

# Bruker med virkning på behandleren

TEKST

Eystein Victor Våpenstad

PUBLISERT 1. januar 2006

Erling Jahn, Jan Stensland Holte og Ragnfrid Kogstad har lest min kronikk i Aftenposten 8. november og beskriver i desembernummeret av Tidsskriftet hvordan de oppfatter den og forfatteren. Kronikken har medført mange tilbakemeldinger, også fra flere brukere i psykisk helsevern. Mange sier de kan kjenne seg igjen i det jeg beskriver i kronikken, og har forstått den på en annen måte enn det Jahn, Holte og Kogstad synes å ha gjort. Deres innlegg er omfattende og forsøker å favne om mange ulike temaer, også ting jeg ikke har berørt i kronikken. Jeg vil her redegjøre for mitt syn på brukervedvirkning og oppfatningen av de pårørende som en ressurs i psykisk helsevern.

De to første setninger i min kronikk var slik: «Det psykiske helsevern er en yndet skyteskive og kritiseres stadig i media, og ofte med god grunn. Det er mye som kan bli bedre i det psykiske helsevernet.» Norsk psykiatri har en historie med mange og alvorlige overgrep mot pasientene (brukerne), og det er fremdeles mye som kan bli bedre i psykisk helsevern. Jeg mener det er selvfølgelig at brukerne skal medvirke i sin egen behandling, og at grunnlaget for kontakten mellom bruker og behandler i psykisk helsevern må bygge på gjensidig respekt og likeverd. Utgangspunktet må være at brukerne skal ha en avgjørende innflytelse på sin egen behandling.

Likevel mener jeg det er viktig å nyansere begrepet brukervedvirkning og våge å se om det kan være flere sider ved dette som vi bør være klar over. Det definitive spørsmålet blir hvem som skal bestemme når brukeren ønsker å medvirke på en måte som behandleren ikke kan være med på. Jeg er bekymret for at psykisk helsevern nå er utsatt for en pseudo-demokratisering der behandlernes profesjonalitet og den asymmetriske relasjon mellom bruker og behandler usynliggjøres. Noe vesentlig går tapt når brukerne gjøres til kunder og behandlerne til leverandører. Relasjonen mellom pasient og terapeut innebærer en kvalitativt annerledes og langt sterkere gjensidig forpliktelse enn det som er tilfellet mellom en kunde og en selger på et behandlingsmarked.

Jahn, Holte og Kogstad definerer brukervedvirkning som: «Konkret samhandling som fører til ett eller flere resultater mellom to *likeverdige parter*» (deres kursiv). Senere utdypes hva de mener med likeverdige parter: «Det grunnleggende må være at man er

likeverdige som mennesker...». Selvfølgelig er bruker og behandler likeverdige som mennesker, å hevde noe annet vil være fascisme. Men det er her vi må klare å ha to tanker i hodet samtidig. Selv om bruker og behandler er likeverdige, så er de ikke like, og relasjonen mellom dem er asymmetrisk. Bruker og behandler kommer til den terapeutiske relasjon med ulikt utgangspunkt og ansvar. En ensidig beskrivelse av bruker og behandler som like kan skygge for at bruker og behandler også er i en relasjon der behandleren har makt over brukeren.

Å tildekke dette kan føre til mer maktmisbruk. Usynlig makt er farlig makt og kan gi rom for overgrep. Den makt som behandleren har over brukeren, kan håndheves på både gode og dårlige måter. Det er derfor viktig at vi tydeliggjør den og vedstår oss at den er der. Bare slik kan vi sikre at utøvelsen av den kan etterprøves og, ikke minst, at brukeren kan klage.

I behandlerens profesjonalitet ligger et stort ansvar for å forvalte sin kunnskap og erfaring til det beste for brukeren. Men vi kan ikke fjerne oss fra at behandleren i psykisk helsevern er i et maktforhold til brukeren. Behandling i psykisk helsevern må skje på bakgrunn av en humanistisk og empatisk grunnholdning og ikke bare som svar på et krav fra brukeren.

### **Et nytt eksempel**

Jahn, Holte og Kogstad mener mine eksempler i kronikken er «outrerte». Eksempelene, som alle er hentet fra virkeligheten i dagens psykiske helsevern, setter spørsmålet om brukermedvirkning på spissen og viser hvor komplisert, sammensatt og vanskelig dette spørsmålet er.

Dette nye eksemplet handler om en bruker som i perioder er manisk. I disse periodene kan han miste grepet om realiteten og påføre seg selv og sine nærmeste store problemer, for eksempel ved å bestille nye og altfor dyre varer og tjenester. Denne brukeren ønsker selv at psykisk helsevern tar vare på ham i de maniske fasene og passer på at han ikke setter seg og sine i en umulig situasjon. Brukeren ønsker en avtale med psykisk helsevern om at han kan innlegges når hans nærmeste føler at han er i ferd med å bli manisk igjen. Det inngås derfor en avtale mellom to gjensidige og likeverdige parter der den ene (psykisk helsevern) skal levere en tjeneste (innleggelse) når den andre (brukeren) trenger det, men ikke selv er i stand til å vurdere det. Det er i dette siste at det springende punkt ligger. For når brukerens pårørende ringer til psykisk helsevern og sier at nå har brukeren bestilt to nye biler og tre ukers luksusferie, kommer behandlerne for å hente brukeren, men han vil ikke bli med, for fra hans ståsted har han det «helt topp». Spørsmålet blir hvilken del av brukeren som skal medvirke: Er det den delen som har inngått avtalen, eller den delen som vil bryte avtalen og sette seg i bunnløs gjeld? I dette konkrete eksemplet benyttet behandlerne mulighetene som ligger i norsk lov til å bruke tvang som en aller siste utvei. Da brukeren kom ut av den maniske fasen, var han glad for at behandlerne hadde vist fasthet og oppfylt sin forpliktelse ifølge avtalen. Jeg tror mange brukere nettopp trenger at behandlerne viser

fasthet og ikke bare lar seg drive fra det ene til det andre i takt med svingningene i brukerenes psykiske lidelse.

Jeg tror brukeren kommer til en behandler, og ikke til hvem som helst, nettopp fordi behandleren med sin profesjonalitet kan være med på å avgjøre hva det er som plager brukeren, og kan romme brukerenes ambivalens og forvirring og hjelpe ham eller henne videre. Etter min mening kan dette bare skje der behandleren bevarer sin profesjonalitet og sitt mot til også noen ganger å gå imot brukerenes oppfatninger og krav.

### **Brukeren virker også på behandleren**

Den primære måten brukerne bruker sine behandlere på, er gjennom deres profesjonalitet. Denne profesjonalitet handler om å kunne tåle den belastning det er å møte mennesker som har det vondt og som sliter i livet sitt, noe som alltid er med i tillegg til alle gleder som arbeid i psykisk helsevern gir. Brukeren trenger at behandleren kjenner på og forsøker å forstå brukerenes strev. Et av hovedpunktene i min kronikk var at det i møte med mennesker som har det vondt og som strever, vil foregå en transport av vonde og vanskelige følelser fra brukeren og til behandleren. Skal behandleren kunne make dette, noe som er avgjørende for at behandlingen skal kunne føre frem, må behandleren også være i en posisjon i forhold til brukeren som gjør det mulig for behandleren å kunne ivareta seg selv. Noen ganger kan dette skje på måter som brukeren opplever som avvisende på kort sikt, men som gjør at behandleren kan fortsette å være i en gjensidig forpliktende relasjon til brukeren.

På et mer overordnet plan er det selvsagt at brukerne har en sentral rolle i utformingen av psykisk helsevern. Deres stemme bør høres og regnes som vesentlig i arbeidet med å utvikle og forbedre psykisk helsevern. Men brukernes medvirkning verken kan eller må bli ensidig brukerstyring. Det er behandlerne som må beholde sluttansvaret for den psykiske helsetjenesten. Brukernes mening må tillegges stor vekt, vilkårene må legges til rette for at brukerne kan både forme en oppfatning og få den hørt. Brukernes rett til å klage må opprettholdes og kanskje også styrkes. Vi må heller ikke glemme at brukerne er en heterogen gruppe med heterogene behov, og at de fleste av dem ikke er medlemmer i noen brukerorganisasjon. Vi kan derfor forvente at ulike brukere ønsker å medvirke på ulike måter, og det kan jo hende at det én gruppe brukere ønsker, kan gå utover eller være kontrært til det en annen brukergruppe ber om.

### **Pårørende**

Pårørende er en meget viktig gruppe i psykisk helsevern. Det er selvfølgelig at også pårørende er meningsberettiget. Det er viktig å møte pårørende med respekt. Det er et bedrøvelig faktum at mange pårørende har sittet inne med ressurser som de i større grad skulle fått anledning til å bidra med. Men også pårørende har ulike behov. Det kan noen ganger være ganske respektløst å be om at de pårørende skal være en ressurs når de samme pårørende har slitt og stått på for sin bruker i lang tid og nå trenger at behandlerne tar over og gjør sin del av jobben. Samtidig er det slik at ikke alle pårørende

bidrar med ressurser, men dessverre har bidratt med det motsatte. Alle som har arbeidet i psykisk helsevern, har sett hvordan for eksempel foreldre eller ektefeller kan påføre sine nærmeste stor psykisk skade. I slike tilfeller er det viktig å respektere brukerens behov, selv om det innebærer at de pårørende blir avvist og ikke kan bidra med ressurser i behandlingen. Mange pårørende ønsker å møte behandlere som kan snakke med dem om deres skyldfølelse, anger og samvittighet. Det blir da viktig å respektere dette og gi pårørende mulighet til å arbeide med sin rolle som pårørende og hjelpe dem til å bli fremtidige ressurser.

## **Norsk lov**

Til slutt er det betimelig å sitere fra lov om pasientrettigheter, som i § 3-1 om pasientens rett til medvirkning sier i første ledd: «Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom *tilgjengelige og forsvarlige* undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon» (min kursiv). I Rundskriv IS-12/2004 fra Sosial- og helsedirektoratet utdypes første ledd i § 3-1: «Retten til å medvirke vil ikke under noen omstendighet fritta helsepersonellet fra å treffe avgjørelser som sikrer forsvarlig behandling av pasienten. Helsepersonellet kan ikke la pasienten velge et alternativ som ikke er forsvarlig faglig sett, og pasientens medvirkning medfører ikke at pasienten blir ansvarlig for den helsehjelpen som blir gitt.» Jeg registrerer at mitt syn på brukermedvirkning er i samsvar med det norske lov og rettspraksis tilsier.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 1, 2006, side*

## **TEKST**

**Eystein Victor Våpenstad**, førsteamanuensis, VID Vitenskapelige Høgskole, Oslo og avtalespesialist i klinisk psykologi, Helse Sør-Øst

KONTAKT: [dr.evv@vapenstad.no](mailto:dr.evv@vapenstad.no)