

Den som er veldig sterk, må også være vel snill. Et brukerperspektiv på menneskerettigheter og psykisk helse

I den gamle velferdsstaten var man garantert å få hjelp, men også å miste innflytelse på eget liv hvis man tok imot hjelpen.

Brukerperspektivet skal derimot sikre brukeren de nødvendige tjenester uten at livet endres mot hennes vilje.

TEKST

Odd Volden

PUBLISERT 5. desember 2009



SPLITTING: Når pasienten blir tydelig og sterk, kalles det splitting av staben. Men det burde kanskje kalles splitting av brukerne, når vi år ut og år inn må forholde oss til en rekke forskjellige profesjoner og tjenesteutøvere, med til dels svært ulike teorier og profesjonelle tradisjoner. Foto: Flickr.com

Vi nordmennesker er ikke spesielt opptatt av menneskerettigheter som noe som gjelder på vår hjemmebane. Snarere er det typisk norsk å være selvgod, og derfor sliter vi med å være analytiske når det kommer til egen praksis.

Så langt er det krenkelsene av menneskerettighetene i institusjoner, særlig der det brukes tvang i en eller flere former, som har vært i søkelyset. Men for de fleste er ikke tvangsbruk hovedproblemet. Det er derfor all mulig grunn til å se om menneskerettighetene kan hjelpe mennesker som står i fare for å utvikle psykiske lidelser, til å få de tjenestene de trenger *uten å påføres tilleggsbelastninger*. For menneskerettighetsperspektivet er et like potent redskap for endring som nasjonale lovverk, politiske føringer, nye faglige tilnærminger og politisk organisering.

Menneskerettigheter og psykisk helse

Ansatte i psykisk helse-feltet trenger kunnskap om menneskerettighetene fordi de har stor makt. Pasientene trenger menneskerettighetene fordi denne makten av og til blir misbrukt. Menneskerettighetsloven setter grenser for hvordan mennesker kan behandles, uansett om det skjer innenfor rammen av behandling og omsorg. Men mennesker med personlig erfaring fra psykisk helse-feltet er dessverre i liten grad i dialog med fagmiljøene om hva som er god behandling. Og den som er syk, har i praksis lite å stille opp mot helsepersonell som misbruker sin makt.

Analyse av feil, svikt og avvik er helt vesentlig i alt kvalitetsarbeid, og dette er ikke annerledes på psykisk helse-feltet enn på andre felt. Vi trenger derfor økt oppmerksomhet om internasjonale konvensjoner, nasjonalt lovverk, klageordninger og andre mekanismer som sikrer at brukerperspektivet og menneskerettighetene etterleves ikke bare i ord, men også i handling. (Thune, 2008). Eksempler på dette er klient- og resultatstyrt praksis (KOR) (Ulvestad et al., 2007), den nye antidiskrimineringsloven som gjelder fra 1. januar 2009, og FN-konvensjonen om menneskerettigheter for funksjonshemmede.

Noen menneskerettighetsregler

Artikkel 1 i FNs verdenserklæring om menneskerettigheter sier at «...alle mennesker bør handle mot hverandre i brorskapets ånd». Det er lenge før vi er der på psykisk helse-feltet. En kjapp undersøkelse på tilfeldige institusjoner og sentre for mennesker med psykiske lidelser ville trolig vist at det er større levekårsforskjeller mellom tjenesteytere og tjenestebrukere enn mellom kvinner og menn. Likevel er Verdensdagen for psykisk helse (10. oktober) ingen kampdag slik 8. mars er det for kvinnene.

Jeg er heller ikke veldig imponert over middelklasseterapeutenes evner og vilje i retning av brorskap og solidaritet. Hvor er psykologene som ønsker å integrere menneskerettighetene i sin daglige praksis? Kan man som psykolog for eksempel unnlate å jobbe systematisk mot de krav artikkel 22 og 25 stiller, at man som medlem av samfunnet har rett til «økonomiske, sosiale og kulturelle goder som er uunnværlige for hans verdighet og den frie utvikling av hans personlighet» og «en levestandard som er tilstrekkelig for hans og hans families helse og velvære, og som omfatter mat, klær, bolig og helseomsorg og nødvendige sosiale ytelser»?

«Der brukerperspektivet
representerer et radikalt blikk
på feltet, handler
brukermedvirkning ofte om å
flikke på det politikere,
byråkrater og fagfolk allerede
har skapt»

Når det kommer til artikkel 27 sin betoning av at «enhver har rett til fritt å delta i samfunnets kulturelle liv, til å nyte kunst og til å få del i den vitenskapelige framgang og dens goder», vil vel noen fagfolk og brukere si at det neppe har vært noe entydig gode å få ta del i artikkelens siste ledd om vitenskap – og at det er langt igjen til at pasienter og behandlere omgås utvungent i foajeen i Den Norske Opera og tar en matbit og et glass sammen etterpå. Eller har jeg falt av lasset, slik at jeg ikke har fått med meg at dagens terapeuter alltid takker ja når pasientene vil være venn med dem på Facebook?

Menneskerettighetene er både konkrete og åpne for tolkninger, og om levestandarden det refereres til, omhandler sosialkontorets satser for livsopphold, eller at det ikke er noen grunn til at pasienten skal leve mer miserabelt enn terapeuten, er uklart. Men uansett tenker jeg at det vil være en god begynnelse om tjenesteutøveren kan se meg i øynene og redegjøre for hva hun tenker om dette. Da har vi i hvert fall et utgangspunkt for dialog. For å sitere Einar Førde fritt etter hukommelsen: «Folk må gjerne ha eit anna samfunnssyn enn meg. Eg kan samarbeide med alle, same kvar dei står. Men eg vil *vite kvar dei står.*» En psykisk helse-arbeider som nøytral og objektiv eller som representant for den tause, medisinske og klasseløse normalitet er derfor et håpløst utgangspunkt.

Det historiske perspektivet

Sykepleiere, leger, psykologer og andre profesjonelle må vite hvor deres forgjengere har trådt feil, da de har et profesjonelt medansvar for det som har skjedd på psykisk helsefeltet siden de første tjenestene så dagens lys. Det nytter ikke å forsøke å vri seg unna med at enhver epoke må forstås ut fra sine premisser. For selv om det finnes formildende omstendigheter, må vi likevel svare på tre viktige spørsmål:

1. *Kan fortidas overgrep fortsatt forekomme i dag?* Ja, dessverre. Det er fortsatt mennesker som tilbringer år av sitt liv på institusjon. Tung og kritikkløs medisinerer fungerer like begrensende på livsutfoldelsen som lobotomering en gang gjorde. Mange opplever at ansvarspulverisering, oppsplittelsen i tjenesteapparatet og manglende informasjon også i dag skaper fragmenterte liv.
2. *Når ettertiden skal måle oss og vår virksomhet ut fra sine standarder, hva vil de sannsynligvis kritisere oss for?* De vil kritisere oss for at vi ikke gjorde kort prosess med institusjonene, slik de gjorde det i Italia allerede for tretti år siden. De vil kritisere oss for at vi altfor lenge la for mye vekt på behandling og for lite vekt på undervisning, habilitering, rehabilitering, tilrettelegging og inkludering. De vil

kritisere oss for at vi ikke langt tidligere vektla pasientenes borgerstatus. De vil kritisere oss for at vi somlet så lenge med å innføre en statlig garantiinntekt. De vil ha vanskelig for å forstå hvorfor fagmiljøene fikk lov til å sabotere arbeidet med individuelle planer, og de vil undres hvorfor vi beholdt sykdomsfokuset på alle fenomenene så lenge.

3. *Hvis våre forgjengere skulle vurdere oss og vår praksis ut fra sine standarder, hva ville de sannsynligvis kritisere?* De ville kritisere vårt manglende engasjement i levekårene til de som fortsatt tilbringer mye tid i lukkede institusjoner. De ville vært rystet over hvor usselt tilbudet er blitt for dem som ble igjen når de fleste flyttet hjem. De ville kritisere det manglende omsorgs- og kulturtilbudet til pasientene som flyttet ut av asylenes fellesskap og inn i ensomheten i enmannsasylene.

Brukere, tradisjon og narrativ

De fleste har i dag hørt om brukervedvirkning, og de fleste *tror* de understøtter brukervedvirkning. Mange bidrar da også til faktisk brukervedvirkning, men få tjenesteytere har ønsket å se hele feltet fra brukerens ståsted. For der brukerperspektivet representerer et radikalt blikk på feltet hvor lite er hellig og få sannheter er evige, handler brukervedvirkning ofte om å flikke litt på det politikere, byråkrater og fagfolk allerede har skapt. I den gamle velferdsstaten var man for eksempel garantert to ting: å få hjelp og å miste innflytelse på eget liv hvis man tok imot hjelpen. Brukerperspektivet skal derimot sikre brukeren de nødvendige tjenester uten at livet endres mot hennes vilje. Dette er radikalt i forhold til store, tunge og lite endringsvillige tjenesteprodusenter.

Men også brukerperspektivet har en natts side. Kunden uten kjøpekraft representerer brukerperspektivet fra helvete. Vi må derfor jevnt og trutt problematisere brukerperspektivet, ikke med henblikk på å avskrive det, for det er en autoritær og dødfødt øvelse, men for å sikre at alle brukere opplever at deres perspektiv legges til grunn for liv og tjenester.

Til tjenesteyterne: Dere skal selvfølgelig fortsatt ha på både de psykologiske, medisinske og omsorgsfaglige brillene. Den norske brukerbevegelsen er gjennomgående svært pragmatisk, hvor vi ønsker det beste fra alle verdener. Men vi vil nok se mer kritisk på spesialistene våre fremover. Det fører for eksempel til en sterk ubalanse i feltet når psykiatere og psykologer ensidig skal veilede fagpersonalet i 1. linje. En rutinert sykepleier oppsummerte det slik: «Vi trenger både bredden og dybden. Problemet i dag er at det er dybden som bestemmer over bredden.» Forhåpentlig vil den nye mastergraden i psykisk helse-arbeid bringe fram fagfolk som kan utfordre de diagnostiske og terapi- og prosedyrebaserte kulturene.

«Vi aksepterer ikke profesjonelle som stiger ned til oss og bruker psykisk helsefeltet som redskap for å dyrke

egne interesser og egen karriere»

Nettopp psykisk helse-arbeideren kan være et nytt profesjonelt ideal, hvor alle som søker jobb på psykisk helse-feltet, må kvalifisere seg til psykisk helse-arbeid. Det er nemlig ikke nok med «sømløse tjenester», vi må også møte «sømløse tjenesteutøvere». Jeg har sett rikelig med eksempler på hvor galt det kan gå når den enkelte profesjon og den enkelte tjenesteutøver får legge sine private oppfatninger til grunn for sitt virke. Vi aksepterer ikke profesjonelle som stiger ned til oss og bruker psykisk helse-feltet som redskap for å dyrke egne interesser og egen karriere. Og hva er det dere kaller det når vi pasienter blir for tydelige og for sterke? Splitting av staben? Hvordan tror dere det føles og fungerer for oss når vi gjennom pasientkarrieren år ut og år inn må forholde oss til en rekke forskjellige mennesker som strutter av faglig selvtillit og virkelyst, rotfestet i til dels svært forskjellige teorier, fagkulturer og profesjonelle tradisjoner? Kanskje vi heller bør omtale dette som «splitting av brukerne»?

Det narrative perspektivet egner seg godt til å integrere brukerperspektivet, fagperspektivet og de andre perspektivene jeg har nevnt så langt. Det undrer meg derfor at det narrative perspektivet er så lite fokusert på psykisk helse-feltet (for voksne). Den narrativt orienterte praktikerens tror vi lever livet vårt gjennom historier: hvilke historier vi forteller om oss selv, avgjør hvilket liv vi lever; hvordan vi forstår livet vårt, påvirkes av de mer omfattende historiene som utgjør kulturen vi lever i. Det er aldri mennesket som er problemet, det er problemet som er mennesket. Men når et menneske eller en familie, eller et lokalmiljø for den saks skyld, opplever at livet går i stå, vil dette gjerne beskrives i termer av «jeg/vi er» (Lundby, 2003). De unike resultatene og de alternative historiene blir da gjerne borte i møtet med sykdomsfokuserende systemer.

Jeg har i liten grad vært bitter over det jeg ofte tenker på som «de tapte årene» – de periodene da jeg surret rundt mellom innleggelse, terapier og annen att-og-framføring. For meg har gleden over omsider å ha funnet et bærekraftig liv vært mye sterkere. Men i møtet med narrativ praksis, riktignok bare i en teoretisk og ikke-klinisk ramme, har jeg tidvis kjent på en sorg over tapte år og tapte muligheter som følge av at mine problemer ble møtt med tilnærminger og intervensjoner som ikke utløste de positive anleggene og kreftene som jeg har visst har ligget der hele tiden (Volden, 2009).

Borgerrettigheter

I 1978 vedtok parlamentet i Italia å stenge alle psykiatriske sykehus (lov 180). Siden den gang har ikke mennesker med psykiske lidelser blitt lagt inn i totale institusjoner. Også i andre land har antall senger i de psykiatriske sykehusene blitt redusert, og lokalbaserte tjenester er bygget ut. Men ingen andre land har greid å rokke ved eksistensen av de psykiatriske sykehusene, de har utviklet et tjenestetilbud med to spor (Serrano, 2006). Italia har derimot satset på en helhetlig tjeneste for psykisk helse i et bestemt geografisk område og unngått de to sporene.

I Italia har psykisk helse-senteret det totale ansvaret for brukeren. Disse sentrene tar utgangspunkt i lokalmiljøet, og innleggelser på akuttavdelingen på det somatiske sykehuset forekommer bare unntaksvis og er fullstendig underlagt sektortjenesten i lokalmiljøet. På denne måten unngår man at gammel sinnssykehuskultur og -praksis, som var utformet og hadde grunnlag i opphevelse av menneskets rettigheter, overføres til den lokale tjenesten.

Denne tjenesten vektlegger dessuten *borgerrettigheter*, samt anerkjennelse av brukeren som subjekt og deltaker i utformingen av sitt tilbud. Bruken av borgerrettigheter som tilnærming innebærer altså en ikke-ekskludering av menneskelig galskap. Dette igjen medfører både en begrepsmessig og praktisk dekonstruksjon av borgerrettens institusjoner, siden disse har hatt sitt grunnlag i en oppfatning av at mennesket kan betros rettigheter nettopp fordi de er i besittelse av fornuft og selvstendighet. Eller med andre ord: selvstendighet i kraft av sin fornuft. Og derfor er det av grunnleggende betydning at man ikke benytter fysisk tvang i en krisesituasjon, men at pasienten som gjennomlever en krise, i stedet erkjennes som subjekt selv om han er psykisk syk. Han beholder sine rettigheter og fortsetter derfor å være «det ansvarshavende sentrum» for sitt liv (Serrano, 2006).

En norsk inspirasjon

Her til lands har et bruker- og fagmiljø i Agder siden 2004 hatt jevnlig kontakt og utveksling av erfaringer med brukere og fagfolk i det distriktet i Toscana som psykiater Mario Serrano representerer. Det har vært en sterk opplevelse å se med hvilken verdighet og gjensidig respekt fagfolk og brukere omgås. Jeg er ikke i tvil om at det å la borgerrettighetene / menneskerettighetene gjennomsyre alle deler av tjenestene og den faglige tenkningen gir den enkelte bruker et mer komplett liv enn det man gjerne ender opp med i Norge, til tross for at vi antakelig bruker langt mer penger på psykisk helse enn det som er tilfellet i Italia.

Odd Volden

Palladiumvn 33

4629 Kristiansand.

Tlf. 38 03 22 51

E-post o-volden@frisurf.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 12, 2009, side 1182-1185

TEKST

Odd Volden, brukeraktivist

+ Vis referanser

Referanser

Lundby, G. (2003). Historier og terapi. Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier. Oslo: Tano Aschehoug.

Serrano, M. (2006). Borgerrettighet og tilhørighet. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, nr. 4. 3, 310-319.

Thune, G. H. (2008). Overgrep. Oslo: Abstrakt Forlag.

Ulvestad, A.K. et al. (red.) (2007). Klienten - den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Volden, O. (2004). Vi sier farvel til «den psykiatriske pasienten». Et brukerperspektiv på psykisk helse. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 1, 1, 43-54.

Volden, O. (2009). En personlig beretning om selvforståelse i skvis mellom sykdom og identitet. I Lundby, G. (red.): Terapi som samarbeid. Om narrativ praksis. Oslo: Pax Forlag.