisk syke med tilbudene de får? Hvordan kan denne bli bedre? .....	20
5.6 Hvilken betydning har brukermedvirkning for pasienter i psykisk helsevern, og hvordan kan dette bli bedre? .....	21
6.0 Avslutning.....	21
7.0 Litteraturliste .....	23

## **1.0 Innledning**

Denne oppgaven skal utforske temaet rundt mennesker med psykiske lidelser og deres oppfattelse og erfaringer med psykiatritjenesten som hjelpeapparat, og brukermedvirkning i psykiatritjenesten. En av bakgrunnene for at dette temaet ble valgt var en samtale med en person i mitt nettverk. Denne personen hadde sterke meninger om prosessen, da møte med fastlegen, henvendelse til psykiatritjenesten og deretter behandling i psykiatritjenesten. Denne erfaringen var både positiv og negativ. Denne samtalen gjorde meg nysgjerrig på helsevesenet og psykiatritjenesten, og har gjort til at jeg ønsker å undersøke hvilken forståelse mennesker med ulike psykiske lidelser har av psykiatritjenesten og helsevesenet som hjelpeapparat. Likevel var hovedgrunnen for valg av tema at en som sosionom nesten alltid vil møte mennesker som er psykisk syke, uansett hvor en jobber. Både på NAV, rusinstitusjoner, poliklinikker og sykehus vil en møte på psykisk sykdom, og en må være forberedt på at hver enkelt person som kommer inn til deg som saksbehandler eller behandler kan være ekstra sårbar. For å undersøke dette så jeg også brukermedvirkning i psykiatritjenesten som en viktig faktor, og valgte derfor å trekke dette inn i problemstillingen. Grunnen til at jeg mener det er viktig å forske mer på dette, er fordi både psykiatritjeneste og helsevesen trenger mer informasjon om hvordan mennesker opplever møter med disse. Dette for å lettere kunne skape en god relasjon til pasienten og for å gjøre tilbudene til pasienter bedre i form av brukermedvirkning.

### **1.1 Relevans for yrket og problemstilling**

Hvorfor er dette temaet viktig for meg som sosionom? Som sosionom har jeg mulighet og ønske om å jobbe i psykiatritjenesten, da gjerne drive behandling ved poliklinikk. Som blivende sosionom er relasjon med pasienten noe av det jeg vil legge mest vekt på i mitt arbeid. For å få en god relasjon med pasienten er det viktig at pasienten får fremme sine synspunkt på behandlingen en får. Dette er fordi behandlingstilbudene kan gjøres bedre om pasienten får være med å ta avgjørelser og får fremme synspunkt under behandling (Helgesen, 2006). I mitt arbeid skal en legge opp hverdagen på best mulig måte for pasienter, noe som er vanskelig om en ikke har en forkunnskap om psykiske lidelser og hva pasienter tenker om behandlingen de får av ulike instanser (Helgesen, 2006). Som sosionom skal en hjelpe mennesker som sliter på best mulig måte, noe som er mulig å få til ved å gjøre pasienten mest

mulig trygg på behandler. Jeg har derfor valgt en problemstilling som omfatter brukermedvirkning og brukererfaringer med psykisk helsevern. Min hovedproblemstilling vil være *brukermedvirkning og brukererfaringer med psykisk helsevern*, med underproblemstillinger som følgende; *Hvilke erfaringer har pasienter med hjelpetilbudene de får? Hvilken betydning har brukermedvirkning for pasienter i psykisk helsevern?* Dette vil være to underproblemstillinger som jeg vil undersøke for å belyse hovedproblemstillingen min på best mulig måte.

## 1.2 Statistikk

NAV skriver i en rapport fra 2013 at de tre største psykiske lidelsene i Norge er angstlidelser, depressive lidelser og rusrelaterte lidelser. Videre skriver NAV (2013) at 50% av alle mennesker i Norge vil oppleve en psykisk lidelse i løpet av livet. De hevder at forekomsten av psykiske lidelser ikke øker, men at flere sykemelder seg og oppsøker hjelp som følge av disse lidelsene. I følge statistisk sentralbyrå ble det gjennomført 6 934 371 polikliniske konsultasjoner i 2012 (Statistisk Sentralbyrå, 2012). Disse tallene viser at behovet for polikliniske konsultasjoner er stort i Norge. I løpet av et år vil hver tredje nordmann tilfredsstille diagnostiske kriterier for en psykisk lidelse (Knudsen & Mykletun, 2010). Hver tredje til femte person opplever å få angst i løpet av livet. Sammenlagt har 15% av befolkningen angst eller depresjon (Sanne, 2004). Det er også 15% av befolkningen som har rusrelaterte lidelser hvert år (Knudsen & Mykletun, 2010). Når en leser disse tallene, er det viktig å tenke på at mennesker ofte blir dobbeldiagnostiserte, altså kan for eksempel angst føre til depresjon eller depressive symptomer. I følge Clausen (2011) er 79% av de som er plaget med angst, også plaget med depressive symptomer. Av de som har depresjon som første diagnose, er det 34% som også får påvist angst eller har symptomer på angst. Til sammen har 8% av de som ble undersøkt en dobbeltdiagnose som innebærer angst og depresjon. De som ble undersøkt, var personer fra 40 til 79 år i kommuner over hele landet (Clausen, 2011).

Når en studerer tallene fra SSB og NAV kommer det frem at forekomsten av psykiske lidelser ikke synes å øke med årene. Etterspørselen på polikliniske konsultasjoner har hatt en øking de siste fem årene som vist i statistikker fra Statistisk Sentralbyrå (2012). Forekomsten av psykisk sykdom synes likevel ikke å øke – hvorfor øker konsultasjons- og

behandlingsbehovet for mennesker med psykisk sykdom, men ikke forekomsten av psykiske lidelser? En av grunnene til at det forekommer flere og flere konsultasjoner kan være at åpenheten om psykiske lidelser også øker. Stadig flere kjente personligheter velger å stå frem om sin psykiske helse og psykiske sykdommer, noe som er positivt i form av at kanskje flere blir komfortable med å søke hjelp hos psykiatritjenesten. Som nevnt ovenfor, blir det tatt ut flere sykemeldinger som følger av angst, depresjon eller rusrelaterte lidelser, noe som også viser at åpenheten rundt psykiske lidelser er i økning.

### **1.3 Å leve med en psykisk lidelse**

Bak tallene fra Statistisk Sentralbyrå (2012) og NAV (2013) er det personer som må leve med psykiske lidelser. Å leve med en psykiatrisk diagnose oppleves ofte svært belastende for personen som er syk. Jeg har et inntrykk av at psykiske diagnoser ikke var like akseptert som somatiske diagnoser tidligere, men at dette har bedret seg de siste årene. En av grunnene til at det ikke er like mye åpenhet rundt psykiske diagnoser som det er rundt somatiske diagnoser, kan være at psykiske diagnoser ofte er usynlige. Andre grunner til at det ikke er mye åpenhet rundt dette kan være at det er skambelagt. En psykisk sykdom rammer hele personligheten fordi sykdommen springer fra hjernen. Dette kan være vanskelig fordi en person som har blitt psykisk syk ikke lenger tenker slik en gjorde før, og vil også oppleve selv at personligheten er endret etter en ble syk. For å lage et bilde av dette kan en se for seg en person med et brukket bein og en person med angst. En person med et brukket bein har symptomer som vises på kroppen, mens en ikke kan se at en person har angst, og derfor kan angst være vanskeligere for utenforstående å forstå. At det synes å være mindre forståelse for psykiske lidelser enn somatiske lidelser kan være med på å gjøre det betydelig mer belastende for en person å leve med diagnosen. Et positivt aspekt er at åpenheten rundt psykiske lidelser stadig øker, noe som i fremtiden kan gjøre det enklere for personer å leve med en psykisk diagnose.

Åpenhet rundt psykiske lidelser kan som nevnt være noe av det som fører til at behovet for poliklinisk konsultasjon har økt kraftig de siste årene. At konsultasjonsbehovet har økt, vil også være en faktor som tilsier at flere mennesker har en mening og en oppfattelse om hvordan de blir behandlet av både fastlege under henvisning og psykiatritjeneste under behandling av sykdom. Det er viktig å utforske disse meningene videre for at helsevesen og

psykiatritjeneste kan forbedre kvaliteten på relasjon med pasienten, samt behandling som blir gitt til pasienten. Like viktig som behandling er også relasjon, kommunikasjon og måten en møter pasienten på – kvaliteten på dette spiller en viktig rolle i arbeidet med psykisk syke mennesker (Lingås & Herheim, 2008).

## **1.4 Utforming av oppgaven**

I første del av oppgaven, etter innledningen, vil jeg skrive hvilken metode jeg har valgt å bruke i oppgaven, og beskrive denne. I metoddelen vil jeg også skrive om hvilke begrensinger valg av metode kan gi for oppgaven. Etter metode vil jeg skrive en resultatdel. Disse resultatene er mitt resultat av søkene og funnene jeg har gjort etter jeg valgte metode, og er informasjon jeg har funnet som skal belyse problemstillingen. Denne delen vil være todelt ettersom at problemstillingen min også er det – det vil være en del om brukermidvirkning og en del om brukererfaringer i psykisk helsevern. Siden disse to henger tett sammen, har jeg også dratt inn brukermidvirkning der det har vært relevant i brukererfaringdelen. Etter resultatdelen kommer diskusjonen, hvor jeg vil diskutere de viktigste punktene fra resultatdelen. I diskusjonen vil jeg også komme med løsninger og svar på de to underproblemstillingene, og jeg vil diskutere hvilke utfordringer jeg har hatt i arbeidet med oppgaven og hvordan jeg eventuelt har valgt å løse disse. På slutten av oppgaven vil der være en avslutningsdel hvor oppsummering av oppgaven står i sentrum.

## **2.0 Metode**

En metode skal brukes som en måte å få frem kunnskap eller etterprøve om påstander er gyldige eller holdbare. Det er også en måte å komme frem til ny kunnskap på (Dalland, 2007). Når en skal undersøke noe, er metode et viktig redskap som kan brukes til å samle inn data (Dalland, 2007). Metoden jeg har valgt for å finne ut av spørsmålet jeg har stilt meg er litteraturstudie. Når en bruker litteraturstudie vil det si å lese det andre har skrevet om temaet en velger, og deretter analysere og reflektere over det en har lest for å komme frem til innhold en kan bruke som kan være med å svare på problemstilling og spørsmål en har stilt seg i oppgaven (Dalland, 2007). Litteraturstudie er relevant i min oppgave fordi jeg vil se på hva

andre har forsket på, og til slutt finne svar på min problemstilling gjennom å lese mye på hva andre har forsket på før meg. Jeg bestemte meg for å bruke litteraturstudie som metode, fordi jeg ser på litteraturstudie som en effektiv måte å samle inn informasjon på. Jeg kunne valgt å benytte meg av metoder som intervju og spørreundersøkelser ved hjelp av informanter (Dalland, 2007), men i og med at oppgaven spenner over et relativt kort tidsrom vurderte jeg litteraturstudie som den mest effektive måten å samle inn og vurdere informasjon. Dette fordi en vet at det allerede finnes mye forskning på problemstillingen jeg har valgt, og det finnes mye forskning på de forskjellige psykiske lidelsene som jeg også kan bruke i oppgaven min. At det finnes så mye forskning rundt temaet er positivt, men fører også til at det kan være lite gunstig og effektivt å velge andre metoder enn litteraturstudie.

## 2.1 Valg av litteratur

For å finne frem til relevant litteratur, har jeg brukt BIBSYS som er biblioteket ved min utdanningsinstitusjon sitt system for å finne frem til litteratur, samt hyllene på biblioteket. I BIBSYS finner en også tidsskriftsartikler (Dalland, 2007). Tidsskrift er også viktige kilder fordi disse publiserer ofte det nyeste i faget, som en ikke finner i bøker på biblioteket (Dalland, 2007). Sett bort fra BIBSYS har jeg også brukt søkemotorer som Google og Google Scholar for å finne relevant litteratur til oppgaven min. Dalland (2007) skriver at en finner noe som tilsvarer 500 milliarder sider av informasjon på internett, og av dette er mellom fem og ti prosent faglitteratur. I løpet av årene er dette sannsynligvis mangedoblet. Når en søker på internett må en derfor ta høyde for at mye er useriøst og kan gi informasjon som ikke er riktig. Dette er fordi internett er et sted der alle kan publisere, ikke bare mennesker med utdanning og forfattere som er de som utarbeider faglitteratur (Dalland, 2007). Når jeg søkte på ordet «psykiatritjeneste», fikk jeg opp mange diskusjonsforum som kilder. Dette vil være en ugyldig kilde fordi personene som skriver i disse forumene ofte ikke har en faglig bakgrunn som er relevant for min oppgave (Dalland, 2007). Google har også en søkemotor som heter Google Scholar, der en kun får opp gyldig informasjon. Jeg har i hovedsak brukt Google Scholar fordi en risikerer å finne mye ugyldig informasjon når en søker på Google. For å finne statistikker har jeg hovedsakelig brukt Statistisk Sentralbyrå som søkemotor.



## 2.2 Kildesøking og kildekritikk

Når en skal finne litteratur, er kildesøking det verktøyet en benytter seg av i prosessen. Dette handler om å finne frem den mest relevante litteraturen til problemstillingen en har valgt. En må begrunne hva en egentlig ønsker å finne ut av, og deretter starte med faglitteratur som er pensum. I dette pensumet kan en finne noe som kan belyse problemstillingen og finne relevante henvisninger. Det er her det er lurt å bruke BIBSYS (Dalland, 2007). Som utgangspunkt er det lurt å bruke fagbøker og lærebøker, men i og med at oppgaven er så omfattende må en også søke andre kilder (Dalland, 2007). Andre kilder jeg har brukt er tidsskrifter, offentlige dokumenter, statistikk, jus og forskningsrapporter.

Får å finne ut om en kilde er sann eller gyldig, er kildekritikk lurt å bruke. Kildekritikk er en del av metoden litteraturstudie. Å bruke kildekritikk vil si å karakterisere og vurdere kildene en har funnet, enten det er litteratur i form av bøker eller artikler på internett (Dalland, 2007). Målet med å bruke kildekritikk er at leseren skal kunne se at jeg har reflektert og vurdert litteraturen etter relevans for problemstillingen min. Har det vært lett eller vanskelig for meg å finne litteratur? Når en bruker kildekritikk skal en vurdere om de forskningsresultater og teorier vi finner i stor nok grad kan brukes til å belyse problemstillingen (Dalland, 2007). En utfordring kan være om hvorvidt litteraturen er tilstrekkelig oppdatert i lys av dagens situasjon. En annen utfordring er at fagstoff og pensum ofte er sekundærlitteratur. Dette vil si at teksten er bearbeidet og presentert av noen andre enn den opprinnelige forfatteren (Dalland, 2007). Av den litteraturen jeg har brukt i oppgaven er det både primær og sekundærlitteratur. Jeg har brukt en del lærebøker som er sekundærlitteratur der noen har vært oversatt til norsk, noen har vært på engelsk og noen har vært skrevet av norske forfattere. Av kildene jeg har brukt har mange vært primærlitteratur. Det jeg har brukt av primærlitteratur er hovedsakelig tidsskrifter utarbeidet av leger eller annet helsepersonell.

## 3.0 Brukermedvirkning

Når en skal belyse problemstillingen som omhandler hvordan pasienter oppfatter psykiatritjenesten og helsevesenet, vil det være relevant og også fokusere på brukermedvirkning. Undersøkelser som er gjort på brukermedvirkning vil vise i hvor stor grad pasienter påvirkes og er med på å bestemme den behandlingen de får. Lite brukermedvirkning

kan være med på å gi pasienten et negativt syn på behandlingsinstitusjon eller terapi ved en psykiatrisk poliklinikk, mens større grad av brukermedvirkning kan være med på å gi pasienten et positivt syn på psykiatritjenesten. Brukermedvirkning er bestemt ved lov. En finner lov om brukermedvirkning blant annet i pasientrettighetsloven (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006). På et generelt plan sier loven at brukers oppfattelser og meninger skal være med på å bestemme utformingen av de tjenestene en tilbyr pasienter, mens på individnivå sier loven at pasienter skal kunne medvirke individuelt i tjenestene som blir tilbudt dem (Helgesen, 2006). Hvert individuelle menneske som er pasient av psykiatritjenesten skal ha tilbud om enkelte redskaper som sikrer brukermedvirkning. Blant disse er individuell plan og skjemaer som skal fylles ut og skrives under på under innleggelse og utskrivelse ved behandling hos spesialisthelsetjenesten (Helgesen, 2006).

At pasienten får være med på å ta avgjørelser under egen behandling er viktig, og det er viktig at behandler følger opp pasienten underveis for at pasienten skal bli hørt. Helgesen (2006) reiser et viktig dilemma som omhandler brukermedvirkning i sin bok «Mange vil ha alt de får, andre vil ikke ha noe – Om brukermedvirkning i psykisk helsetjeneste i kommunene»: Når skal pasienten få lov til å bestemme selv, og når må hjelpeapparatet ta avgjørelser som kan hemme brukermedvirkningen ved å styre brukers valg? Helgesen (2006) hevder videre at noen pasienter sier ja og synes alt høres rimelig ut, mens noen pasienter er negative til alt og noen er likegyldige. Dilemmaet kan oppstå når kommunene vil tilby pasienter tjenester som støttekontakt, individuell plan, skriving av søknader eller å bestille time hos fastlege. Det er viktig å tenke på at brukermedvirkning gjelder like mye de pasientene som sier nei til alt eller ikke vil det behandler foreslår, som de som sier ja til alt. En god profesjonell yrkesutøver skal hjelpe pasienten til å forstå virkeligheten så vel som å motivere pasienten, da spesielt pasienter som er negative eller likegyldige (Helgesen, 2006).

### **3.1 Brukermedvirkning på individnivå**

Brukermedvirkning er en lovfestet rett alle pasienter i helsesektoren skal ha. Denne retten er fastslått i sosialtjenesteloven §8-4 og i pasientrettighetsloven kapittel tre. I loven står det at pasienten skal ha rett til medvirkning og informasjon (Larsen et al., 2006). Videre skriver Larsen et al. (2006) at det er viktig av pasienten skal få informasjon som er tilstrekkelig og

tilpasset nok, dette for å få best mulig innhold i rettigheter og hjelp eller behandling, samt at brukermedvirkningen blir reell på dette viset. I hvert enkelt tilfelle skal det vurderes hva som må tilrettelegges for at pasienten skal kunne føle at en har en stemme i egen sak, og på denne måten oppleve at brukermedvirkningen er reell. Når en snakker om brukermedvirkning på individnivå, betyr dette at alt skal tilrettelegges spesielt for den enkelte brukeren (Larsen et al., 2006). Dette er viktig fordi pasienten kan føle at tjenesteapparatet har tilrettelagt brukermedvirkningen veldig godt, mens en annen pasienten kan oppleve det som at der er ingen eller liten grad av tilrettelagt brukermedvirkning (Larsen et al., 2006). For at disse rettighetene skal oppfylles, er det tjenesteapparatet sin oppgave å tilrettelegge for medvirkning.

### 3.1.1 Tilstrekkelig informasjon fra tjenesteyter

For at pasienten skal være i stand til å medvirke og fatte beslutninger som gjelder eget liv og helse, må pasienten få tilstrekkelig informasjon av tjenestetilbyder (Larsen et al., 2006).

Eksempler på slik informasjon er informasjon om diagnose eller sykdom, hvilke tjenestetilbud som kan passe for den individuelle brukeren, hvilke behandlingsinstitusjoner pasienten kan velge, og tjenesteyter sine vurderinger og forslag til hva som kan være riktig å velges (Larsen et al., 2006). Det er flere faktorer som spiller inn for å kunne gi god informasjon. Viktig informasjon bør gis skriftlig, ettersom at det kan være vanskelig å huske.

For at tjenestetilbyder skal kunne være sikker på at informasjon som blir gitt blir bearbeidet og forstått av pasienten, er det grunnleggende at en har god kommunikasjon med pasienten. Pasienter som har psykiske lidelser kan slite med dårlig selvbilde, og dette kan føre til stor sårbarhet når det gjelder å fremme egen sak (Larsen et al., 2006). En profesjonell tjenesteyter har derfor et særlig ansvar å sikre at pasienter med psykiske lidelser kan medvirke i egen sak likestilt med andre (Larsen et al., 2006). Videre blir det sagt at det kan være problematisk for pasienter med psykiske lidelser å etablere tillit med tjenesteyter. Dette kommer ofte av at opplevelser av å ikke ha blitt behandlet på en verdig måte, ikke blitt møtt med respekt og tillitsbrudd har vært en del av deres møte med behandlingsapparatet tidligere (Larsen et al., 2006).

### 3.1.2 Ulike former av brukervedvirkning på individnivå

For at det skal være reell medvirkning på individnivå, må dette legges til rette på flere måter. For eksempel får profesjonelle, velferdsstatens institusjoner, medlemmer av administrasjon på kommunalt nivå og politikere signal om at de skal ta hensyn til brukeren og innta brukerorientert innstilling (Helgesen, 2006). De ulike instansene utøver brukervedvirkning på denne måten ved å ta hensyn til brukeres vilje. Dette er positivt for pasienter fordi det gis en mulighet for at de kan medvirke direkte i relasjon med profesjonelle. Det er flere måter pasienter kan være med å bestemme. Det er sannsynlig at brukervedvirkning har blitt nedfelt ved lov på grunn av press på det politiske systemet utenfra. Pasienten kan presse på det politiske systemets inputside ved å stemme ved valg på samme måte som resten av befolkningen. Dette er en måte å delta på (Helgesen, 2006). Den andre formen for medvirkning kan være direkte kontakt med profesjonelle. Det er vanlig at pasienten har møter med behandler eller andre profesjonelle, og det skjer som regel ansikt til ansikt slik at det skaper en relasjon (Helgesen, 2006). Det er nødvendig med slike møter og samhandling for at behandler skal kunne gi riktige diagnoser, henvise til riktig behandling og evaluere behandlingstiltaket. Denne formen for brukervedvirkning er nedfelt i pasientrettighetsloven.

Brukerundersøkelser er også en form for brukervedvirkning, og her får en et innsyn i hvilken oppfattelse pasienten har av behandlingen en får (Helgesen, 2006). Dette er i høyeste grad brukervedvirkning på individuelt nivå, ettersom at de forskjellige pasientene mest sannsynlig ikke vil svare likt på en brukerundersøkelse. Slike brukerundersøkelser vil gjøre det mulig for profesjonelle å legge opp de tjenestene som tilbys etter det som er best for den enkelte pasienten. Det er individuelt å velge å delta på en slik undersøkelse eller ikke (Helgesen, 2006). Samtidig som at brukerundersøkelser er på individnivå, kan en også se det som at det er på systemnivå. Dette er fordi beslutningen om å ha en slik spørreundersøkelse og hvordan resultatene blir brukt må tas hånd om av et nivå i det politiske systemet som har myndighet til å trekke slike beslutninger (Helgesen, 2006). En tredje form for brukervedvirkning er at pasienter kan velge fritt mellom tjenester. Altså, om pasienten har flere tjenestetilbydere å velge mellom, kan pasienten selv bestemme hvilken tjeneste som vil dekke ens behov (Helgesen, 2006). De nevnte formene for medvirkning foregår i relasjon til spesifikke profesjonelle tjenesteytere og enkelte tiltak. Denne medvirkningen foregår med utgangspunkt

i den spesifikke tjenesten som ytes, og etter det er gjort en beslutning om at den individuelle pasienten skal tildeles tjenester (Helgesen, 2006).

### **3.2 Brukermedvirkning på systemnivå**

Larsen et al. (2006) definerer brukermedvirkning på systemnivå som medvirkning som er knyttet til tjenesteutvikling og alle nivåer av gjennomføring og evaluering. I motsetning til brukermedvirkning på individnivå, kan en si at brukermedvirkning på systemnivå foregår kollektivt (Helgesen, 2006). For å få tilgang til å medvirke kollektivt, kan pasienten være med i organisasjoner som for eksempel i kommunenes råd for psykisk syke, kontrollkommisjoner, brukerråd og i de ulike helseforetakenes brukerutvalg (Helgesen, 2006). For utvelgelse av representanter i form av brukere og pasienter til utvalg og råd, er det etablerte prosedyrer en må følge. Funksjonshemmedes fellesorganisasjon og Samarbeidsforum for funksjonshemmede har som regel representanter i ulike utvalg og råd (Helgesen, 2006). Mental Helse er medlem i Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, og denne organisasjonen vil derfor være relevant å nevne med tanke på min problemstilling. De nevnte organisasjonene og andre organisasjoner som er medlem i disse, er som regel de organisasjonene som får saker til høring og får stille med representanter i arbeidsgrupper og prosjektgrupper (Helgesen, 2006).

Det er ikke alle de forskjellige virksomhetene innenfor psykisk helse som er kommet like langt når det gjelder å legge til rette for medvirkning på systemnivå; noen virksomheter har lagt til rette for brukerforum og råd, mens i mange kommuner blir det forsøkt å ivareta medvirkning gjennom råd for funksjonshemmede og andre organisatoriske tiltak (Larsen et al., 2006). Brukerorganisasjonene gir tilbakemeldinger på at dette ikke fungerer tilfredsstillende fordi det er flere steder der brukermedvirkning på tjenestenivå er et område der pasienter bør ha muligheten til å medvirke i mye større grad enn det som er tilrettelagt for per dags dato (Larsen et al., 2006). For å skille mellom hvor de ulike formene for deltakelse på systemnivå påvirker, skriver Helgesen (2006) at de som deltar ved å være med i utvalg for helseforetak eller andre instanser påvirker på outputsiden av politikken, mens de som er med i kommunale råd for funksjonshemmede påvirker og deltar på politikkens inputside.

### 3.2.1 Foreslåtte tiltak for forbedring av brukermedvirkning på systemnivå

For å forbedre brukermedvirkning på systemnivå, foreslår Larsen et al. (2006) en rekke tiltak. De foreslår blant annet at det enkelte tjenestested eller den enkelte tjenestetilbyder etablerer et brukerråd der pasientene kan delta, og at for eksempel psykisk helsearbeid i en kommune får opprettet brukerråd slik at representanter for pasienter og pårørende får muligheten til å samarbeide med ledelsen. Larsen et al. (2006) mener også at den øverste ledelsen for en kommune kan opprette et brukerråd som skal være gjeldende for alle tjenester innen en virksomhet. Når en ser på de regionale helseforetakene har alle brukerråd på administrativt nivå. Tilbakemelding fra pasienter som er representanter for psykisk helse, er at de trenger og ønsker referansegrupper og arbeidsgrupper ut i fra hvilket arbeid de deltar i. Et annet foreslått tiltak er brukerombud. Der kan en utvalgt pasient bistå og hjelpe andre pasienter ved en behandlingsinstitusjon i psykisk helsevern ved å være en ressurs eller tillitsperson for disse. Larsen et al. (2006) mener at et slikt brukerombud burde være et aktuelt tiltak i kommunene, fordi det kan benyttes som et støtteapparat eller en ledsager i situasjoner der pasienten synes det er vanskelig å møte alene sammen med profesjonelle. Et slikt ombud er positivt da kommunene har muligheten til å få systematisk tilbakemelding av hva pasienter synes fungerer bra eller dårlig, eller hvilke synspunkter de har på tjenestene de blir tilbudt (Larsen et al., 2006).

Pasienter som ansatte har vært lenge omdiskutert innen det psykiske helsefeltet. Dette er et tiltak som kan være positivt for pasienter fordi de får snakke med noen som selv har brukererfaring innen feltet, og har verdifull kunnskap gjennom erfaring som andre profesjonelle ikke er i besittelse av (Larsen et al., 2006). Noe av kritikken mot å innføre dette som et tiltak for mer brukermedvirkning på systemnivå, er at ansettelse av personale med brukererfaringer innen det psykiske helsefeltet kan svekke brukerperspektivet på grunn av lojalitet til arbeidsplassen og sosialisering. Noen brukerorganisasjoner ønsker derfor at slike ansettelser skal gå via en brukerorganisasjon i stedet for en direkte ansettelse på en arbeidsplass (Larsen et al., 2006). De mener også at om dette skal innføres som et tiltak, bør arbeidstaker lønnes og ansettes av en brukerorganisasjon.

## 4.0 Brukererfaringer i psykisk helsearbeid

Når en snakker om brukererfaringer i psykisk helsearbeid, går dette hånd i hånd med brukermedvirkning. Pasienter som har opplever dårlig brukermedvirkning hos de forskjellige instansene i psykisk helsevern, vil også oppleve at erfaringen av behandlingen de får blir dårlig (Groven, Holmboe, Helgeland, Bjertnæs & Iversen, 2008). For å belyse problemstillingen vil jeg i avsnittet om brukererfaringer i psykisk helsearbeid trekke frem statistikk, ansettelse av personale med brukererfaringer og konsekvenser dette kan få for pasienter av de forskjellige tjenestene innen psykisk helsearbeid i Norge, og kartlegging og bruk av metoder for å samle inn brukererfaringer. Når det gjelder metoder for å samle inn brukererfaringer, vil jeg ta for meg ulike metoder og hvordan disse fungerer i praksis.

### 4.1 Statistikk

I 2007 gjennomførte Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten en spørreundersøkelse som tok for seg pasienter av psykisk helsevern i form av poliklinikker for voksne (Groven et al., 2008). Det var 100 poliklinikker som deltok, og 11 085 pasienter som svarte på spørreundersøkelsen (Groven et al., 2008). 60% av pasientene som deltok hadde stort utbytte av behandlingsformen, og de var fornøyde med deres behandler – av pasientene som ble spurt var det 70% som oppga at behandler forstod situasjonen deres. Dette var pasienter som hadde forholdt seg til kun en behandler ved poliklinikken de ble behandlet ved (Groven et al., 2008). På den andre siden viste undersøkelsen at av de 100 poliklinikkene som deltok, kom det frem at pasienter mente at disse hadde forbedringspotensial, særlig når det gjaldt informasjon, samarbeid med andre offentlige etater og medbestemmelse eller brukermedvirkning (Groven et al., 2008). 23% av pasientene som deltok opplevde at de i liten grad eller ikke i det hele tatt fikk være med å bestemme hvilken type medisiner de skulle ha, og når det gjaldt valg av behandlingsmuligheter oppga 25% av pasientene at dette var noe de enten ikke fikk noe informasjon om, eller at den informasjonen de fikk var svært dårlig (Groven et al. 2008).

Offentlige etater skal i regelen ha et godt samarbeid, men 30% av de spurte i undersøkelsen svarte at samarbeidet mellom poliklinikk og offentlige etater var svært dårlig når det kom til å løse brukeres praktiske problemer (Groven et al., 2008). Resultatene for poliklinikkene og foretakene ble i denne undersøkelsen sammenlignet på tre indikatorer. Disse omhandlet

opplevd ventetid, eksternt samarbeid og brukererfaringer. I disse resultatene var det spesielt store forskjeller når det gjaldt opplevd ventetid mellom poliklinikker og foretak (Groven et al., 2008). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomførte også en lik undersøkelse i 2004. En sammenstilling av de to undersøkelsene viste at resultatene var bedre i 2004 enn i 2007, og dette gjaldt de tre nevnte indikatorene. Dette var en utvikling som viste seg å gjelde for alle helseforetak og regioner, men på den andre siden var det flere av poliklinikkene som deltok i undersøkelsen som hadde hatt en utvikling som var positiv på en eller flere av de tre nevnte indikatorene fra den første undersøkelsen i 2004 til den andre i 2007 (Groven et al., 2008).

#### **4.2 Metoder for innsamling av brukererfaringer**

Berge, Vedlog & Ekern ved distriktpsykiatrisk senter Vinderen, diakonhjemmet Sykehus Oslo skrev i 2011 en artikkel om brukerperspektivet i psykisk helsevern. Brukeransatte og bruker-spør-bruker metoden er sentralt i denne artikkelen, og dette er metoder som kan brukes til å kartlegge brukererfaringer innen psykisk helsearbeid. En brukeransatt er ansatt av institusjon eller behandlingssted, og er en tidligere pasient eller person med personlige erfaringer med å være psykisk syk. I denne artikkelen kommer det frem at brukeransatte er en viktig ressurs for psykiatrilhelsetjenesten. Brukeransatte har en helt spesiell kunnskap når de jobber med andre pasienter, fordi de selv har brukererfaring. Disse ansatte kan lettere sette seg inn i pasientenes situasjon og kan snakke med pasienter på en annen måte enn øvrig personal (Berge et al., 2011). En brukeransatt kan også gå frem som et eksempel på at det går an å bli bedre, og at det går an å komme seg opp og frem etter en har blitt frisk. Dette kan telles som positivt for pasienter av psykiatritjenesten at de ser at andre som kanskje har delt bakgrunn med dem selv har klart seg (Berge et al., 2011). Ved distriktpsykiatrisk senter Vinderen er det en brukeransatt som har ulike oppgaver som for eksempel undervisning og utforming av kurstilbud. En annen oppgave denne brukeransatte hadde var å bistå i en pasienten spør pasienten evaluering av avlastnings- og akutenheten ved DPS. Da var det den brukeransatte som gjennomførte intervjuene med pasientene (Berge et al., 2011).



#### 4.2.1 Bruker spør bruker-evaluering

For å finne ut hvilke erfaringer og opplevelser pasienter hadde med helsetjenestene, brukte Berge et al. (2011) en pasienten spør pasienten-evaluering. I denne evalueringen var det brukeransatte og andre som selv hadde opplevd psykiske problemer og vært i kontakt med hjelpeapparatet som gjennomførte en kvalitativ undersøkelse av hvilke erfaringer og opplevelser pasienter hadde med tjenestene de hadde benyttet seg av. I intervjuet var det hovedkategorier som gikk på førsteinntrykk og opplevelsen av å bli møtt, hvilke forventninger pasienter hadde til tilbudet, målet med tilbudet, innflytelse og egenkontroll, respekt og krenkelser, trygghet og ivaretagelse, møtet med andre pasienter under innleggelse, hva en savner og hva som var bra med tilbudet. Etter intervjuet skulle de brukeransatte også forklare sin opplevelse ved å gjennomføre disse intervjuene (Berge et al., 2011). Grunnen til at en slik undersøkelse ble gjort og sett på som svært effektiv for å få en oversikt over brukererfaringer, var at brukeransatte gjennomførte intervjuene. På denne måten kan det oppleves å få svar som er mer gyldige enn om det hadde vært gjennomført en konvensjonell tilfredshetsundersøkelse (Berge et al., 2011).

Når pasientene ble spurt om hvordan de opplevde å bli møtt for første gang, svarte flertallet at de følte seg godt mottatt og at de ble tatt på alvor, og at det var betryggende å få en samtale med en profesjonell når de oppsøkte tilbudet. En av pasientene hadde opplevd forvirrende kommunikasjon ved første møte, da denne brukeren fikk beskjed om å ta kontakt når det måtte passe, men ble deretter latterlig gjort når en tok kontakt (Berge et al., 2011). Senere opplevde derimot denne brukeren at en ble godt mottatt med behandling sinstitusjon. Når pasientene ble spurt om mål ved kontakt, var det mange ulike svar. Noen hadde som mål å få hjelp til å få struktur på hverdagen sin, noen hadde behov for hvile, noen hadde behov for å få hjelp til å bryte onde sirkler, mens for andre var det betryggende å bare ha noen som tok vare på dem. Andre opplyste at de trengte hjelp til å få mot til å fortsette ved angst eller depresjon, og hjelp til å roe ned. Mange pasienter hadde positive opplevelser ved hjemmebesøk fra behandling sinstitusjonens akutt-team, mens andre helst ville unngå dette (Berge et al., 2011). Ved spørsmål om hvordan pasientene opplevde innflytelse og egenkontroll, trekker de frem en pasient som var veldig fornøyd, og en annen som ikke var særlig fornøyd. Den brukeren som var fornøyd hadde svart at en opplevde å få ha innflytelse, og likte å få lov til å komme med

forslag på tiltak som kunne gjøres for at brukeren skulle få det bedre. Denne brukeren satt stor pris på friheten ved behandlingsinstitusjonen. En annen pasient var veldig kritisk og følte at behandlingsinstitusjon la stor vekt på at deres regler skulle følges. Denne brukeren følte også å bli misoppfattet og at dette ble brukt mot en ved en senere anledning, og at ønsker brukeren hadde ved behandling ikke ble ivaretatt eller tatt hensyn til.

I intervjuene ble det også spurt om opplevelser som gjaldt respekt og krenkelser. Berge et al. (2011) trekker frem at en av informantene hadde negative opplevelser med enkelte av de ansatte, en annen svarte at noen ansatte ved behandlingsinstitusjonen var svært sjenerøse og viste respekt, mens andre var mindre sjenerøse. En pasient pekte også på at en var redd for enkelte av de ansatte. Når det kom til møte med andre pasienter ved behandlingsinstitusjon, var meningene her også delte. En pasient hadde fortalt om et møte med en annen pasient ved institusjonen der de hadde vært ute sammen, og senere på dagen hadde vedkommende blitt hentet av politiet. Brukeren opplevde dette som en skummel opplevelse (Berge et al., 2011). Andre pasienter trakk frem møte med andre pasienter på institusjonen som svært positive opplevelser. De satt pris på at de fikk hyggelige og positive kommentarer og hadde gode samtaler sammen med de andre, og de opplevde det som betryggende å snakke med andre i samme situasjon. Når pasientene ble spurt om hva de savnet ved tilbudet, svarte mange at de savnet fellesaktiviteter sammen med andre pasienter. Andre opplyste at de synes det skulle være ansatte på fellesrom oftere fordi det var kjedelig å sitte der alene. Noen opplyste at de ble usikker på de ansatte fordi de var mye på vaktrommet, men andre skjønnte behovet for å svare på telefoner ettersom at det hjalp dem at institusjonen ringte når de var hjemme og hadde det vanskelig (Berge et al., 2011).

## **5.0 Diskusjon**

I funn-delen av oppgaven min har jeg fokusert på brukervedvirkning og brukererfaringer. Disse to synes å påvirke hverandre, noe som viser spesielt godt i brukerundersøkelsen som var gjort av Nasjonalt Kunnskapssenter i 2007. Her svarte pasientene at de mente poliklinikkene hadde forbedringspotensial spesielt når det gjaldt tre forskjellige moduler; informasjon, samarbeid med andre offentlige etater og medbestemmelse eller brukervedvirkning.

## 5.1 Pasienters erfaring med brukermedvirkning og konsekvenser ved dårlig brukermedvirkning

Det at hele 23% av pasientene som var med på undersøkelsen mente at de i liten grad eller ikke i det hele tatt fikk være med på å bestemme hvilken type medisiner de skulle ha eller at de fikk være med på å bestemme hvor de skulle behandles og hvilke behandlingsmuligheter som fantes (Groven et al., 2008), er bekymringsverdig. Som jeg skrev i delen om brukermedvirkning, er dette en lovfestet rett som alle pasienter skal ha (Larsen et al., 2006). At helsepersonell ved psykiatriske poliklinikker bryter denne loven, kan få konsekvenser om pasienten velger å gå til søksmål, ettersom at helsepersonell som ikke praktiserer brukermedvirkning begår lovbrudd. En annen konsekvens for lite brukermedvirkning kan få, er at relasjonen mellom behandler og pasienten blir dårlig. Om behandleren og pasienten bestemmer for eksempel medisiner og behandlingsform sammen, vil dette knytte tettere bånd mellom de to partene fordi pasienten vil oppleve det som at en blir hørt og at ønsker blir tatt hensyn til av behandler.

På en annen side kan det være at behandler ikke praktiserer brukermedvirkning i stor grad av hensyn til brukers liv og helse, men dette kommer ikke frem i undersøkelsen som ble gjort. For å trekke et eksempel kan personer som er alvorlig psykisk syke ofte være fraværende under behandling eller ikke være i stand til å bestemme medisiner og behandling selv, grunnet deres sinnslidelse. Når dette er tilfelle, må behandler ta en avgjørelse om hvordan ting skal gjøres for å gjøre det best mulig for pasienten, uavhengig av brukermedvirkning. Når det står om brukers liv og helse, er det behandler som må ta avgjørelser om pasienten ikke er i stand til det selv (Helgesen, 2006). I slike tilfeller kan behandler også skrive individuell plan for pasienten etter det behandler mener er det beste for pasienten. Det kan altså være feil å praktisere brukermedvirkning i høy grad i spesielle tilfeller, fordi pasienten kan være en fare for seg selv om en får bestemme for mye av behandlingsopplegget som alvorlig psykisk syk. En måte å løse dette på, er at behandler kan være åpen på at en tar beslutninger på pasientens vegne eller be om tillatelse til å gjøre dette (Helgesen, 2006). I undersøkelsen som kunnskapsenteret gjennomførte viste det seg at selv om en del pasienter mente at poliklinikkene hadde forbedringspotensial når det gjaldt brukermedvirkning, var 60% av de som deltok fornøyd med og hadde stort utbytte av behandlingsmåten, mens 70% følte at behandler forstod dem (Groven et al., 2008).

## 5.2 Pasienters erfaring med informasjon og konsekvenser ved dårlig informasjon

I den samme undersøkelsen opplyste 25% av pasientene som var spurt at de synes de fikk dårlig informasjon om faktorer som gjaldt behandlingsmetode og behandlingssted. De som hadde fått informasjon om at de kunne velge behandlingssted, opplyste at denne informasjonen var dårlig (Groven et al., 2008). Hvilke konsekvenser kan for dårlig informasjon fra behandler ha? Behandler har et ansvar som sier at en skal opplyse om de behandlingsmuligheter som finnes for brukeren (Helgesen, 2006). Det kan komme en rekke negative konsekvenser som følger av dårlig eller vag informasjon, eller at behandler holder informasjon tilbake. Når en er psykisk syk har en ofte veldig mye å tenke på. Om informasjon ikke kommer skriftlig eller er veldig vag, kan pasienten glemme det som blir sagt og ikke følge opp viktige ting som behandler har gitt informasjon om. Det er viktig at behandler gir viktig informasjon skriftlig til pasienten nettopp på grunn av dette, og fordi misforståelser på grunn av dårlig informasjonsflyt mellom pasienten og behandler kan føre til dårligere kommunikasjon (Helgesen, 2006). God kommunikasjon er essensielt i behandling av psykisk syke mennesker, fordi disse ofte er veldig sårbare (Knudsen & Mykletun, 2010). Manglende eller dårlig informasjon kan også skade relasjonen mellom pasienten og behandler. Om behandler holder tilbake eller gir dårlig informasjon er det tenkelig at det kan oppstå mistillit til behandler fra pasientens side, og dette er svært negativt for både behandler og pasient (Knudsen & Mykletun, 2010).

Når en snakker om informasjon, er det relevant å diskutere manglende informasjon om hvilke behandlingstilbud som finnes. Alle pasienter har rett til å få vite hvilke behandlingstilbud som finnes for dem, og dette er behandler eller behandlingstilbud sin plikt å informere om (Larsen et al., 2006). Kan det ha negative konsekvenser om pasienten som allerede er i behandling ved en institusjon ikke får informasjon om hvilke andre behandlingsmuligheter som finnes? Det kan være negativt fordi pasienten kanskje hadde valgt en annen behandlingsmulighet om en hadde en oversikt over hva som fantes av muligheter. I tilfeller kan det skje at pasienten ikke er fornøyd med behandlingstilbudet en har fått, og derfor avslutter behandling. Dette er svært negativt dersom det betyr at pasienten ikke får tilstrekkelig behandling for sin sykdom som følger av dette. Om pasienten viser misnøye ved det behandlingstilbudet en har fått, kan det løses ved at behandler eller behandlingstilbud

informerer pasienten om at det finnes andre alternativer. Selv om behandler kan vurdere at en har valgt riktig behandlingsform på grunn av brukers sykdom, er ikke alle mennesker like selv om de har like diagnoser eller sykdommer. Det som fungerer på en pasient er ikke sikkert at fungerer på en annen pasient, og derfor er det viktig at alle pasienter blir opplyst om hvilke behandlingsmuligheter som finnes, slik at de kan velge selv. Å kunne velge behandlingsmulighet er positivt for pasienten fordi pasienten da vil få en forståelse at en får være med å bestemme. Dette kan også sees som en form for brukermedvirkning (Larsen et al., 2006).

### **5.3 Samarbeid mellom poliklinikk og offentlige etater og konsekvenser ved dårlig samarbeid**

I den samme undersøkelsen fra kunnskapssenteret ble det funnet at 30% av pasientene som svarte i undersøkelsen opplevde at samarbeidet mellom poliklinikken de ble behandlet ved og offentlige etater var svært dårlig for løse brukers praktiske problemer (Groven et al., 2008). Hvorfor er dette negativt, og hvilke konsekvenser kan det få? Når en jobber som sosionom, treffer en på pasienter som er psykisk syke nesten hver dag, uansett hvor en jobber. Dette kan sees som en indikator for at flere pasienter som er psykisk syke, ofte benytter seg av tilbud fra offentlige etater ved siden av behandling ved poliklinikk. For eksempel kan pasienter som er alvorlig psykisk syke bli uføre eller ha rett på arbeidsavklaringspenger fra NAV på grunn av sykdommen sin (NAV, 2014). I slike tilfeller er det veldig viktig for pasienter at poliklinikk og offentlige etater samarbeider for å legge til rette og fylle brukers behov. Det er negativt at så mange rapporterer at de ikke er fornøyde med samarbeidet mellom etatene, da dette samarbeidet er essensielt for å sikre best mulig behandling av pasienter.

Jeg vil gjerne trekke eksempler fra da jeg var i praksis ved et NAV-kontor for å belyse dette problemet. På et slikt kontor er det samarbeid med psykologer, psykiater, fastleger og andre offentlige etater. Det tok veldig lang tid å sende informasjon om pasienten fra en etat til en annen, og det var mye feilaktig informasjon og mangelfulle journaler. Dette er problematisk fordi pasienten ikke har en opplevelse av at etatene samarbeider for å gjøre det bedre, men pasienten selv må oppsøke de etatene det gjelder for å få ordentlige svar og alt må ordnes gjennom hver enkelt etat. For en pasient som er psykisk syk kan det være vanskelig å skulle

fortelle sin historie til mange forskjellige etater, mennesker, behandlere og saksbehandlere, og dette er noe etatene burde ta hensyn til og bli bedre på. I regelen skal offentlige etater ha et godt samarbeid, men i praksis er det dessverre ikke alltid slik det fungerer.

#### **5.4 Pasienter som ansatte i psykisk helsevern**

Pasienter som ansatte i psykisk helsevern er et spennende tema som er vidt diskutert, og jeg vil gjerne diskutere positive og negative sider ved dette i min oppgave. Noen mener at pasienter som ansatte er negativt for pasienter som er i behandling, mens andre mener at alle poliklinikker og andre institusjoner for psykisk syke burde ha brukeransatte som en del av sitt personell (Berge et al., 2011). Hva kan være negative og positive sider ved dette? De positive sidene ved å ha pasienter som ansatte er mange; pasienter vil gjerne få en god relasjon raskt med noen som har opplevd, erfart og kjent på de samme følelsene og tingene som de selv. En pasient kan føle seg trygg sammen med en brukeransatt fordi det blir enklere å snakke om de vanskelige tingene med noen som har erfart det selv (Berge et al., 2011). Jeg tror både pasient og brukeransatt har glede av dette – den brukeransatte får hjelpe de som har det like tungt som en har hatt det selv, og pasienter får hjelp av noen som ikke bare kan teorien, men også vet hvordan det kjennes å være psykisk syk. Dette er svært positivt, spesielt for pasienter som har vanskelig for å bygge relasjon til behandler raskt. Det kan føles tryggere og mindre formelt med en brukeransatt, da selvfølgelig ved siden av behandleren.

Brukeransatte oppleves heller ikke bare positivt; de har gjerne ingen erfaring i form av utdanning slik som en behandler har, og har derfor ikke teori som kan hjelpe psykisk syke i form av ting en leser i lærebøker (Berge et al., 2011). En brukeransatt er verdifull på grunn av egenerfaring. En annen grunn til at brukeransatte kan være negativt er at pasienter også kan bli påvirket negativt ved å snakke med noen som har like erfaringer. Det kan gjerne bringe opp vonde minner, eller brukeren kan ta med seg hjem det den brukeransatte har fortalt og den brukeransattes problemer kan bli overført til pasienten. Dette kan gjøre til at pasienten ikke blir bedre. En gunstig ordning kan være å ha brukeransatte tilgjengelig på poliklinikkene, slik at de pasientene som har behov for å snakke med noen med egenerfaring kan snakke med disse. Brukeransatte burde ikke forveksles med behandlere, da de ikke har lisens eller utdanning til å drive behandling (Berge et al., 2011). Det bør alltid være et skille mellom

brukeransatt og behandler, at den brukeransatte er en person en kan snakke med om vanskelige ting, mens behandler skal være den som gir behandling for sykdommen.

### **5.5 Hvilke erfaringer har psykisk syke med tilbudene de får? Hvordan kan denne bli bedre?**

Når en skal diskutere denne som en underproblemstilling, kommer det frem i funnene at pasienter har veldig delte erfaringer med tilbudene de får, som vist ovenfor blant annet ved å vise undersøkelsen fra kunnskapssenteret. Det er mange faktorer som spiller inn på om pasienten får en god eller dårlig erfaring i møte med psykisk helsevern. I poliklinikkene var så mange som 60% fornøyde med behandlingsmulighetene de hadde blitt tilbudt og behandlingen de hadde fått, og 70% følte de kunne snakke med behandler og at behandler forstod dem (Groven et al., 2008) Men hva med de resterende 30-40%? Dette viser at ikke alle er like fornøyde på disse punktene, og dette vises som nevnt i de tre faktorene informasjon, brukermedvirkning og samarbeid med offentlige etater (Groven et al., 2008) Selv om mange er fornøyde, er det også ganske mange som ikke er fornøyde. Psykisk syke er spesielt sårbare og spesielt mottagelige for negativitet, og kan se på en ting som ikke å få bestemme medisiner som veldig negativt.

Det er mange forbedringer som kan gjøres, spesielt ved poliklinikkene; brukermedvirkning er kanskje et av de viktigste, og det er gjerne derfor det også er lovbestemt (Larsen et al., 2006). Tiltak som kan gjøres for å forbedre dette er å la pasienten fremme sin stemme, og høre på hva pasienten vil og trenger. Det kan også lages en individuell plan sammen med pasienten, lage målsettinger sammen med pasienten og følge disse. Andre ting som kan forbedres er informasjon til pasienten. For å sikre at pasienten får tilstrekkelig informasjon, bør all viktig informasjon gis til pasienten skriftlig (Larsen et al., 2006). Dette er et tiltak som burde gjennomføres ved alle poliklinikker. Ikke minst kan poliklinikkene bli flinkere til å gi informasjon om ting som gjelder pasienten, som behandlingsmuligheter og annet som gjelder brukers helse. Jeg ser for meg at det er vanskeligst å endre på samarbeidet mellom poliklinikk og offentlige etater. De ulike etatene har gjerne ulike retningslinjer for hvordan ting skal gjøres, og det er vanskelig å endre det slik at alt blir tilrettelagt for at det skal bli enklere å samarbeide. Tiltak som kan gjøres er å ha regelmessige ansvarsgruppemøter og samarbeidsmøter sammen med pasienten. Da får pasienten snakke med alle etatene og

poliklinikken sammen, og det blir mindre misforståelser også mellom etatene.

## **5.6 Hvilken betydning har brukermedvirkning for pasienter i psykisk helsevern, og hvordan kan dette bli bedre?**

Som vist ovenfor, har brukermedvirkning veldig stor betydning for pasienter i psykisk helsevern; det er en lovfestet rett som alle pasienter av helsetjenestene i Norge skal ha, og som vist i flere undersøkelser i denne oppgaven er det mange pasienter som ikke er fornøyde med den graden om medvirkning de får i tjenestene de har blitt tilbudt. Pasienter sier at de ønsker å medvirke i større grad i egen sak – blant annet når det gjelder medisiner og få velge ut fra de behandlingsmulighetene som finnes (Berge et al., 2011). Hva kan gjøres for at brukermedvirkning skal bli bedre? Det som kan gjøres for at brukermedvirkningen skal bli bedre, er at pasienter melder seg inn i brukerorganisasjoner for å kunne være med å bestemme på systemnivå. Tjenestetilbyder bør også legge til rette for et brukerråd slik at pasientene kan være med å påvirke på denne måten. På individnivå er det mer opp til den enkelte behandler – behandler kan spørre om hva pasienten mener om tiltak som vurderes før de blir satt i gang, og høre på pasienten sine ønsker (Larsen et al., 2006). Behandler kan også utarbeide en individuell plan sammen med pasienten, og pasienten kan i større grad få være med på å bestemme medisiner. Pasienten kan også fremme sine ønsker om behandlingssted og form for behandling, og behandler kan legge til rette for dette slik at det blir økt medvirkning.

## **6.0 Avslutning**

Som en oppsummering av informasjonen og diskusjonen som er vist i oppgaven, kan en si at brukermedvirkning er noe av det mest essensielle og viktigste for pasienter i psykisk helsevern. Det vises i både brukerundersøkelser og er nedfelt ved lov (Larsen et al., 2006). Likevel har det psykiske helsevernet i Norge en lang vei å gå når det gjelder dette, da mange pasienter mener at de ikke får lov til å medvirke i stor nok grad i egen behandling (Groven et al., 2008). Fra pasienters syn blir det vist at noen er fornøyde med graden av medvirkning, mens andre er mindre fornøyde. Dette blir vist i undersøkelser gjort av både Kunnskapssenteret (Groven et al., 2008) og Berge et al. i 2011. Det som er felles er at de aller fleste pasientene synes at brukermedvirkning er svært viktig i psykisk helsevern.



En kan også si at erfaringer pasienter har gjort seg av det psykiske helsevernet veldig ulike. Det er ulike faktorer som spiller inn når pasientene snakker om erfaringene sine, men det var tre faktorer som var svært viktige for pasientene; informasjon, samarbeidet mellom psykiatritjeneste og andre offentlige etater og medbestemmelse eller brukermedvirkning. Som både undersøkelsen gjort av Kunnskapssenteret og bruker spør bruker-undersøkelsen viser, var 60-70% av pasientene fornøyde med behandler og følte de kunne stole på sin behandler, mens de likevel mente at psykiatritjenesten har stort forbedringspotensial (Groven et al., 2008). Pasientenes erfaringer var gode på noen punkt, og dårlige på andre, samt at en pasient kunne ha en god erfaring med noe en annen hadde en dårlig erfaring med (Berge et al., 2011)

## 7.0 Litteraturliste

- Berge, T. G., Vedlog, A., & Ekern, P. (2011). Bruker spør bruker: brukerperspektivet i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48 (7), 659-663.
- Clausen, S (2011). Angst og depresjon blant middelaldrende og eldre. Hentet 17. 04 2014 fra <http://www.hioa.no/Aktuelle-saker-NOVA-foer-2011/Angst-og-depresjon-blant-middelaldrende-og-eldre>
- Dalland, O. (2007) *Metode- og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Groven, G., Holmboe, O., Helgeland, J., Bjertnæs, OA., & Iversen, H. (2008). *Brukererfaringer med poliklinikker for voksne i psykisk helsevern. Nasjonale resultater i 2007 og utvikling fra 2004*. (PasOpp-rapport 5/2008) Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/bruker erfaringer-med-poliklinikker-for-voksne-i-psykisk-helsevern.nasjonale-resultater-i-2007-og-utvikling-fra-2004>
- Helgesen, M. K. (2006). *Mange vil ha alt de får, andre vil ikke ha noe : om brukermedvirkning i psykisk helsetjeneste i kommunene*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Knudsen, A. K., & Mykletun, A. (2010). Det du trenger å vite om forekomst av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47 (3), 342-343
- Larsen, E., Aasheim, F., & Nordal, A. (2006). *Plan for brukermedvirkning – Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. (Rapport 4/2006). Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse/Publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse.pdf>
- Lingås, L.G., & Herheim, Å. (2008). *Kommunikasjon og samarbeid – Utvikling av relasjonskompetanse*. Oslo: Damm

NAV. (2013, 9. april). *Sees i morgen! Arbeid og psykisk helse* [Lysarkpresentasjon]  
Kristiansund: NAV Arbeidslivssenter i Møre og Romsdal

NAV. (2014). *Arbeidsavklaringspenger*. Hentet fra  
<https://www.nav.no/Arbeid/Jobb+og+helse/Arbeidsavklaringspenger>

Sanne, B. (2004). Angst og depresjon i befolkningen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*,  
17 (124), 2258

Statistisk Sentralbyrå. (2012). *Spesialisthelsetjenesten, 2012*. Hentet fra  
<http://www.ssb.no/speshelse>