

Ånund Brottveit

Holdninger, erfaringer og strukturer
- fagpersoner i psykisk helsearbeid

Rapport 2006/3

Denne rapporten er utgitt av:

Diakonhjemmet Høgskole
Avdeling for forskning og utvikling (Diaforsk)
Postboks 184, Vinderen
N-0319 Oslo

<http://www.diakehjemmet.no>

Rapport 2006:3
ISBN 82-8048-056-0

Mangfoldiggjøring:
Elektronisk distribusjon (pdf-format)
Diakonhjemmet Høgskole <http://www.diakehjemmet.no>

Opphavsrettigheter:
Forfatterne har opphavsrettighetene til rapporten
Nedlasting for privat bruk er tillatt.
Mangfoldiggjøring, videresalg av deler eller hele avhandlingen
er ikke tillatt uten avtale med forfatterne eller Kopinor.

Rapporten kan også bestilles i papir-utgave fra Litteraturtjenesten.

Forord

Denne rapporten er laget av Diaforsk (Avdeling for forskning og utvikling ved Diakonhjemmet Høgskole) på oppdrag fra Rådet for psykisk helse.

Ånund Brottveit (forsker og sosialantropolog) har vært prosjektleder og skrevet rapporten. Karen Strømsnes Ekern og Gry Bruland Vråle (begge er høgskolelektor/psykiatrisk sykepleier) har vært prosjektmedarbeidere og deltatt i planlegging, intervjuer og analysearbeid. De har også lest og kommentert deler av rapporten. Undertegnede står imidlertid alene ansvarlig for konklusjonene og det ferdige produktet.

Jeg vil takke de ansatte i Rådet, spesielt Olav Nytingnes, Anne Grethe Skjerve og Hege Helene Johnsen, for gode innspill og nyttige tilbakemeldinger underveis. Jeg har også hatt stor nytte av kommentarer fra psykiater Petter Ekern (Diakonhjemmet Sykehus, Vinderen dps) under planleggingen av prosjektet.

Til sist vil jeg takke alle fagpersonene og brukerrepresentantene som har stilt opp i denne intervjuundersøkelsen, samt alle andre som på ulike nivåer har bidratt praktisk til gjennomførelsen! Jeg har opplevd mange spennende møter og samtaler rundt rapportens sentrale temaer.

Jeg håper at denne rapporten kan være et bidrag til den viktige diskusjonen om hvordan vi skal organisere og utvikle det fremtidige psykiske helsearbeidet! Arbeidet med dette prosjektet har gitt meg større optimisme, men også mindre tålmodighet.

Oslo, 3. april 2006

Ånund Brottveit

Innhold

1 Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Fokus i denne undersøkelsen.....	8
1.3 Valg av behandlingsmiljøer	9
1.4 Metode.....	10
Intervjuundersøkelse	10
Metodebetraktninger	11
Analyse.....	12
2 Behandlernes synsmåter.....	14
2.1 Den medisinske modellen	14
Medisinsk kunnskap og makt.....	15
2.2 Diagnoser – ”essens” eller kommunikasjonsredskap?.....	17
Hvilken rolle spiller diagnosene i den kliniske hverdagen?.....	17
Kritiske betraktninger til diagnoser.....	18
Essensialistiske forståelser av diagnoser.....	19
Pragmatiske forståelser av diagnoser	20
Diagnostisering av schizofreni	21
2.3 Pårørende – del av problemet, del av løsningen eller uvedkommende?	23
Del av problemet?	23
Del av løsningen?	24
Uvedkommende?.....	25
2.4 Brukerens autonomi og kompetanse på egne problemer – festtale eller prosedyre?	27
Teori og praksis	27
Brukerkompetanse.....	29
Brukerrepresentasjon.....	30
2.5 Tvungent psykisk helsevern – situasjonelle og strukturelle valg.....	30
Når bruker man tvang?	31
Organisatoriske årsaker til tvangsbruk?	34
2.6 Organiseringen av tilbudet – historiske tilfeldigheter?	36
Endringserfaringer.....	37
Endringsmotstand.....	39
Aktuelle utfordringer.....	41
Erfaringer og holdninger	42
3 Avslutning	44
Distriktpspsykiatri – ambulant team og kommunale tjenester	44
Medisinsk modell?	45
Brukermedvirkning?.....	46
Reduksjon av tvang?	47
Kontinuitet og helhet.....	47
Holdninger, erfaringer og strukturer	48
Referanser:	49

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Rådet for psykisk helse (Rådet) arbeider for en kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid. Denne satsningen omtales ofte med forkortelsen "KUP". Rådet har tidligere kartlagt brukererfaringer med det psykiske helsetilbudet og gjort opp status for Opptappingsplanen (2004a, 2004b). I følge disse rapportene og sosial- og helsedirektoratets og departementets egne rapporter (se f eks Sosial- og helsedirektoratet 2003), er Opptappingsplanen kommet på etterskudd i forhold til egne målsettinger. Det meldes om både mangelfullt tilbud, manglende samarbeid og for lite utviklet brukerperspektiv. Rapportene understreker samtidig at ressursmangel ikke er den eneste årsaken til dette. Det antydes at holdninger blant fagpersonalet og lokale behandlingsskilturer kan være en like viktig forklaring på at samordning av tjenestene, individuell brukertilpasning og godt samarbeid med brukeren og de pårørende synes å være vanskelig å realisere.

Prosjektet Kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid arbeider for:

- At man skal ta brukernes erfaringer og vurderinger på alvor. Disse erfaringene og vurderingene må få konsekvenser for hvordan vi arbeider på psykisk helsefeltet
- Å utvikle virkemidler som vil bidra til at brukere opplever tjenester som viser respekt og omsorg
- Å bedre sammenheng og forutsigbarhet i tjenestene
- At nærhet i tjenestene skal prege behandlingstilbudet. Tjenestene bør ytes så nært det daglige liv som mulig.

Rådet har ment at det var grunn til å undersøke nærmere hvordan man tenker i ulike behandlingsskilturer om de sentrale temaene i Opptappingsplanen. Diaforsk utformet en projektskisse på dette grunnlaget – en intervjuundersøkelse blant fagpersoner. Undersøkelsen skulle ta sikte på å forstå ulike meninger og standpunkter på bakgrunn den lokale konteksten – altså ikke bare ut fra behandlingssideologi, profesjon og lignende, men også ut fra hvilke begrensninger og muligheter behandlerne opplevde å arbeide innenfor.

Hensikten har ikke vært å karakterisere de aktuelle behandlingsskilturene, eller avdekke praksis. Vi har tatt sikte på å få frem toneangivende oppfatninger innenfor de aktuelle behandlingsskilturene om sentrale temaer knyttet til dagens utfordringer på psykiskhelsefeltet.

Rådets (oppdragsgivers) målsetninger med denne studien:

- 1) Informasjonsgrunnlag for framtidige holdningskampanjer.
- 2) Utgangspunkt for videre dialog mellom de statlige myndigheter, ansatte, brukere og pårørende på psykisk helsefeltet.
- 3) Forstå mer av kunnskapsbaserte, fagideologiske og kulturelt overførte holdninger innenfor psykisk helsefeltet og finne sammenhenger.

Undersøkelsen vil forsøke å identifisere holdninger og synspunkter i tjenestene som kan virke fremmende eller hemmende for målsetningene i prosjektet "Kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid" (se over!).

1.2 Fokus i denne undersøkelsen

Vi valgte å gjøre datainnsamlingen slik at vi kunne få frem forskjeller i tenkemåtene og tenkte oss derfor to behandlingsmiljøer som kunne kontrastere hverandre. De utvalgte behandlingsmiljøene skulle da velges ut fra en antakelse om at de kunne representere og forsvare utad henholdsvis, a) en mer institusjonsbasert form for psykisk helsearbeid, og b) en mer lokalbasert og tverrfaglig behandlingsmodell.

Grunnen til at vi fokuserte på holdninger og tenkemåter innenfor de institusjonsbaserte behandlingsmiljøene, var en antakelse om at vi der kunne finne forklaringer på hvorfor Opptrappingsplanen møter motstand. Det kan fra utsiden se ut som om de etablerte institusjonene har forandret seg mindre enn de behandlingsmiljøene som har vokst fram gjennom de nye distriktpspsykiatriske sentrene (dps). Det kunne være nyttig å få bedre innsikt i hva en slik eventuell endringsmotstand baserte seg på. Kanskje var det gode og plausible forklaringer på det, forhold som var oversett i de kritiske rapportene som ble nevnt innledningsvis.

Det ble samtidig sett som viktig å undersøke hvordan man tenker innenfor fagmiljøer og arbeidsmåter som kan forstås som kontrasterende og til en viss grad som ideologiske motpoler til de institusjonsbaserte behandlingsmiljøene. Vi håpet da å kunne drøfte resultatene fra et eksempel på den institusjonsbaserte og et eksempel på den lokalbaserte tilnærmingen mot hverandre. Den komparative modellen for undersøkelsen åpnet for å gi så vel den institusjonsbaserte som den lokalbaserte behandlingsforståelsen en kritisk prøving.

Vi hadde flere deltemaer som vi ønsket å belyse i intervjuene:

Forskningstemaene

- Betydningen av diagnoser i behandlingen
- Organiseringen av tilbudet og spørsmål om fleksibilitet
- Behov for systemendringer
- Flerfaglighet og kunnskapssyn
- Synet på de pårørende
- Brukernes og de pårørendes kompetanse
- Rettigheter, brukervedvirkning og valgfrihet
- Behovet for tvangstiltak

1.3 Valg av behandlingsmiljøer

Vi forsøkte å avgrense og velge praksisstedene slik at de ble tilnærmedesvis sammenlignbare ut i fra grove parametere (ansvarsområde, brukersammensetning).

Det er selvsagt grovt forenkende å forsøke å skille ut to motpoler. Vi regnet med at bildet vi fikk sannsynligvis ville bli langt mer komplekst og vanskelig å innpasse i en slik dikotomi. Rammene for undersøkelsen tilsa imidlertid en streng avgrensning og vi valgte derfor å basere denne på premissene i problemstillingen om identifiserbare ideologiske ståsteder. Disse *forhåndsantatte* ståstedene definerte vi slik:

A. *Lokalbasert behandlingsmiljø*, dvs en organisering av det psykiske helsearbeidet som integrerer kommunalt psykisk helsearbeid og førstelinjetjenester, ambulante tilbud og nettverksorientert.

B. *Institusjonsbasert behandlingsmiljø*, dvs et psykiatrisk behandlingstilbud hvor behandlingen dels skjer i form av innleggelse, dels i form av etterfølgende individualsamtaler med spesialister innenfor en poliklinikk. Relasjonen til førstelinjetjenestene er mer basert på avgrensning og henvisning enn samhandling.

Vi valgte to konkrete steder som representanter for de to overordnede organisasjonsmodellene, henholdsvis den institusjonsbaserte og den lokalbaserte. Behandlingsmiljøene som er forankret i tjenestesteder innenfor disse to geografiske områdene passer i utgangspunktet rimelig godt til beskrivelsen av hovedmodellene, men som vi skal få utdypet etter hvert er det også en del trekk som ikke passer like godt. Det kan derfor diskuteres hvor godt disse undersøkelsesstedene kontrasterer hverandre. Vi kaller likevel disse stedene for henholdsvis det institusjonsbaserte og det lokalbaserte behandlingsmiljøet, og vi gjør noen ganger en ytterligere presisering av avdelingstilhørighet når det gjelder det institusjonsbaserte miljøet.

En annen utfordring var at stedene er så ulikt organisert at det var vanskelig å foreta en avgrensning som gjorde dem sammenlignbare. I det lokalbaserte systemet har vi et behandlingsmiljø forankret i et distriktpsykiatrisk senter (dps) som omfatter både døgn, polikliniske og ambulante tjenester overfor alle brukerkategorier – også dobbeltdiagnoser. Vi har imidlertid ikke intervjuet representanter fra den sykehuslokaliserte akuttavdelingen, en spesialklinikk for rusavhengige som inkluderer dobbeltdiagnoser, eller en nærliggende sikringsinstitusjon.

I det institusjonsbaserte systemet intervjuet vi behandlere ved både psykose- og rehabiliteringsavdelingen og akuttavdelingen. Det var naturlig å ta med akuttavdelingen her, fordi vi ellers ville ha mistet store brukergrupper (andre diagnoser enn psykoselidelser) og fordi disse avdelingene er del av den samme spesialinstitusjonen. Vi intervjuet i tillegg representanter for dps-et som lå i institusjonens geografiske nærområde. Dette dps-et fungerte kun som en poliklinikk og lignet derfor svært lite på dps-et det andre stedet. Som vi skal se senere, hadde imidlertid sykehusavdelingene dps-lignende funksjoner. Vi omtaler av og til deler av det institusjonsbaserte behandlingsmiljøet som ”psykoseavdelingen”, ”akuttavdelingen” og ”dps-et”.

Vi intervjuet representanter for den viktigste brukerforeningen begge steder. Representanter for kommunene ble ikke intervjuet noen av stedene. For øvrig omtaler vi brukerne av de psykiske helsearbeidstjenestene konsekvent for *brukere* i denne rapporten.

1.4 Metode

Intervjuundersøkelse

Utvelgelsen av informanter baserte seg på informasjon og antakelser om hvem som kunne være de mest "toneangivende" for faglige synspunkter og holdninger i behandlergruppene. Formell posisjon, erfaring og grad av brukerinvolvering ble vektlagt, i tillegg til ledelsens vurderinger. Vi måtte uansett gå via den faglige ledelsen i helseforetakene og i avdelingene, og valgte derfor å foreta en åpen rådslagning med dem om utvalget. Faren for uheldig styring er åpenbar ved en slik utvelgelsesmåte, dersom lederne skulle se seg tjent med det. Det er også fare for at informantene blir mer forsiktige med å fremme sterkt kritiske eller avvikende meninger, når ledelsen kjenner til at de inngår i det totale utvalget.

Vi opplevde det slik at informantene kan ha vært noe forsiktige i uttalelsene sine.

Utvalget på hvert av stedene ble i stor grad sammensatt slik at de viktigste lederne i form av posisjon og erfaring (ansiennitet) deltok. I tillegg tok vi hensyn til profesjonstilhørighet og at det også inngikk ikke-ledere.

Vi ba også om hjelp til å finne informanter som kunne avvike fra eller utfordre de mest dominerende oppfatningene i fagmiljøet, og opplevde at vi fikk det. Vi kan ikke vite om det fantes langt mer ytterliggående fagpersoner i de samme miljøene som ikke ble spurt om å delta. Det vi må minne om her, er at vi ikke tok sikte på å karakterisere disse miljøene spesielt, eller "avsløre" dem, men finne frem til faglige tenkemåter og holdninger som kunne være representative for hovedstrømmingene i det psykiske helsearbeidet. I så måte, vurderer vi utvalgene vi fikk som hensiktsmessige.

Brukerrepresentantene var det de lokale brukerorganisasjonene som selv bestemte. De valgte å stille med to representanter på hvert sted.

Rammen for intervjuene var ca 1 time. I noen tilfeller, når timeplanen tillot det, gikk vi over denne tiden. Vi var en eller to intervjuere og benyttet både lydopptaker og notatblokk. Intervjuene fant sted på kontoret til de ansatte, eller i brukerforeningens lokale når det gjaldt brukerrepresentantene. Intervjuene ble foretatt senhøstes 2005, 12 intervjuer på hvert sted.

Samlet utvalg (24 intervjuer):

- 6 psykiatere
- 3 psykologer
- 13 sykepleiere
- 4 brukere (intervjuet to og to)

Metodebetraktninger

Å avdekke fagbaserte og personlige holdninger med relevans for utøvelsen av et fag er utfordrende metodisk. Det er særlig utfordrende dersom sentrale holdninger skulle være i strid med "main-stream-tenkningen", med miljøets offisielle policy eller rett og slett kunne oppfattes som uakseptable for ledelsen, den alminnelige opinion eller intervjueren.

En annen utfordring når det gjelder holdninger, er forholdet mellom hva man sier og hva man gjør. Er det stort sprik her, uten at man har muligheter for å kontrollere for det, får intervjudataene redusert empirisk verdi. Mange vil hevde at holdninger kommer best til uttrykk i praksis, og at de som "utsettes" for dem, det vil si brukerne, er de beste til å beskrive hvordan denne praksisen er.

Valg av tilnærming og fremgangsmåte i denne undersøkelsen har konsekvenser for dataenes relevans og overførbarhet. Det er viktig å være oppmerksom på at intervjudataene har følgende begrensninger:

- viser de intervjuedes offentlige meninger
- viser i større grad den intervjuedes idealer enn praksis
- er innhentet fra et lite, strategisk sammensatt utvalg
- ledelsen har medvirket til å velge ut informanter
- vi kjenner ikke godt nok til hvor sammenlignbare de utvalgte behandlingsmiljøene er med andre behandlingsmiljøer i Norge

1. Offentlige meninger.

Selv om intervjuene kalles dybdeintervjuer, så gir ikke varigheten på en time (stort sett) og mengden saksorienterte spørsmål tilstrekkelige rammer for en fullstendig åpenhjertighet. Opplegget kunne heller ikke garantere fullstendig anonymisering, ettersom miljøene er relativt små og undersøkelsen var kjent for kollegaene. Ledelsen var jo også, som tidligere nevnt, involvert i utvelgelsen. Det som ble sagt i intervjuene bør derfor oppfattes som meninger man også sier offentlig – til kollegaer, på fagmøter osv.

Dersom man innerst inne har andre tanker, avvikende eller kritiske ideer som man holder tilbake i fagmiljøet, er det lite trolig at man utleverer dette i intervjuet.

Materialet kan brukes til å kartlegge dominerende og uttrykte holdninger i en arbeidsgruppe eller et utvidet behandlingsmiljø, dersom de samme holdningene uttrykkes av flere personer. Videre vil begrunnelsene og eksemplifiseringene kunne gi innsikt i hvilket rasjonale som ligger bak de enkelte holdningene og situasjonelle valgene.

Det har ikke vært hensikten i denne undersøkelsen å forsøke å "gå bak" informantenes egne uttalelser og "avsløre" holdninger eller praksis som de selv ikke vil uttrykke i intervjuet. Hensikten har mer vært å stille seg åpen for deres egen begrunnelse for hvordan de sier at de tenker.

2. Teori – ikke praksis.

I intervjuene spør vi etter meninger, tenkemåter og holdninger, først. Deretter spør vi etter eksempler og forklaringer. Dette kan lett resultere i mange fine ord om idealer. Eksempelene er imidlertid egnet til å styrke og underbygge de uttrykte holdningene. Eksempler fra egen erfaring kan antyde en vektlegging eller orientering etter en mer generell innledning preget av ”på den ene side og på den andre side”. Eksempelene, eller mangelen på dem, bidrar til å befeste inntrykket av om personen snakker ut av erfaring eller rent hypotetisk (og ideelt).

I noen grad kan vi forholde enkeltopplysninger og helhetsinntrykk fra intervjuene med annen informasjon om behandlingsmiljøene. Slike informasjonskilder kan være: Brukeroppfatninger, eksterne undersøkelser, statistikk og annen dokumentasjon, f eks intervju med brukerrepresentanter, spørreskjemabaserte brukerundersøkelser, tall for tvangsinnleggelse etc., opplysninger om tjenestenes organisering osv.

3. Ikke representative – men representerende(?)

Informantene er ikke rekruttert med tanke på å få et representativt utvalg i statistisk betydning. Vi har lagt vekt på å få med ledere, erfarne fagpersoner og toneangivende personer. Ansattgrupper som sosionomer, hjelpepleiere og ufaglærte er ikke inkludert. Det er altså kvalitative kriterier som er lagt til grunn, men hensikten er å få frem holdninger og betraktningmåter som er dominerende i det aktuelle behandlingsmiljøet, samt noen som kan utfordre dem.

Vi har altså også forsøkt å få noen informanter som kan komme med kritiske innvendinger eller litt avvikende synspunkter. Det er imidlertid grunn til å tro at disse vil være moderate og ”innenfor” en generell konsensus/arbeidsplattform. Grunnen til at vi tror dette, er at overordnede ledere på divisjonsnivå og avdelingsnivå har bistått oss i å velge ut informanter.

Intervjuene vil kunne gi oss et helhetsinntrykk av hvordan ”man tenker” i et behandlingsmiljø, enten i utvidet forstand, eller som en mindre arbeidsgruppe (post, poliklinikk eller team). Dette vil være holdninger, tenkemåter og erfaringer som *representerer* grupper av fagpersoner på de aktuelle undersøkelsesstedene og med potensiell overføringsverdi til lignende grupper andre steder. Dette vil ikke kunne begrunnes statistisk, men ut fra en kvalitativ analyse. Vi vil altså ikke kunne konkludere med at ”slik er det” gjennomgående i dette miljøet eller andre steder, men ”slik kan det være”. Et viktig poeng i denne forbindelse, er at vi har en antakelse om at hva enkelte toneangivende personer mener (f eks høy formell posisjon eller faglig autoritet) betyr mer for gruppens konsensusgrunnlag enn hva flertallet mener.

Analyse

Det ble gjort (elektroniske) lydopptak av alle intervjuene, samtidig som det ble laget notater. De fleste intervjuene ble transkribert før analysearbeidet startet, enkelte intervjuer ble helt eller delvis transkribert på et senere tidspunkt. Lydopptakene har vært enkelt tilgjengelig, ettersom vi har kunnet søke oss fram til bestemte deler og spille dem av på pc-en, dette har bedret oversikten i et relativt stort materiale. Transkripsjoner, notater og lydopptak har blitt benyttet i forbindelse med systematiseringen av datamaterialet.

Intervjuene har først blitt gjennomgått systematisk ut i fra temaene i prosjektbeskrivelsen og intervjuguiden. Vi har forsøkt å kategorisere dem ut fra svarene på de ulike temaene som ble reist i intervjuene. De mest interessante (en skjønnsmessig vurdering) temaene har vi så systematisert alle behandlernes svar på i temalister. På bakgrunn av disse temalistene har vi karakterisert gjennomgående tendenser og variasjoner i svarene, trukket fram sitater og eksempler.

Oppbygningen av resonnementer har skjedd med bakgrunn i de opprinnelige problemstillingene for undersøkelsen, men har naturlig nok blitt tilpasset til det reelle innholdet i datamaterialet. Vi har valgt en framstillingsform der empiri, tolkning og analyse bindes sammen i ett kapittel, selv om vi sparer en mer overordnet drøfting av problemstillingene til det etterfølgende kapitlet.

Hensikten med denne analysen har vært å få frem hvordan ulike fagpersoner tenker om psykiske lidelser generelt og om sin egen praksis. Vi tror at disse tenkemåtene vil være gjenkjennelige også andre steder og kunne bidra til å kaste lys over hvordan det psykiske helsearbeidet fungerer og utvikler seg. Et overordnet spørsmål er om disse tenkemåtene og holdningene som avdekkes i denne undersøkelsen kan forklare fremgang eller stagnasjon i Opptrappingsplanens (og Rådets) målsetninger for feltet? Vi har ikke ment at dette spørsmålet kunne besvares i denne rapporten, men vi har håpet på å kunne bidra til en drøfting av det.

2 Behandlernes synsmåter

2.1 Den medisinske modellen

”Medisinsk modell” er et flertydig begrep. Vi forstår ikke her en medisinsk modell som ensbetydende med en biologisk forklaringsramme eller tilslutning til en enkel sykdomsmodell. Begge behandlingsmiljøene arbeider på basis av en grunnleggende medisinsk modell og behandlerne underbygger stort sett dette overordnede perspektivet i intervjuene. Den psykologiske og den sosiale dimensjonen har absolutt en plass i modellen. Behandlernes tenkning faller innenfor det vi her kaller en ”samspillmodell” eller en ”sosialpsykiatrisk modell”, noen ganger begge deler. Begge modellene egner seg for å arbeide distriktskykiatrisk, altså med hjemmeboende brukere og i samarbeid med kommunale tjenester.

Samspillmodellen bygger på en antakelse om at den biologiske medisinen er komplementær til andre tilnæringer i psykisk helsearbeid. Mange vil si at spesialisthelsetjenesten, særlig psykiaterne, da holder på med psykiatri, mens 1.linjeinstansene, kommunale sykepleiere, sosiale tjenester med mer, inngår i et helhetlig psykisk helsearbeid. Innenfor spesialisthelsetjenesten kan rollen til psykologer og psykiatriske sykepleiere som selvstendige behandlere være litt tvetydig definert. Samspillmodellen bevarer langt på vei medisinerens profesjonsidentitet som diagnostikere, medikamentbehandlere og individualterapeuter. Andre profesjoner vil ofte søke å spesialisere seg innenfor bestemte terapier, for å erobre posisjoner (som individualterapeuter) innenfor dette systemet. I denne modellen er det naturlig å tenke et skille mellom akutt krisehåndtering og aktiv behandling, på den ene siden, og langvarig omsorg, støttetiltak og rehabilitering, på den andre siden. Styrken ved denne modellen kan være spesialisering av kompetanse, svakheten vil være fragmentering.

Den sosialpsykiatriske modellen utvider medisin-begrepet til å omfatte relasjonelle, sosiale og kulturelle forhold. Medisineren er ikke kun en som behandler med medikamenter eller terapeutiske teknikker, men like gjerne gjennom å finne løsninger på eksistensielle problemer og gjerne i samarbeid med et tverrfaglig team. Denne modellen er forenlig med oppfatninger om at psykiske lidelser også kan ha biologiske årsaker, men ser de kognitive, relasjonelle og materielle sidene som minst like viktige. Skillet mellom behandling og rehabilitering er ikke like prinsipielt i denne modellen og tradisjonelle behandlerroller utfordres. I stedet vektlegges terapeutisk kontinuitet og et sammenhengende tjenestesystem sterkere. Modellen innbyr til tverrfaglige team som hovedarbeidsform. En innvending kan være at de ulike profesjonene og fagpersonene ikke får spesialisere seg på det de er best på, og at alle blir en slags ”all-roundere”.

Reduksjonistisk biologisk modell er ikke lenger så veldig aktuell. Den blir i intervjuene våre referert til som en ytterlighet man tar avstand fra eller en tidligere posisjon som nå er forlatt. Man kan tenke seg denne modellen som en tilnærming til psykiske lidelser som rent biologisk forårsaket og som noe som krever biologisk-medisinsk behandling som medikamenter, ECT (elektrosjokk), kirurgi (lobotomi) og lignende. Andre tiltak og forordninger vil ofte ha som formål å roe ned pasienten, redusere farlighet og selvmordsfare. På lengre sikt kan rehabilitering og sosiale støttetiltak ha en plass, men dette vil da ikke være det psykiske

helsearbeidets oppgave da pasienten enten regnes som ”ferdigbehandlet”, ”ikke-motivert” eller oppgitt av behandlerne. Det psykiske helsearbeidet har imidlertid tidligere tatt på seg langvarige omsorgs-, forvarings- og sikringsoppgaver knyttet til kroniske psykiatriske pasienter.

Medisinsk kunnskap og makt

Behandlerintervjuene viser en relativt bred konsensus om at en generell distriktpsikiatrisk tilnærming er riktig. Dette må forstås som en større innsats overfor hjemmeboende brukere, i samarbeid med bostedskommunene. Det lokalbaserte behandlingsmiljøet tenderte mer mot en sosialpsykiatrisk modell og det institusjonsbaserte miljøet mot en samspillmodell (se forrige punkt!), men dette var ikke helt entydig noen av stedene. Egen praksis varierer imidlertid og begrunnelsene for spriket mellom idealet og realitetene varierer også.

En uttalt konsensus betyr ikke nødvendigvis en fullstendig harmoni mellom profesjonsgrupper eller enkeltbehandlere når det gjelder behandlingssyn. Kritiske spørsmål til medisinernes sentrale rolle ble imidlertid sjelden, eller svært forsiktig, artikulert i intervjuene. Medisinerne uttalte seg heller ikke negativt til at psykiatriske sykepleiere og psykologer i deres egen behandlingsenhet hadde lederansvar og behandlingsansvar, selv om de kunne ha mer forbehold på et prinsipielt plan. Hvorfor denne enigheten? Kan det skyldes at de tre profesjonsgruppene gjennom de siste lovrevisjonene har fått justert sine faglige maktposisjoner vis a vis hverandre. Sykepleiere og psykologer har fått større makt, i tverrfaglighetens navn og til dels på bekostning av medisinerne, samtidig som det overordnede medisinske paradigmet er beholdt. Psykiatri er en medisinsk spesialitet – det var vanskelig å finne behandlere som utfordret dette synet. En medisinsk sykdomsmodell, i hvert fall som en analogi, og en stor grad av aksept av den biologiske medisinen som et sentralt element, følger av dette.

Råder det en slags ”våpenhvile” mellom profesjonsgruppene som man ikke ønsker å bryte? Er det lokalbaserte behandlingsmiljøet vi valgte å undersøke, mer medisinsk orientert enn lokalbaserte behandlingsmiljøer andre steder – altså litt utypisk?

Vi fant altså mye likt i måten behandlerne tenkte på, og vi syntes det ville virke oppkonstruert å sette de to miljøene opp som motsetninger basert på de ulikhetene vi kunne spore. Det var nemlig stor variasjon også innenfor de to behandlingsmiljøene, og det var også variasjon innenfor undergrupper (basert på avdelingstilhørighet). Til og med de enkelte intervjuene var langt fra entydige – noen ganger virket de selvmotsigende. Vi tolker imidlertid dette som tegn på en grunnleggende eklektisk og pragmatisk innstilling, samtidig som man nok også følte behov for å forsvare en praksis som ikke alltid fulgte de teoretiske idealene man hadde.

Den sterkt reduksjonistiske biologiske tenkningen ytrer seg sjelden i våre dager. Man hører av og til referert til den, men da gjerne som noen man har støtt på tidligere i karrieren sin og tatt avstand fra selv. Forskjellene ligger mer på praksissiden og i konkrete valgsituasjoner. Det går f eks an å hevde at man tror de aller fleste lidelsene har et biologisk opphav og at medisiner kan hjelpe, men at man uansett må gjøre noe med de sosiale og psykiske konsekvensene (dvs støttetiltak, rehabiliteringshjelp og samtaleterapi). Det går også an å hevde at man ikke anser det som endelig bevist at tilstander som diagnostiseres som

schizofreni eller bipolar lidelse primært har en biologisk årsak, men at medisiner likevel kan være viktige i forhold til symptomlindring.

De intervjuede behandlernes syn på hva psykiske lidelser er, hadde vesentlige innslag av biologisk tenkning. Følgende syntes å være fastsatt i behandlingsstedenes policy (dermed vanskelig å erklære uenighet til):

- at det er en biologisk årsaksfaktor bak schizofreni eller bipolar lidelse, og enkelte depresjonslidelser
- at biologi sjelden alene forklarer hvorfor sykdommen bryter ut eller hvordan den arter seg
- at det finnes eksempler på somatiske lidelser som kan gi symptomer som kan forveksles med psykiske lidelser (f eks hjernesvulst)
- at ubehandlet (les: umedisinert) psykose (f eks ved schizofreni) sannsynligvis påfører hjernen varig skade
- at tidlig igangsatt adekvat behandling (les: medisiner + andre tiltak) bedrer prognosen ved schizofreni og reduserer selvmordsfare ved depresjon
- at diagnostisering er til hjelp når det gjelder forståelse, kommunikasjon mellom fagfolk og fastsettelse av beste behandling
- at diagnoser er noe pasienten har rett til og behandlingsinstitusjonen har plikt til
- diagnoser er forutsetning for trygdeytelser og andre pasientrettigheter
- diagnoser er forutsetning for finansiering av behandling/refusjon
- lovverket stiller bestemte krav til kompetanse mht hvem som kan diagnostisere, fastsette medisinering, bestemme tvangstiltak (psykiatere og psykologer står i særstilling her)

Disse forutsetningene kan underbygge bestemte måter å organisere tilbud og pasientflyt på. Det gir forrang til en medisinsk utredning og tidlig diagnostisering, og det kan favorisere medikamentell behandling i forhold til psykologisk eller sosiologisk (f eks nettverksterapi) forankret behandling. Vi tror også at settingen kan spille en rolle for balansen mellom ulike behandlingstilnæringer: Når en sykehuspost er settingen, tror vi den medisinske tenkemåten og psykiaterens makt blir større enn hvis man møtes i den hjelpptrengendes eget hjem eller i 1.linjetjenestens kontorer.

Inndeling i spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste følger modellen fra det ordinære helsetilbudet. Det samme gjør ledelsesmodellenes sentrale innplassering av diagnostisk, farmakologisk og medisinsk kompetanse, selv om det ikke er entydig gitt at en medisin er administrativ leder. Lovgivning rundt tvungent psykisk helsevern legger også en ekstra føring i forhold til å gi en medisin eller psykolog den formelle lederrollen. Internasjonalt finnes det eksempler på at f eks tvangsbehandling må godkjennes av rettsvesenet eller av politiske myndigheter – ingen kan fratras sine sivile rettigheter uten en rettslig eller demokratisk kontroll. Den overordnede norske modellen gir i dag stor makt til fagekspertisen, særlig psykiaterne, ved akuttavdelingene.

Kan de strukturelle føringene i den norske modellen stå i veien for en sosialpsykiatrisk modell med sterkere brukerinnflytelse? Lovverk og tradisjonell tilbudsorganisering avspeiler et kunnskapsparadigme hvor en tradisjonell medisinsk tenkning står sterkt. Når nye forståelser, nye behandlingsmåter og andre samarbeidsrelasjoner vinner innpass hos fagpersonene, kan de eksisterende strukturene likevel bremse opp en videreutvikling av tilbudet? Intervjuene gir

særlig grunn til å stille enkelte spørsmål ved de sykehusbaserte akuttavdelingenes rolle innenfor et helhetlig tilbud. Dette skal vi komme tilbake til.

Vi finner stort sett en sosialpsykiatrisk tenkning hos behandlerne i det lokalbaserte tilbudet. Behandlerne vi intervjuet hadde en tverrfaglig forståelse for behandlingsarbeidet som strakte seg ut over deres eget tjenestested og utover den perioden de hadde hovedansvar for behandlingen. I det institusjonsbaserte tilbudet fant vi i stor grad denne samme tenkningen hos dem som arbeidet ambulant innenfor psykoseavdelingen. Blant behandlerne i akuttavdelingen og dps-et var tenkningen mer i tråd med samspillmodellen. De hadde sine spesialfunksjoner og til dels avgrensede brukergrupper. De argumenterte også, ideelt sett, for distriktpsikiatriske tiltak, men de avgrenset sitt eget ansvar for dette.

2.2 Diagnoser – ”essens” eller kommunikasjonsredskap?

Diagnoser i psykiatri/psykisk helsearbeid har en annen status enn i somatisk medisin. Det har ikke lyktes å etablere en allment akseptert og vitenskapelig dokumentert sykdomslære. Man har imidlertid oppnådd stor grad av konsensus om deskriptive diagnosesystemer, henholdsvis DSM IV i Nord-Amerika og ICD 10 i Europa. Disse definerer og setter diagnostiske kriterier for de fleste av de klassiske psykiatriske diagnosene.

Det psykiske helsearbeidet er underlagt generelle lover om spesialisthelsetjenester, lov for helsepersonell og pasientrettighetsloven. Dette er en følge av at psykisk helsearbeid sees som en del av medisinen, at utøverne stort sett er helsefaglig utdannet og ledet og at tjenestene defineres som behandling. Dette legger til rette for så vel bruk av diagnoser, pasientbegrep og standardisering av behandlingstjenester. Videre, legger også trygdelovgivningen føringer i forhold til diagnostisering og behandlingsprosedyrer.

Psykisk helsearbeid har historisk sett alltid ligget under medisinen og bygget på en grunnleggende medisinsk modell, enten dette har vært biologisk eller psykodynamisk fundert. Psykiatriens sykdomslære representerer en sterk tradisjon i norske behandlingsmiljøer, selv om den er revidert og stilt spørsmål ved. Utdanningene og de sentrale lærebøkene videreformidler denne tradisjonen og sykdomslæren.

To begrunnelser for å bruke diagnoser:

1. De forteller noe essensielt om hva som feiler pasienten, man forstår pasienten bedre ved hjelp av diagnosen og man kan lettere finne riktig behandling.
2. Diagnosene forenkler kommunikasjon mellom fagfolk, ikke minst i forbindelse med henvisninger. Diagnoser er derfor nyttige, selv om annen informasjon anses som viktigere for å forstå og kunne hjelpe pasienten.

Hvilken rolle spiller diagnosene i den kliniske hverdagen?

En diagnostisk utredning av nye brukere blir rutinemessig foretatt i behandlingsmiljøene vi har intervjuet. Diagnosene synes også å være et viktig utgangspunkt når det er tidligere brukere eller brukere som blir henvist fra andre behandlingssteder. Diagnosen er med på å

bestemme hvor en ny bruker skal behandles, fordi man har diagnoserelaterte avdelinger og poster. Diagnosen er retningsgivende for hvilken behandling man velger, både psykososiale tiltak (samtaletterapi, sosial trening, støttetiltak) og medisiner. Diagnosen også utgangspunkt for brukerinformasjon og psykoedukative tiltak, ettersom generalisert kunnskap om symptomer, prognose og behandling allerede er organisert etter diagnosetyper. Denne tilnærmingen til diagnoser synes å være dominerende hos de fleste behandlerne og i begge behandlingssystemene.

Kritiske betraktninger til diagnoser

De fleste behandlerne trekker selv frem, eller aksepterer noe av kritikken mot diagnosene, f eks muligheter for feildiagnostisering:

”... jeg har opplevd her at en pasient har fått endret sin diagnose. Det å frafalle den påstand om at pasienten var schizofren for 5 år siden. Det må jo oppleves ... Like eller ikke like det. Jeg tror de som diagnostiserer nå gjør en mer gjennomtenkt og grundig jobb enn si for eksempel for 20 år siden. Det er ikke noe du tar ut i fra løse luften. Du er sikker i din sak og er du ikke sikker, drøfter du det i teammøter. Så det er ikke så tilfeldig som det har vært tidligere.” sykepleier L¹

Denne behandleren sier imidlertid at de store feilgrepene og negative konsekvensene av diagnosesetting hører fortiden til. Diagnostiseringen er del av det administrative systemet for registrering og journalføring i behandlingsenhetene, og man benytter nå standardiserte tester (skjema) for å stille diagnose. Det er også et lovfestet krav til å bestemme en diagnose før utskrivning. Som den ovenfor siterte behandleren sier: *”vi blir hele tiden påmint det med diagnose”*.

” Samtidig må ikke diagnosen bli så sentral at vi ikke ser pasientens symptomer og lidelse. Å stenge seg inne bak diagnosen, å tenke at man har forstått det ved å høre diagnosen. Jeg synes diagnosen er viktig fordi den hjelper oss til å forstå og foreslå ting som er fornuftig, men samtidig må det være videre enn det. Selv om flere pasienter har samme diagnose så vil nok de kunne være ganske forskjellige og kreve ulike ting.” sykepleier I

Faren for reduksjonisme er også til stede, slik sitatet over advarer mot. Dette gjelder både lidelsenes sammensatthet og variasjon, og behov og spesielle forhold rundt en person som ikke har med ”patologi” å gjøre. Brukerens ressurser eller evne til å leve med symptomer, kan også ha stor betydning for hvordan tilbudet bør være.

” Jo, det negative er at du kan stigmatisere pasienten. Å være en psykiatrisk pasient gir et stigma, og det å ha en alvorlig diagnose kan anses å være det samme. Og det er ikke lett å bli av med og få den endret.” psykiater L

Diagnosene bidrar ofte til å stigmatisere brukerne ute i samfunnet. Her vil vel de fleste behandlerne si at i den grad en alvorlig diagnose er feil, virker den stigmatiserende – unødig.

¹ Informantenes tilhørighet til de to behandlingstilgjengene er markert ved henholdsvis 'L' – Lokalbasert behandlingstilgjeng og 'I' – Institusjonsbasert behandlingstilgjeng.

Men er den riktig, så er det ikke diagnosen i seg selv, men den faktiske lidelsen brukeren har og folks fordommer i forhold til dette, som gir stigma. Fullt så enkelt er dette likevel ikke, for psykiatriske diagnoser har en tendens til å ”henge ved” en person, selv om man er blitt frisk, velfungerende og symptomfri.

Brukerne og flere behandlere tok opp behovet for å endre diagnose og eventuelt fjerne den. De anså det som et problem, da sletting i journalene ett sted ikke medførte tilsvarende korrigering andre behandlingssteder brukeren hadde vært innskrevet.

Essensialistiske forståelser av diagnoser

”Jeg husker en jeg hadde som jeg mistenkte at hadde en schizofreni fordi hun hørte stemmer. Men jeg mener at man ikke nødvendigvis må ha en schizofrenilidelse selv om man hører stemmer. Hvis det ikke hemmer vedkommende, kan man leve videre med dette fenomenet. (...) Jeg seponerte medisiner, alle nevroleptika, og så at stemmene ble mindre. (...) Men det var forferdelig krenkende for henne å høre fra andre behandlere at hun antagelig har en schizofreni. Det var forferdelig!” psykolog L

Historien som siteres over er et eksempel på en kritisk holdning til allerede gitte diagnoser og den stigmatiserende virkningen de kan ha, samtidig som diagnoser forstås som noe dypere enn en ren symptombeskrivelse. Denne behandleren, i likhet med flere andre, argumenterer både for og i mot diagnosene.

”Ja, det er viktig. For å treffe så presist som mulig med (medikamentell) behandling.” sykepleier L

”Opptatt av å holde på en medisinsk modell og bestrebe seg på å si noe kvalifisert om hva det er - hva slags symptom mønster og sykdomsbilde vedkommende har. Hvis det ikke er en sykdom ... altså ting kan jo være noe annet. Vi skal ikke si at noe er en alvorlig sinnslidelse, hvis det ikke er det. Vi må bestrebe oss på å klargjøre hvilket sykdomsbilde det kommer inn under.” sykepleier I

Sitatene over illustrerer en mer ukritisk holdning til diagnoser og sykdomsmodellen. Diagnostisering ble betraktet som et viktig skritt på veien mot å finne rett behandling, både medikamentell og annen form for terapi og støttetiltak. Diagnosen gir tilgang på større innsikt i lidelsens natur, mulige symptomer og prognose – slik som i somatikken.

”Diagnose og diagnose ... de fleste vet selv hvordan de har det. Må ha en diagnose – som i somatikken. Det er ikke forskjell.”

Bruker L

Brukerorganisasjonene (sitatet over) vi var i kontakt med hadde selv noe av det samme tvetydige forholdet til diagnosene som enkelte av behandlerne. Likevel møtte vi også her den enkle analogien til somatikken.

” For det første har pasienten krav på å vite hvilken lidelse han har og få undervisning om å mestre lidelsen og få bra livskvalitet. Da er det viktig å vite hva det handler om. (...) Sjelden at de ikke vil forholde seg til sin diagnose. Og det er lettere ... når de får den kunnskapen, så skjønner de hvorfor de trenger medisiner.” sykepleier L

I det vi her kaller for det ”essensialistiske” diagnosesynet, er diagnosesystemet en kilde og innfallspunkt til dypere kunnskap om brukerens lidelser. Bak symptomene, som av og til kan narre en, er det en sykdom som har bestemte behandlingsprosedyrer. Dette synet er ikke avhengig av en bestemt årsaksforklaring, men synes å være forankret i enten en biologisk eller en psykodynamisk modell (eller begge deler).

” For det er stor forskjell på hvordan man forholder seg til for eksempel en pasient med schizofreni og en med en alvorlig personlighetsforstyrrelse som kan illudere symptomer og spille disse ut. Ikke sant, der ligger forskjellen.” psykolog L

Eksempelet over viser til en situasjon som mange klinikere sikkert vil gjenkjenne som et reelt dilemma og en god grunn til å skjerpe de diagnostiske redskapene. Man kan imidlertid spørre om man trenger å ”kjøpe” hele det finmaskede diagnosesystemet for å foreta en slik grovsortering?

Pragmatiske forståelser av diagnoser

”Det kommer an på type. I utgangspunktet vil jeg si ja (til at diagnosene er viktige). Tenker på de grove diagnosene, psykose, angst, depresjon. Så er det undertilstandene, og da kan man lure på hvor nyttig det er. Er positiv til at man prøver å kategorisere problemene. De (diagnosegruppene) har genuint forskjellige virkningsmekanismer. Når det er sagt, forskning på ”rene” lidelser ... de er som regel sammensatte.” psykolog L

Denne informanten understreker poenget med å sortere mellom hovedkategoriene blant diagnosene. Det er stort sett de samme kategoriene alle behandlerne viser tilbake til når de gir eksempler på hva som ikke må sammenblandes. Mange har eksempler å vise til når det gjelder feilbehandling. Det kan være både medikamentell behandling og annen terapi. Selv om behandlerne er reserverte i forhold til å forstå diagnosesystemet som et sett av distinkte sykdommer, så mener de at man kan gå litt bak symptomene og forstå hva som ligger bak. De kan stille spørsmål som: Er dette symptomet en panikk-angst med utgangspunkt i psykotiske forestillinger, kanskje hos en med udiagnostisert schizofreni? Eller er det en ”klassisk” angstlidelse? Er hallusinasjonene rusutløst, eller muligens forårsaket av en somatisk sykdom?

Det som særlig kjennetegner det vi kaller for et ”pragmatisk” diagnosesyn, er at den sees som beskrivende, ikke årsaksforklarende. Diagnosen beskriver et symptom-bilde. Diagnose og familieanamnese er ufullstendig som behandlingsgrunnlag og må derfor suppleres med opplysninger om funksjonsnivå, ressurser, behov og andre kontekstuelle opplysninger om livssituasjon.

” Jeg er ikke opptatt av diagnose, men jeg er opptatt at en skal få faglig vurdert en pasient, hva er det vi bør være opptatt av med denne pasienten her? Hva er det vi bør ta hensyn til? Og på en måte trygge og rettlede de som skal ivareta pasienten videre.” sykepleier I

Behandleren som siteres over er et eksempel på en pragmatisk og praktisk orientert diagnosebruker. Det vil si, diagnosen gis ikke en sentral rolle, men den følger naturligvis med i journal, utskrivningspapirer og henvisningsdokumenter. Diagnosene representerer også en kunnskapsbase fordi de gir tilgang til erfaringsbasert kunnskaper om ”*hva som er viktig i forhold til ulike diagnosegrupper*” (sykepleier I).

” Framfor meg har jeg en person: Som har det og det symptomet, det har vi blitt enige om at vi skal kalle angstnevrose, det har vi blitt enige om at man skal kalle schizofreni. Men, det sies ikke ett ord om hvorfor man får schizofreni. Ikke hvordan man skal behandle heller. Derimot har ICD 10 har tidligere vært opptatt av årsaksmekanismer og bakgrunn og sånt. Det holder på å tas ut av ICD 10. Merkelappen sier at her har pasienten noe som jeg vet hva er. Om man henviser til en ny lege så vet han umiddelbart hva det er. Først og fremst er det språk at vi har noen slags formening om behandling. Det finnes retningslinjer for behandling av schizofreni som sentrale myndigheter har gitt ut. Der er både biologi, psykologi og sosialmedisin inne. Der kan man gå inn og titte, når man har diagnosen. Men om du ikke har en diagnose, hvilke retningslinjer skal du gå inn i da?” psykiater L

Denne forståelsen av hva diagnoser er, er ikke bare pragmatisk, men den inneholder også sterk skepsis til den underliggende sykdomslæren (etiologien) og det naturvitenskapelige grunnlaget for den (blant annet årsaksforklaringer). I sitatet over vektlegges diagnostisering som symptom- og funksjonsbeskrivelse. I forlengelsen av dette, understrekes også nødvendigheten av en ressursorientert individuell kartlegging.

Vektleggingen av diagnosene er forskjellig, men de aller fleste synes likevel å være enig om at enkelte lidelser er viktig å diagnostisere riktig på et tidlig tidspunkt. Eksempelet som da trekkes frem er schizofreni. Representerer denne diagnosen et særtilfelle blant de ulike psykiske lidelsene?

Diagnostisering av schizofreni

Det synes å være allment akseptert i behandlingsmiljøene vi har undersøkt at schizofreni har en biologisk årsak, i hvert fall som en blant flere faktorer, og at tidlig og rett behandling er viktig. Rett behandling bygger da på at man vet at det er snakk om schizofreni, eller i det minste en psykoselidelse i utgangspunktet. Hvorfor? Jo, fordi prognosen svekkes dersom man går med ubehandlet schizofreni. Mange av de intervjuede mener også at ubehandlete psykoser også gir varige hjerneskader. Det sies ikke alltid eksplisitt at behandlingen må være medikamentell, men vi tolker dem slik at dette anses å være en del av et standard behandlingsopplegg.

”Et problem at de blir gående ubehandlet. Viktig å nå gruppen tidlig. Mister mye ellers, og dette mener jeg uavhengig av teorien om irreversible hjerneskader!” psykolog L

En av de intervjuede (sitert over) viste til artikler som gikk i mot teorien om at umedisinerte psykoser påførte kroniske skader på hjernen. Denne behandleren ga i stedet læringsteoretiske argumenter for nødvendigheten av tidlig intervensjon. Flere behandlere ga dessuten uttrykk

for at deres erfaring tilsa det samme, uten at de oppga noen bestemt årsak til det. Det er likevel flere grunner til at man ikke skal stille en schizofrenidiagnose for tidlig. En grunn er den stigmatiserende effekten diagnosen har. En annen grunn kan være effekten en så alvorlig diagnose får på den som mottar den. Mange har pekt på økt selvmordsfare den første tiden etter at denne diagnosen er stilt. En tredje grunn kan være at så snart medisineringen starter så forsvinner symptomene som skal ligge til grunn for en korrekt diagnostisering. Er diagnosen forhastet og feil, så kan det bli vanskeligere å få dette konstatert senere.

” Man skal være forsiktig! Før var det 6 måneders frist, nå er det 1 måneds frist før man får lov til å sette en schizofrenidiagnose. Årsaken er at det er viktig å starte behandlingen tidlig. Ubehandlet schizofreni gir dårligere prognose. I Sverige skal man ikke spesifisere diagnose før det har gått 1-2 uker og så skal man begynne behandlingen. Det er en stor feil hvis man begynner å medisinere bort symptomene med en gang man legges inn i et sykehus. Man må se symptomene for å kunne observere effekten av behandlingen.” psykiater L

Behandleren i sitatet over reflekterer over dilemmaet mellom å stille tidlig schizofrenidiagnose og å gi seg tid til en grundigere vurdering.

Spørsmålet om man kan håpe på å bli frisk av schizofreni opptar brukerorganisasjonene. Det har kommet en bok av en psykolog som tidligere hadde schizofreni og var innlagt i flere år (Lauveng 2005). Hun er i dag frisk, uten symptomer, og praktiserer som psykolog. Brukerne trekker frem denne historien som en fortelling om håp og mener at dette er veldig viktig: *”De er så redde for å si at folk kan bli friske!”* (Bruker I) Behandlerne syntes derimot å være litt skeptiske til historien:

” Men jeg vil tro at de har en (?) sårbarhet for tilbakefall. Fra ytre påvirkninger.” sykepleier L

” Om det da er feildiagnose eller det virkelig er, det er jeg mer i tvil om. Men de aller fleste må leve med denne sykdommen resten av livet.” sykepleier L

Vi opplevde at behandlerne hadde en grunnfestet oppfatning av schizofreni som en kronisk lidelse og at de mente det var dere plikt å informere ærlig om prognose og behandlingsmuligheter. Når vi spurte dem om muligheten for fullstendig helbredelse, så svarte de gjennomgående svært pessimistisk på dette. Selv om flere behandlere mente at schizofreni var en ”sekkebetegnelse” for mange ulike lidelser og at årsakene ikke var klarlagt, så rokket det ikke disse oppfatningene. På den annen side understreket alle mulighetene til å kunne leve ”et godt liv” med sykdommen, og det ble vist til at mange hadde jobb, et sosialt nettverk og var nokså velfungerende.

Fagpersonenes tanker rundt egen diagnosebruk avslørte ikke noen ”kulturforskjeller” mellom de to behandlingsmiljøene. Diagnosene ble i begge miljøene omtalt nokså likt det som praktiseres i den somatiske medisinen – som navn på reelle sykdomstilstander og nøkler til dypere forståelse av den enkelte brukeren. Mange understreket betydningen av helhetsforståelse og annen type informasjon, og hadde kritiske innvendinger mot diagnosesystemet. Det var imidlertid svært få som beskrev diagnosene som utelukkende symptombeskrivelser og språklige hjelpemidler man tyr til i mangel på noe bedre.

2.3 Pårørende – del av problemet, del av løsningen eller uvedkommende?

Psykiatriens behandling av de pårørende har vært et betent område og er det kanskje fremdeles? Vi spurte behandlerne (og brukerrepresentantene) om hvordan de betraktet familien og de pårørendes rolle i den oppfølgingen brukerne fikk.

Del av problemet?

Psykoanalysen og psykodynamisk tenkning har tradisjonelt preget norsk psykiatri (Kringlen 1997:32). Et mindretall av de intervjuede behandlerne vedkjente seg entydig denne tenkemåten i dag. De som driver psykoterapi har ofte orientert seg mer mot kognitiv psykoterapi, selv enkelte som hadde utdanning i psykodynamisk terapi fra før. Psykodynamisk tenkning ser årsaker til psykiske lidelser i tidligere opplevelser og relasjonsmønstre, særlig i kjernefamilien. Dette har tidligere fått behandlere til å se en interessekonflikt mellom brukeren og hans nærmeste pårørende og i mange tilfeller betrakte kontakten som direkte skadelig. Familien har på sin side ofte følt seg urettferdig uthengt som ”skyld i” sønnens eller datterens psykiske lidelser, og lite verdsatt som samarbeidspart.

”Det var en periode med psykodynamisk tenkning. Da var familien ”den store stygge ulven!”. Sånn sett har den biologiske medisinske tenkningen skjermet pårørende bedre.” sykepleier L

Det er mange av behandlerne som refererer til denne ”skyldfordelingen” som en historisk tilbakelagt periode. Disse erfaringene preger likevel fortsatt mange familier og de er utgangspunkt for negative forventninger til behandlerne fra de pårørendes side. Noen av brukerrepresentantene mente at slik tenkning fortsatt finnes i behandlingsmiljøet og at pasientjournaler og annen dokumentasjon inneholder mye ”synsing” om årsaksforhold.

”Vi ser positivt på å ha dem med. Man ser dem også som årsak til problemene, men jeg ser på dem som en ressurs – de som vil være med.” sykepleier L

Behandlerne som vi intervjuet syntes alle å ville legge an en åpen og fordomsfri holdning til foreldre og andre pårørende. Samtidig var denne holdningen noen ganger litt tvetydig, som sitatet over illustrerer. Hvor mye de faktisk involverte pårørende varierte imidlertid også mye, og mange brukte problematiske familieforhold ”her-og-nå” som argument mot å involvere dem.

” Men også en del pårørende som helt klart har en negativ rolle. Det er ikke sånn at de alltid er en ressurs.” sykepleier I

Mange av behandlerne hadde lignende synspunkter som i sitatet over. Innvendingene rommet alt fra pårørende som virket destruktivt på brukeren til pårørende som hadde store behov for profesjonell hjelp selv. I noen tilfeller så virket det som det opplevdes som belastende å arbeide med de pårørende, uten at de kunne karakteriseres som destruktive.

” De pårørende er også i en krisesituasjon og noen av dem kan være ganske voldsomme. Det tror jeg at våre ansatte sliter med å takle. Det andre er at noen av dem har jo mye synsing på hva som er rett og riktig, og det er vanskelig å møte.” sykepleier I

Sitatet over stammer fra en akuttpost der de innrømmet at de hadde ”lite tradisjon” på å møte og samarbeide med pårørende. Andre behandlingseenheter hadde egne tilbud til de pårørende for at de skulle få dekket sine behov for informasjon, prate ut og få råd. Dette var i følge behandlerne både til nytte for de pårørende og brukeren. De pårørende kunne være viktige allierte i behandlingen og oppfølgingen videre.

Siden ulike poster forholder seg til ulike pasientgrupper (diagnose, funksjonsnivå eller hvor akutt), kan det være problematisk å sammenligne. Det er likevel noe påfallende at en akuttpost sier at man alltid forsøker å innkalle pårørende i løpet av 24 timer, mens en annen akuttpost sier at pårørende av og til innkalles under lengre opphold og når man har kommet over i en annen fase (ikke akutt lenger). Kan ikke de pårørende gi eller oppdatere opplysninger som er viktige for utredningen og den akutte behandlingen?

Del av løsningen?

De fleste behandlerne vektlegger de pårørendes betydning. Mange ser dem som en viktig informasjonskilde i utredningen og den videre planleggingen av behandlingsopplegget:

” Det er de som kjenner pasienten. Vet hvor det skorter. Så mye som er viktig! Må samarbeide. Jeg sitter med kunnskapen og de har erfaringen. Sammen med pasienten blir vi et bra team.” sykepleier L

Behandleren i sitatet over går langt i retning av å betrakte pårørende som allierte i selve behandlingen. Andre peker i større grad på at det er opplysninger de trenger om hendelser før innleggelsen, familiehistorie osv. De bruker i større grad begreper som ”komparente opplysninger” (fra pårørende) og ”familieanamnese” i denne sammenheng.

” ... i den grad pasienten kan være litt skeptisk til oss, men har tillit til sin nære familie, da bruker vi dem. Da blir de (familien) et redskap for oss.” psykiater L

Familie kan være nødvendige støttespillere også i en tidlig fase, f eks når brukeren ikke har opparbeidet den nødvendige tilliten til behandleren (behandlingsallianse). Det som kanskje ikke kommer fram i intervjuet som er sitert over, er faren for at man ”psykiatriserer” og kanskje ødelegger familiære relasjoner hvis man gjør pårørende til ”redskap” for behandleren. F eks var en av brukerrepresentantene som ”soknet til” det samme behandlingsmiljøet som den siterte behandleren meget klar på at pårørende ikke burde være direkte involvert i beslutninger om tvangsinnleggelser.

En annen behandler pekte på at pårørende også kan være allierte med brukeren mot de psykiske helsetjenestene for å få oppfylt brukerens rettigheter. Pårørende kan bruke mediene, f eks for å få blest om en sak. Denne behandleren tenkte da særlig på kommuner som ikke oppfylte sine lovpålagte forpliktelser, og i mindre grad på det systemet som vedkommende selv var del av.

Pårørende kan også være en tilleggsekspertise som inngår som en del av brukerinnflytelsen i det tverrfaglige teamet. De kjenner ofte bedre til ressurser og hvordan brukeren fungerer i symptomfrie perioder. Mange behandlere bruker pårørende i ansvarsgrupper eller de kaller de inn i behandlingsmøter. Brukerne har imidlertid rett til å si nei til dette og mange har stor skepsis mot å involvere, til og med informere, sine nærmeste slektninger. I noen tilfeller føler behandlerne seg tvunget til å snakke med pårørende likevel, for å informere dem om lidelsen, medisinene og varselsignaler på forverring. De gjør dette på generelt grunnlag, som en slags undervisning. Behandlerne sier til brukeren at de ikke snakker direkte ”om” dem og at de pårørende må få lov til å ytre seg de også.

” Ut i fra forståelsen av at familien har en egenverdi. Det nettverket har en betydning på godt og vondt. Man må også ta med det vonde her, de har jo opplevd vonde og vanskelige ting. Det har en egenverdi og du kan ikke erstatte familien med andre relasjoner.” psykiater I

Brukernes sosiale nettverk betraktes av mange som svært sentralt, uansett om det beskrives av brukeren med positivt eller negativt fortegn. Pårørende behøver heller ikke bety de nærmeste slektningene. Det kan godt være venner.

” - Ja, familie, venner er trygghet for en med problemer. Vet at mange ikke vil innrømme at de trenger det.

- Jo, men mange har på fått problemer på grunn av familien.

- Jeg tror de trenger det i de fleste tilfellene, ikke nødvendigvis far og mor.

- Hvis du sier venner, skal jeg være med.” Brukere L

Denne lille diskusjonen mellom to brukerrepresentanter illustrerer den motsetningsfylte, men samtidig sentrale betydningen pårørende har. Behandlingsmiljøer som arbeider utadrettet og følger brukerne opp i egne boliger, møter nok disse problemstillingene i enda større grad. Pårørende er ofte det ”eneste stabile nettverket”, som en av behandlerne sa (int. 19).

For at de pårørende skal fungere positivt i forbindelse med behandling og langtidsoppfølging er det viktig at de får dekket sine egne behov for informasjon og trygghet, og at de skjermes mot å bli overbelastet. Pårørendesamtalene, deltakelse i ansvarsgrupper, pårørendegrupper og de psykoedukative programmene, tar sikte på å imøtekomme dette. Dette ser ut til å være best utviklet i de behandlingsmiljøene som driver langsiktig rehabilitering av mennesker med psykoselidelser. Flere vektlegger pårørendes mulighet til å se tidlige signaler på forverring av tilstanden, slik at behandlere kan kontaktes på et tidlig stadium. Dette kan resultere i en innleggelse eller annen form for intervensjon, men det kan også bety at man får den nødvendige tryggheten til å klare situasjonen selv.

Behandlerne oppfattet ikke pårørendearbeidet som ”nettverksarbeid”, selv om noen av og til betraktet det som relasjonsarbeid.

Uvedkommende?

De behandlerne som åpenbart la mindre vekt på pårørendearbeid i sin egen praksis, hadde sjelden tungtveiende grunner for det. Enten så var ikke rutinene i posten innrettet på dette,

eller tidsrammene var knappe – enten det gjaldt antall liggedøgn eller lengden på en konsultasjonstime. Mange viste til taushetsplikten og brukerens rett til å holde familien utenfor. I en del tilfeller virket det ikke som om de betraktet de pårørende som så veldig relevante for behandlingen.

” ... (der) hvor folk kommer inn med spesifikke lidelser og får tilbud om en psykoterapeutisk tilnærming, så vil pårørende i begrenset omfang bli trukket inn. Det tror jeg preger oss.”
psykiater I

En av behandlerne sier også at *”det går mye tid”* når man skal forholde seg til pårørende. Det er også en måte å si at de ikke er så relevante der og da for behandlingen av *”hovedpersonen”*.

De miljøene som synes å vektlegge pårørende minst, virker å være sykehusposter med miljøterapeutisk tilnærming og poliklinikker med en sterk individualterapeutisk organisering. På den andre siden har du behandlingssenheter som arbeider mer distriktpsikiatrisk. Når man først skal samarbeide med de kommunale tjenestene, så er det kanskje mer naturlig å også involvere de pårørende?

Nettverkstilnærming var imidlertid lite brukt som sådan, selv av behandlere som selv sa at de oppfattet de pårørendes kompetanse og funksjon som støttespillere som helt sentral. Fokuset på nettverket var dessuten i alle miljøene nokså fraværende i det vi tidligere kalte ”forvernsfasen”. I forbindelse med den første utredningen og diagnostiseringen som skjer ved førstegangskontakt, gjerne i form av en akuttinnleggelse eller kriseintervensjon, så er man ikke opptatt av å hente inn pårørendes oppfatninger og kunnskaper. Dette kan være et utslag av den medisinske modellen, hvor altså symptomer, lege-pasient-relasjon og respons på behandlingsopplegg synes å dominere. Når vi spør om hvorfor, så svarer de fleste at taushetsplikten begrenser dette, samt at pårørende blir viktigere etter hvert når man nærmer seg en utskrivning. Vi tolker dette som et uttrykk for at de pårørendes kompetanse ikke vektlegges i særlig grad når det er snakk om selve lidelsen og lidelsens årsak eller primære behandling. De pårørende tilskrives kompetanse for støttebehovene og omsorgsdimensjonen.

Synet på de pårørende var med andre ord fortsatt noe tvetydig i behandlingsmiljøene, men selv om man tok avstand fra tidligere holdninger som betraktet familien som en hovedårsak til brukernes lidelser. De som arbeidet mer ambulant hadde som regel en direkte erfaring med at pårørende var en viktig ressurs for både brukeren og behandlingsteamet når det gjaldt rehabilitering og langsiktig oppfølging. Her kan man si at en positiv holdning til pårørende også ble praktisert, eventuelt at holdningene her var erfaringsbasert. Der hvor fagpersonene trakk fram negative eksempler på pårørendekontakt, var det i større grad snakk om behandlingsopplegg hvor de i utgangspunktet ikke var tiltenkt noen bestemt samarbeidsrolle (institusjonsopphold og poliklinisk oppfølging).

2.4 Brukerens autonomi og kompetanse på egne problemer – festtale eller prosedyre?

Forståelsen for at brukerne selv i større grad må få delta i utformingen av behandlingen har blitt større de senere årene. Brukermedvirkning er ikke bare nedfelt i offentlige utredninger, revisjoner av lovverket og Opptrappingsplanen. Brukermedvirkning er noe alle fagpersoner er ”for”. Begrunnelsene varierer fra en rettighetsforankring til en terapeutisk forankring. Brukere av psykiatriske helsetjenester har like stor rett som andre helsetjenestebrukere å kunne velge og influere på behandler, behandlingssted og behandlingsform. Og spesielt i behandling av psykiske lidelser, er det slik at den virker best dersom brukeren selv har tro på og tar et medansvar for den.

Brukermedvirkning kan imidlertid lett bli et ”festtaleord”. Det kan være stort sprik mellom idealer og realiteter. Et annet problem er at psykiske lidelser representerer et helt reelt dilemma i forbindelse med varierende sykdomsinnsikt.

Teori og praksis

Det lokalbaserte behandlingsmiljøet betrakter individuell plan som obligatorisk, med mindre tjenestebrukeren selv motsetter seg det. De tar også ansvar for denne planen inntil førstelinjetjenestene overtar hovedansvaret for brukeren.

” Det er jo med individuell plan som med andre ting. Det er jo forskjell på behandlere her også. Noen ser på det som viktig og andre som mindre viktig. Men vi har jo et system om at alle skal ha en individuell plan eller i alle fall bli spurt om det og det er et eget punkt i journalen hvor det skal henvises til individuell plan, eller at pasienten har blir spurt, men sagt han ikke vil.” sykepleier L

Behandlerens individuelle forståelse av og holdning til å bruke individuell plan kan, som det antydes i sitatet over, gjøre en forskjell. Det ble også stilt spørsmål ved om dette var brukers redskap eller behandlerens. Brukermedvirkning og utvikling av ”medeierskap” til slike dokumenter er ansett som viktige prinsipper i begge behandlingsmiljøene. Dette gjelder også andre former for planer og dokumentasjon.

En av behandlerne innenfor det institusjonsbaserte miljøet, sa at han pleide å ta rapportarket med ut i posten og skrive sammen med brukerne. Han sa at det ”overrasket” han å se hvor overrasket brukerne ble når han gjorde dette. Han tok dette som tegn på at det fremdeles var mer vanlig at behandlerne ”pratet om” (og skrev om) enn ”til” brukerne. I dette behandlingsmiljøet ble det referert til at enkelte poster ”hang igjen” i gammel praksis. Dette synes å gjelde poster tilknyttet akuttavdelingen og i mindre grad den avdelingen som har spesialisert seg på psykosebehandling og rehabilitering (psykoseavdelingen).

” Jeg tenker at vi kunne involvert pasientene i større grad enn det vi gjør om det vi driver på med. Vi er enda i en tradisjon der vi mye driver med vårt, og så er pasienten på en annen arena. (...). Men vi prøver å skrive rapport med pasienten, skrive dagsplan,

behandlingsplaner, alt dette her, at det skjer sammen med pasienten. Det er heller ikke alle pasienter som ønsker å være delaktige i det ...” sykepleier I

Som sitatet over illustrerer, så sitter tradisjonene i ”veggene”, eller rettere sagt i ”post-kulturen”. En av behandlerne fortalte at man som ny fort blir preget av den tenkningen som er der fra før, selv om man kommer med andre ideer: ”Det er: ”Sånn gjør vi det hos oss”. (sykepleier I)

Psykoseavdelingen har, til tross for sin forankring i et tradisjonelt psykiatrisk sykehus, lenge arbeidet distriktskykiatrisk gjennom ambulant team og tverrfaglig samarbeid. Behandlerne som arbeidet her trakk fram erfaringer og ga beskrivelser som lignet mye mer dem vi fikk fra behandlerne i det lokalbaserte behandlingstilbudet.

” (Det er) mange år siden vi tok med pasienter inn i behandlingsmøter og ansvarsgruppemøter. (...) Innbefatter også pårørende hvis pasienten sier det er ok.” psykiater I

En av behandlerne i psykoseavdelingen fortalte om sin egen overraskelse over hvor mye mer ansvar for sitt eget liv brukerne faktisk var i stand til å ta – når de fikk lov å delta. Tidligere snakket behandlerne hele tiden på vegne av brukerne. I tillegg til individuell plan, benytter de seg nå av ukeplaner som alltid skrives sammen med brukerne og som evalueres ukentlig, og behandlingsmøter der brukerne er med. Det lokalbaserte behandlingstilbudet følger et lignende opplegg med ukeplaner og åpne behandlingsmøter i døgnpostene sine.

Tilbudet i en døgnpost kan imidlertid være vanskelige å ”skreddersy” for bestemte behov og ønsker, selv om man i utgangspunktet er åpen for å lytte til ønsker med hensyn til valg av post.

” Jeg vet ikke, folk som har vært på en post før, ønsker seg gjerne dit igjen, dersom de var fornøyd. Det forsøker jeg å etterkomme. Er det en tvangsinnleggelse, så må de på en lukket akuttpost, det er ikke noe valg. Disse intermediærpostene de har sin styring, sitt tilbud. (...) Ja, pasienten får på en måte presentert hva som er innholdet, behandlingstilbudet.” psykiater I

Sitatet over viser at det i praksis blir klare begrensninger på brukervalg og brukerinnflytelse i forhold til behandlingstilbudet i en institusjonell kontekst. Behandlingstilbudene i døgnpostene er i stor grad gruppebaserte og postene vil også måtte ta hensyn til sammensetningen av gruppen.

Intervjuene etterlater et inntrykk av at enheter som arbeider mer ”ekstramuralt” (utenfor institusjonen) har et sterkere brukerperspektiv. Disse enhetene har ofte en stor brukergruppe med langvarige psykoselidelser som de tilbyr både behandling og rehabilitering for. Det at man i større grad opererer på brukernes egne arenaer kan også ha indirekte betydning for maktbalansen mellom behandler og bruker, og graden av autonomi. En av behandlerne trakk frem betydningen av å kunne bo mer av tiden i sin egen bolig som den viktigste måten å styrke brukerens autonomi på.

Brukernes lidelser spiller imidlertid en viktig rolle for behandlernes vurderinger av evne til autonomi og egen kompetanse. Hvilke lidelser de har er også med å bestemme hvilke poster de henvises til – begge behandlingsmiljøene vi undersøkte hadde en diagnoserelatert inndeling. Hadde man en angstlidelse kunne man ikke søke seg over til psykoseavdelingens behandlingsteam.

Brukerkompetanse

” Det er de som har kompetanse på sitt liv.” psykiater L

Behandlerne vi intervjuet var nøye med å understreke brukernes egen kompetanse. Samtidig er det et ”både og”. Brukerne kan være mer eller mindre informert, og brukerne kan, avhengig av type lidelse og sykdomsfase, ha en varierende grad av selvinnsett. Her er det selvsagt et spørsmål om teori og praksis også.

”Så sier mange behandlere at de har jo ikke kunnskaper om hva de ønsker seg og hva som er egne behov. De har kanskje heller ikke vært vant til å være inne i en prosess hvor du skal fremme nettopp det, og samarbeide om at ”du vet best om dine behov”, ikke sant? Har du lagt vekt på kunnskapsformidling til brukeren. Som vi snakket om i stad. Det å vite litt ... ha en innsikt som ikke har det innholdet som de kaller for realitetsorientering eller sånne ting.”
Bruker I

Brukeren som siteres her er inne på noe vesentlig og samtidig vanskelig. Når er det kunnskapsformidling og når er det ”realitetsorientering”. Er ikke begge deler nødvendig?

”Jeg vil nok si at vi har kultur som ivaretar at pasienten blir hørt. Så er det kanskje noen pasienter som ikke føler det sånn. Det som er dilemmaet med psykiatrisk behandling, er at man ikke selv vurderer hva man trenger, og at man ikke alltid opplever at man får være med å påvirke ... Men jeg føler nok at vi er veldig fokusert på det.” sykepleier I

I det psykiske helsearbeidet er kunnskap og makt forbundet på en særlig måte, ettersom behandlernes definisjonsmakt hjemler bruk av tvang overfor brukerne. Enkelte behandlere mente at behandlernes evne til å lytte også kunne variere og at denne evnen noen ganger var minst hos dem med lengst utdanning (les: psykiatere): *”Det å lytte og respektere at pasienten har et annet syn!”* (int.1) En behandler understreket imidlertid samtidig at ”de erfarne og gode terapeutene” kan være flinkere til å ta i mot lærdom fra brukere og pårørende. At sykdomsinnsikten varierer og at det av og til er behov for å beskytte noen mot seg selv, er det likevel bred enighet om blant dem vi intervjuet, også brukerne.

” Kommer an på pasienten og graden av lidelse. Noen kan det ikke. Noen kan få hjelp til å ta forskjellige valg. Under en del av behandlingen, i begynnelsen styrer vi ting, senere får de mer valg. Schizofrene trenger struktur og trygghet.” sykepleier L

I forbindelse med akutte kriser med psykotiske symptomer syntes behandlerne i begge behandlingsmiljøene det var greit å ”ta over styringen” en periode. De som arbeidet med rehabilitering og langtidsoppfølging av personer med schizofrenidiagnose, var imidlertid nokså klare på at dette var mennesker som kunne og skulle ha stor grad av selvbestemmelse

og ansvar for eget liv. Behandlerne betraktet ofte aksept av medisiner som et tegn på en viss sykdomsinnsikt, og autoseponering (man velger selv å kutte ut) av medisin ble tilsvarende ansett som svikt i denne innsikten, med selvforsterkende virkning.

Brukerkompetanse er noe som det må jobbes med kontinuerlig, det er ikke noe som enkelt kan vedtas. Det er heller ikke alltid slik at mangel på protester betyr at brukerne selv er med å bestemme. Behandlerne har og kan utøve stor makt, også når brukeren har full tillit og relasjonen oppleves som god.

” Jeg tror nok vi kan påvirke veldig. Så hvis vi ikke er veldig vår på og åpen for hva pasienten vil, så oppnår vi ikke de viktige skrittene som er nødvendig for å stimulere pasientens egenutvikling og egenomsorg. Vi kan godt holde pasienter på tvang og kjøre dem inn i et spor, men før eller senere må vi tenke sammen med dem, hva som skal skje videre nå. Hva vi skal backe opp pasienten på. Så brukermedvirkning er helt nødvendig hvis vi skal komme framover. Hvis ikke kan det bli våre ønsker. Hvordan vi oppfatter situasjonen og da kan vi fort falle tilbake igjen.” psykiater L

Brukere kan låses fast i en paternalistisk relasjon til sine behandlere og på den måten forbli, eller endog utvikle større grad av uselvstendighet. En annen ”fallgrube” kan være at enkelte brukere vil ha tryggheten som institusjonen kan tilby og unngår utfordringene som ligger i å gjenoppta et selvstendig liv ute.

Brukerrepresentasjon

Innenfor begge behandlingsmiljøene var det opprettet brukerutvalg. Men en av behandlerne påpekte at det var ikke alt som ble forelagt dette utvalget og man tenkte i for liten grad på brukerrepresentasjon i utviklingsarbeid som utføres av prosjektgrupper og mindre utvalg. På avdelings- eller postnivå var det mindre grad av formaliserte kanaler for brukermedvirkning. Enkelte (begge behandlingsmiljøene) viste til postmøter hvor det var åpent for innspill fra brukerne, men i hovedsak dreide nok brukerinnsikten seg her om egen behandlingsplan, ikke postens struktur og arbeidsform. I det institusjonsbaserte behandlingsmiljøet ble det på intervjuetidspunktet arbeidet med en internevaluering av hele tjenestetilbudet der brukerrepresentanter ble trukket inn.

I det lokalbaserte miljøet syntes brukermedvirkning å være styrket på individuelt nivå, ved at mer behandling og oppfølging var hjemmebasert. Imidlertid var det også her var en sterk medisinsk tradisjon på den måten at fagpersonenes ekspertkompetanse hele tiden lå til grunn. Brukerne og deres pårørende ble omtalt som mottakere av psykoedukasjon, og samarbeidsparter i behandlingsopplegg der fagpersonene la premissene.

2.5 Tvungent psykisk helsevern – situasjonelle og strukturelle valg

Adgangen til å ta andre mennesker i forvaring og påtvinge dem behandling er særegen for psykisk helsearbeid. Norge har ligget høyt på internasjonale statistikker over tvangsinnleggelse og bruk av tvangstiltak. Lovgivningen setter imidlertid strenge kriterier for når man kan bruke tvang. Den siste revisjonen av psykisk helsevernloven åpnet i større grad

for tvangsbehandling utenfor institusjon og gir større makt til fagpersonene. På den annen side har man fjernet ett av de tidligere kriteriene, behandling som kan hindre en person i å lide ”overlast”.

Vi har vært interessert i å vite mer om de konkrete vurderingene som gjøres i enkeltsituasjoner og hvordan disse preges av det systemet man jobber innenfor. Er det tydelige holdningsforskjeller her? Avspeiler svarene at de reelle valgalternativene er ulike?

Når bruker man tvang?

”Nødvendig når kriteriene i loven er oppfylt, ”fare for seg selv eller andre”, da er det riktig. Ja, det er (også) riktig å bruke når pasienten er så syk at ... Jeg tenker at hvis jeg hadde vært så syk at jeg hadde blamert meg (...) eller skadet meg alvorlig og våknet etterpå. Da ville jeg ha anklaget behandlerne, hvis de ikke hadde gjort noe.” sykepleier L

”Farlighetskriteriet” later til å være det enkleste å forholde seg til. De fleste informantene vektlegger den faren man er for seg selv, heller enn faren man representerer for andre. I mange tilfeller dreier det seg om selvmordsfare, men det kan også være snakk om å ubevisst utsette seg selv for fare pga manglende kontroll.

”Jeg tenker ikke nødvendigvis psykosier, men mer symptombildet. Jeg synes vi møter for mye automatikk i tvangsbehandling. Når det er kriser som er voldsomme og agiterte(...). Jeg har tenkt at noen innleggelser har vært unødvendige.”
sykepleier I

”Jeg mener det skulle vært mer vurdering før en blir tvangsbehandlet. Pasienten har flere sider som bør fram.” sykepleier I

De som mener at tvangsvedtak kan være hastverkspregede og ikke bredt nok vurdert, refererer oftest til inntaksprosessen i en akuttavdeling. Akuttavdelingen mottar ofte personer de ikke kjenner fra før, mennesker i en eskalerende krise og med påtrykk fra maktesløse fastleger og engstelige pårørende. Krisepregete innleggelser skjer ofte på kveld, natt eller helg og da er det mindre fagpersonell til stede.

”En type misforståelse er at en akuttinnleggelse er så vanskelig å få til, så derfor må jeg legge på tvang. Det er i hvert fall en forklaring som er lett å gi, men det er det ingen automatikk i. Vi tar imot like mye frivillig. Og så er det å lære fast- eller primærlegene til å vurdere samtykkekompetanse hos dem som skal legges inn. Det er vesentlig i forhold til (å vurdere) hvem som kan og ikke kan innenfor en frivillighet eller ikke.” psykiater I

Frivillighet eller tvang? Dette er både avhengig av fagpersonenes vurdering og deres evne til å etablere kontakt og samarbeid med personen som er i krise. Er det i det i det hele tatt mulig? Det vet man i hvert fall ikke om man ikke har prøvd. Noen behandlere sier imidlertid at de noen ganger foretrekker en tvangsparagraf, fremfor en frivillig innleggelse hvis denne beslutningen er for ustabil: *”Hvis det samtykket er veldig flyktig, så kan det noen ganger være riktig å overta ansvaret.”* (sykepleier I) I forbindelse med ”gjengangere”, dvs brukere som man kjenner godt og hvor man kanskje vet at tvangsbehandling vil oppleves som overgrep,

kan det være en særlig vanskelig avveining. Enkelte behandlere understreker også at ethvert tvangstiltak kan bryte ned brukerens relasjon til behandlerne og undergrave deres egen ansvarsfølelse for eget liv. Loven pålegger å forsøke frivillige tiltak før man tyr til tvang, med mindre det er en akutt nødssituasjon. I intervjuene vises det også ofte til at avgjørelsene om tvang blir nokså skjønnsmessige: *”Loven er en ting. Men det er grad av fare som blir ganske subjektivt tolket.”* (sykepleier L) Interessant nok, var det flere av sykepleierne som vi intervjuet som sa at de ofte ikke forstod begrunnelsene for tvang eller ikke tvang i konkrete tilfeller.

” Jeg tror at man skal kunne begrunne ”hvorfor tvang” til en pasient som kommer på tvang. (...) Vi bør begrunne grunnlaget for vår oppfattning slik at folk skjønner det best mulig. De skal ha hørt en muntlig forklaring og selvsagt også få en skriftlig begrunnelse. (...) Jeg synes jeg opplever at de aksepterer det. Noen vil alltid være slik at: ”det vil jeg ikke!” Da kommer de ikke noe vei. Men de fleste går det an å gå inn i en dialog med, noe som betyr at man kan få til noe av det som er viktig for behandlingen.” psykiater I

Behandleren som siteres understreker betydningen av å gi tydelig informasjon om selve vedtaket, og om å forsøke helt fra starten å etablere en dialog. Det er noe paradoksalt ved dette, at man benytter tvang for å forsøke å skape en situasjon der man får et frivillig samarbeid. Dette er ikke minst viktig i tvangsvedtak som begrunnes i forhold til det såkalte ”behandlingskriteriet”, der intervensjonen ikke forklares med at liv og helse står i umiddelbar fare.

En av behandlerne sa at det er viktig å *” ... tørre å bryte igjennom og si at ”jeg tror du forkommer!”* Vedkommende føyer til: *” at da er det også en forpliktelse til å gjøre den utredningen lang nok til at vi kommer i dialog med pasienten.”* (sykepleier I) Man kan spørre om behandlingskriteriet her strekkes for langt, ettersom det ikke lenger er hjemmel for å tvangsbehandle folk fordi de lider ”overlast”. Behandleren som siteres under sier dette mer direkte:

” Det som jeg er litt lei meg over, er at tilleggskriteriet som går på ”å lide overlast” er tatt ut. Ille i Norge i dag at du skal få lov til å forkomme pga en psykotisk lidelse, hvis man vil det! Det synes jeg er litt trist! Men vi omgår jo den på en måte, (...). Vi erstatter den. Reelt er det overlastkriteriet, men vi sier det er faren for å forspille bedring, der vi må gripe inn.” psykiater I

Innskrenkningen i behandlingskriteriet kritiseres i svært mange av intervjuene og av behandlere fra begge behandlingsmiljøene. Vi skal komme tilbake til dette senere, men bemerk her at rammene også kan ha betydning for hvor kraftig intervensjonen er og hvordan den oppleves av brukerne. I det ene behandlingsmiljøet er det åpenbart at tvangstiltak og tvungent psykisk helsevern betyr innleggelse og at rent organisatoriske forhold kan lede til økt tvangsbruk.

”Automatikken” enkelte har vist til i forbindelse med tvangsinnleggelse, dreier seg ikke bare om tvangsparagraf eller ikke, men også om bruk av tvangsmidler og hvordan de ivaretas som mennesker.

” Noen ganger kommer de inn med slike voldsomheter at de går rett i belter for å få ro (i posten). (...) Vi har en del opplevelser på at det kan overreageres. Om de mest erfarne hadde vært på jobb så kunne belteleggingen (noen ganger) vært unngått, det ser jeg.” sykepleier I

Hvordan en tvangsinnleggelse og tvangstiltak oppleves av brukerne og hvilke konsekvenser dette får senere for relasjonen til behandlerne, er avhengig av hvordan dette gjøres, hvordan det kommuniseres og hvordan man ivaretar den innlagtes verdighet. Dette synes det å være enighet om, men det er ikke av den grunn enkelt å praktisere dette. Noen viser til faglig kompetanse, noen til lang erfaring, andre til modenhet og personlige egenskaper hos behandlerne.

*”- Hvordan klarer du å vise respekt når du må legge en person i reimer?
- Fordi det alltid er en som er til stede og som bare har den funksjonen å trøste og berolige. Ikke holde, men snakke med han. Du skjønner det når det ikke er respektfullt! Da handler det om folks holdninger.” sykepleier L*

Denne behandleren (sitert over) anbefalte rollespill i internopplæringen, slik at de ansatte fikk prøvd deg i rollen som pasient. Det som gjennomgående pekes på som svært viktig under en tvangsinnleggelse, er følgende:

- tålmodighet, bruke tid
- én behandler skal kun snakke med og trygge (ikke bruke fysisk makt)
- forsøke frivillighet, vurdere alternativer
- ærlig informasjon, forklare så langt det er mulig om hvorfor
- ikke bruke mer tvang enn nødvendig, avveie skadevirkningene av tvang
- vise omsorg og respekt

Når vi spør om hvordan tvangstiltakene oppleves av brukeren, er det typiske svaret at de selv sjelden har opplevd at noen mente det var feil eller et overgrep, i ettertid. Noen få sier at tvang, f eks belter, alltid oppleves som et overgrep og er til skade for relasjonen. De fleste sier at dette skjer unntaksvis og tilskriver det ikke bruk av tvang i seg selv, men dårlig skjønn eller dårlig utførelse.

” Har erfaring med beltebruk. En som var hinsides. Men etterpå ... husket alt fra situasjonen og takket meg for at hun ble behandlet med respekt. Det er godt for pasienten som mister kontrollen, at noen er villig til å ta den. Det må gjøres ... (det er) selvfølgelig en kunst!” sykepleier L

” Kommer an på hvordan de blir møtt på sykehuset. De som har blitt lagt i belter, f eks: Har nesten ikke møtt noen som ikke har sagt at de har opplevd det som et overgrep. En traumatisk opplevelse. Men tvangsinnleggelse er ikke alltid dumt, de føler seg ivaretatt, når de ser tilbake på det. Stort sett fått positive tilbakemeldinger på de tvangsinnleggelsene jeg har vært med på.” sykepleier L

Brukerrepresentantene vi intervjuet, hadde en grunnleggende forståelse av at tvang av og til er nødvendig. De understreker imidlertid at tvang bør reduseres og at mange opplever dette som ”traumatisk”. Brukerrepresentantene fra det området med institusjonsbaserte tjenester er mer

kritiske, enn de fra området med lokalbaserte tjenester. Sistnevnte advarte imidlertid mot å endre loven slik at ”overlast-kriteriet” igjen ble tatt inn, fordi det øker faren for maktmisbruk.

Det ene behandlingsmiljøet hadde nylig fått en rettsavgjørelse som gikk i mot deres tolkning av behandlingskriteriet og innskrenket adgangen (varigheten) til å underlegge langtidssyke brukere tvungent psykisk helsevern. Siden dette behandlingsmiljøet arbeidet mer ambulant og i samarbeid med 1.linjen, benyttet man ofte tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold for å kunne sørge for at enkelte brukere fortsatt gikk på medisiner. I noen tilfeller anket brukerne denne avgjørelsen og fikk medhold, uten at behandlerne av den grunn mente at de hadde vurdert feil. Dette var imidlertid brukere som de kjente fra før og kunne begrunne behandlingseffekten hos.

” Som regel er det dobbeltdiagnostikken, når det er rus og psykiatri samtidig, da er det nødvendig i blant. Det er også nødvendig når pasienter trenger å gå noen runder for å få sykdomsinnsikt i forbindelse med schizofreni. Med manier og depresjoner og slikt, de pleier å få sykdomsinnsikt kjapt. Men med schizofrenier og andre psykoser og sånt, er det vanskeligere. De trenger noen runder. Og har du da sett at pasienten blir bedre av medisin, og dårligere når de slutter, så opparbeider du deg innsikt i at det er en stor sannsynlighet for at pasienten ellers ikke får den bedring som han kunne fått. Så kan du bruke behandlingskriteriet. Uten at du har en historie for at du kan gjøre pasienten betydelig bedre, har du bare farlighetskriteriet som du kan bruke.” psykiater L

Mange argumenterte for å ta inn igjen overlastkriteriet, med bakgrunn i enkelttilfeller der de observerte at personer med alvorlige psykiske lidelser ikke klarte å ivareta egen hygiene og ”druknet” i rot og søppel.

” Vi har et problem med en pasient nå. Han er frivillig innlagt og har ikke vasket seg på flere uker. Vi prøver å gå inn og tilby hjelp, vask og stell og pleie. Han tåler ikke berøring. Han slår og sparker, hvis vi prøver å lede han, ta i han. (Han er) i sin fulle rett i forhold til pasientrettighetsloven. Ikke lov å tvangsvaske folk lenger. Det å forkomme, det er ikke noen grunn til å tvangsbehandle folk lenger. Men det er så uverdige! Jeg kjenner han som en person som liker å være velkledd og nyklippet på håret.” sykepleier L

Det er altså mange behandlere som setter spørsmålstegn ved om man i den nye loven har gått for langt i retning av å beskytte den enkeltes autonomi, når dette innebærer ”rett til å forkomme”, som de uttrykker det. Ambulant jobbing innebærer også at man i større grad blir vitne til hvordan folk lever i leilighetene sine og at man ser at det er mye ensomhet, lidelse og ”uverdige tilstander”.

Organisatoriske årsaker til tvangsbruk?

Oppbyggingen av DPS-er, poliklinikker og ambulante team avskjærer i økende grad den tradisjonelle innleggelsesmåten via en psykiatrisk akuttavdeling. Akuttavdelingens funksjonsmåte i det samlede tjenestetilbudet ble kritisert av behandlere i begge behandlingsmiljøene.

” Jeg har hele tiden klaget på: At assistentleger og vikarer, turnuskandidater, kan legge inn akutt i en helg uten at det er bakvakter som vurderer! Det skulle være absolutt forbudt å legge inn uten at bakvakten har vurdert pasienten enten ved å snakke med han eller en ordentlig vurdering per telefon.” psykiater L

”Fastleger får en del av de som er vanskelige pasienter som er utagerende på venterom osv. Det er de som de vil de gjerne bli kvitt. Om det skjer på kveldstid i legevaktsituasjon er det mye press, det er vanskelig i forhold til hvor mye tid de har til å sette seg ned og få innblikk. Da er det mer en ekspedering. (...) Og vi har et sånt tosjuktet vaktssystem med en primærvakt på sykehuset og en bakvakt som overlegene går i som er hjemme. Jeg tror bakvaktene brukes for lite i en sånn direkte kontakt med legevaktslegene.” psykiater I

Innleggende leger ved akuttmottakene arbeider under organisatoriske betingelser som hemmer muligheten for å undersøke andre alternativer til innleggelse og andre alternativer enn tvang.

” Hadde vi hatt mer tilgjengelighet i dps-en så kunne vi ha møtt pasienten på en helt annen måte. Mer erfaring i vaktstillinger der oppe hadde også gjort at de kunne ha hatt mer ”is i magen” og ha sagt at ”vi ordner den timen i dps-et i morgen”. Så hadde pasienten kunnet klare seg over natten. (Men) man sender ikke pasienten ut i natten uten å ha et tilbud, det er vanskelig.” psykiater L

Behandlere som selv har erfaring med å arbeide sosialpsykiatrisk gjennom ambulante team og samarbeid med 1.linjen, mener at det finnes alternativer til akuttavdelingens praksis. Behandleren som er sitert ovenfor arbeider innenfor en DPS-organisasjon med døgnplasser, ambulant team og en viss kriseberedskap. Denne arbeidsmåten har som vi har vært inne på tidligere, også blitt utviklet med utgangspunkt i en sykehusavdeling for psykosebehandling og rehabilitering.

” Vi har vridd ressursene mer mot ambulant team, knyttet dem opp mot våre poster, og til å møte dem ute. Dels fordi en del av pasientene ikke profitterer på å være i avdelingen. Dels er det en måte å holde kontakt på. Dels er det fordi vi ønsker å stimulere samarbeidet med kommunene. Hvis kommunene får mer støtte på en del av de vanskelige situasjonene de står i, så tør de mye mer. (Det er) en måte å avlaste akuttavdelingen på som vi har veldig tro på. Vi har jobbet med å lage overlappende funksjoner.” sykepleier I

Den siterte behandleren (over) setter indirekte et spørsmålstegn ved akuttavdelingens rolle i det helhetlige behandlingssystemet. Hvorfor kunne ikke akuttavdelingen i større grad møte folk ute og gi støtte til 1.linjen? Profitterer alltid de som er innlagt i de intermediære postene på å være der? Behandlerer innenfor akuttavdelingen mener selv at flere med fordel kunne vært utskrevet tidligere med bedre støttetiltak ute, og at flere akuttinnleggelseser kunne vært unngått med et akutt- og beredskapsteam.

” Jeg tenker i forhold til akuttavdeling og jeg tenker på pasienter som blir dårlige ute og som må legges inn. Så er tilbudet ofte politibil og to politikledde mennesker og håndjern. Det synes jeg er uverdlig fordi jeg tror det kunne løses på en annen måte. I stedet så kommer du inn og er ganske forbanna fordi politiet har kommet og hentet deg, og så går du rett i en belteseng. Det er en dårlig start på et behandlingsopphold. En kunne gjøre litt andre ting, for

ofte så utagerer ikke disse pasientene, eller disse menneskene, hvis du kan nærme deg på en annen måte. Jeg tror at man kunne unngå veldig mye sånt.” sykepleier I

Hvorfor har ikke dette blitt opprettet? En av behandlerne sier at systemet er ”sendrektig”. En annen gir akuttavdelingen ideologisk kritikk:

”Her er det slik: ”Vi skal beskytte pasienten, vi skal ha døgnplasser og jobbe miljøterapeutisk. Vi skal ta veldig godt vare på pasienten. Så skal de være 100 % lykkelige, de skal være rene og hele og fine når de settes ut på gata igjen.” Og pasienten regrederer naturligvis og klarer ikke å gå tilbake i det hele tatt!

- Du snakker om institusjonseffekt?

- Ja. De regrederer og blir hospitalisert.” psykiater L

Den sosialpsykiatriske tilnærmingen muliggjør i større grad tidlig intervensjon og behandlingstiltak uten innleggelse. I det lokalbaserte behandlingsmiljøet mener enkelte at mye av det som deres akuttavdeling gjør kan overtas av DPS-et og at en beredskapsenhet for almenpsykiatriske lidelser med døgnvakt kunne tatt seg av de akutte intervensjonene. Dette reduserer også behovet for tvang, selv om man nå i større grad tar i bruk tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Tvungent psykisk helsevern for hjemmeboende brukere reiser imidlertid problemstillinger som kunne vært egnet for en egen studie. Det er en langt mindre ressurskrevende form for tvangsbehandling enn en innleggelse og kan derfor være enklere å ty til. Er terskelen for tvang gjort for lav her? Behandlerne mener imidlertid at brukerne nå ikke behøver å bli så dårlige før de får tilbud om behandling og at dette forebygger tvangstiltak og innleggelser.

2.6 Organiseringen av tilbudet – historiske tilfeldigheter?

Nedbyggingen av de psykiatriske spesialinstitusjonene og reduksjonen i det totale antallet døgnplasser startet på 80-tallet i Norge. Det ble samtidig opprettet nye psykiatriske akutt- og behandlingsavdelinger ved de somatiske fylkessykehusene. Mange fylker startet nedbyggingen av psykiatriske sykehjem på begynnelsen av 90-tallet. Det var sterke faglige argumenter for dette, ettersom disse institusjonene i høyeste grad kunne kalles oppbevaringsinstitusjoner med lav bemanning og gjennomgående lav fagkompetanse. Samtidig var det nok også økonomiske incentiver involvert, ettersom institusjonsplasser er dyre i drift og utbygging av distriktpsikiatriske sentre (dps) nå stod på den politiske dagsordenen.

De to behandlingsmiljøene som denne undersøkelsen er gjort innenfor har store organisatoriske ulikheter. I det lokalbaserte tilbudet bygget man i stor grad opp en ny spesialisthelsetjeneste fra bunnen, ettersom det fantes lite institusjoner i dette området fra før. Tidligere hadde man kjøpt plasser fra andre fylker. Det som var der, var en psykiatrisk fylkesavdeling på det somatiske sykehuset, samt noen psykiatriske sykehjem, en sikringsanstalt og en rusbehandlingsskole.

I det institusjonsbaserte tilbudet har man utviklet dagens tilbud på grunnlag av et stort psykiatrisk sykehus med eksisterende bygninger og etablerte kompetansmiljøer. Nedbyggingen av psykiatriske sykehjem startet tidlig i dette området, mens dps-utbyggingen kom sent i gang. Behovet for oppfølging av langtidspasienter ute i kommunene ble delvis løst ved at sykehuset startet opp ambulant team og polikliniske tjenester før en dps-struktur var etablert.

Endringserfaringer

Mange av behandlerne vi intervjuet hadde startet sine yrkeskarrierer på 70- og 80-tallet og opplevd relativt store endringer i det psykiske helsearbeidet. Enkelte av behandlerne i det lokalbaserte behandlingsmiljøet gjorde seg refleksjoner over denne utviklingen som hadde skjedd.

”- Hva reagerte du mest på med det psykiatriske sykehuset?

- Det var kanskje de store salene tror jeg. Låste dører hadde vi jo på institusjonen (psykiatrisk sykehjem) vår også, framtil -85 i alle fall. Men dette med de svære salene, med seng, nattbord, seng, nattbord, seng Ja, hvor det ikke var noe privat liv, og det de gjorde var å røyke og drikke kaffe og gå tur en gang i blant. Det ble en sånn maktstruktur, følte jeg. Og hvor var mennesket?! Og det at vi ikke hadde kontakt med pårørende. Pasientene var satt bort. Dette så vi når vi tok dem tilbake til vårt distrikt. Dette med hva de hadde av nettverk. Det var veldig lite, og journalene deres var små. Kanskje bare tre tynne ark, selv om de hadde vært der i 15 år. Og alle hadde diagnosen schizofreni.” sykepleier L

Det psykiatriske sykehjemmet som behandleren i sitatet over arbeidet ved, ble først omorganisert internt, slik at man fikk en mer aktiv behandling og rehabilitering av dem som var hospitalisert der. Behandleren forteller om radikale brudd på gamle rutiner og prosjekter knyttet til enkeltbrukere der de måtte ta litt sjanser.

” Det var mye motstand i personalgruppen. Det var jo trygt og godt slik det var. Og det at pasientene skulle få ansvar for å være med å lage mat og vaske klær, og attpåtil lage middag! Her var personalet delt, og jeg husker jeg måtte overbevise personalet om at dette var riktig. For jeg hadde vært på Blakstad, og der var en mann i 30 årene. (...) Når jeg begynner å tenke på det! Han viste ikke hvordan han åpnet en fiskebolleboks engang. Så dårlig stelt var det.” sykepleier L

Innholdet i denne behandlerens fortelling dreier seg om å tro at en endring er mulig også for langtidspasienter som på mange måter var gitt opp av psykiatrien. Fortellingen understreker også at det knytter seg mye motstand til slike snuoperasjoner, motstand som nok både skyldes stereotype forestillinger om ”kroniske pasienter” og uvilje mot å bryte med et tilvant arbeidsmønster. Disse formene for endringsmotstand er det flere av behandlerne som refererer til, også i forbindelse med dagens praksis.

Det ble ytterligere fart i denne utviklingen da sykehjemmet ble vedtatt nedlagt og alle brukerne måtte overføres til andre tilbud. Dette skjedde ikke uten sterke protester fra de lokalt ansatte og fagmiljøene ellers. ”De skrek seg hese”, som en av behandlerne karakteriserte motstanden. Men sykehjemmet ble likevel nedlagt. En gruppe ble overført til en nyopprettet

døgnpost i det nyetablerte dps-et, men mange ble overført direkte til kommunale boliger. Det ble opprettet ambulant team og poliklinikker i dps-et og ansatt psykiatriske sykepleiere i kommunen.

” Mange av de langtidspasientene som jeg har kjent i mange år, ville jeg aldri ha drømt om at skulle komme ut i egen bolig. (...) Men de kommer i en annen setting. De vokser på å få ansvar. Det å få gå ut å handle, det å ha et rom som er sitt og at de kan lukke døra uten at andre kommer inn og bryr seg. At de kan spise når de vil.” sykepleier L

Som sitatet over viser, ble dette viktige erfaringer for mange av behandlerne også, at det gikk an å skrive ut mennesker som var så dårlig fungerende i institusjonen, og at det gikk an å følge dem opp ute. Mange klarte seg overraskende godt ute. Denne erfaringen finner vi, interessant nok, også hos enkelte behandlere i det institusjonsbaserte behandlingsmiljøet.

”- Hvor mange langtidspasienter ble tilbakeført?

- Tror ... jeg må si alle.

- Hadde du trodd det?

- Altså ... har tenkt en del på at det var pasienter som jeg var i kontakt med allerede i -89 og som på et langt senere tidspunkt fikk et tilbud i kommunen. Og så kan en lure på om det skyldes at vi har blitt mer dristig? Eller at det faktisk skyldes at folk har hatt en bedring? Eller har kompetansen i kommunehelsetjenesten blitt bedre? Jeg tror faktisk det er sammensatt. Men jeg tror nok at vi kjørte ”safere” tidligere og hadde mer plasser til disposisjon.” sykepleier I

Nedleggelsen av sykehjem innenfor området til det institusjonsbaserte behandlingsmiljøet, tvang fram et mer aktivt samarbeid med både kommuner og pårørende. En av behandlerne som hadde erfaring fra denne prosessen fortalte at det kunne ”bli mange runder” med familiene til de som skulle ut, og at de i mange tilfeller tilførte kommunen midler for at de skulle greie sin del av oppgaven. Opprettelse av polikliniske tilbud ble også iverksatt, med utgangspunkt i det psykiatriske sykehusets avdelinger, ettersom det ikke var etablert en dps-struktur. Dette viste seg å være ”en farbar vei”, sa denne behandleren, selv om mye kunne vært enda bedre. En ”oppdagelse” de gjorde i forbindelse med denne omleggingen var at kontakten med familien var en helt sentral faktor for livskvalitet.

Det var flere av behandlerne i dette behandlingsmiljøet som mente at man kunne gå lenger i retning av å behandle folk ute: *”livet skapes best i relasjonene der du bor”* (Sykepleier I) Som vi har nevnt andre steder i denne rapporten, driver den avdelingen som har oppfølging av psykoselidelser og rehabilitering av langtidspasienter ambulant virksomhet.

Akuttavdelingen har kommet kortest i å utvikle en slik praksis, men også her var det fagpersoner som mente at man kunne unngå mange innleggelser ved å møte brukere tidligere ute og ved å støtte de kommunale tjenestene. En sa at *”man kommer fort inn i en pasientrolle”*, når man først har blitt innlagt på en akuttpost. Noen synes også at dette systemet endrer seg altfor sakte.

Endringsmotstand

”Sett fra min side, så har det vært noe vi har prøvd å diskutere i alle år, men aldri kommet noe vei med, fordi det er sterke fagpersoner rundt omkring i alle steder. Og det er jo ikke ”bare, bare” for en direktør eller leder å overgå fagpersoner, (...) hvis en ikke greier å alliere seg på en eller annen måte.” sykepleier I

Den grunnleggende institusjonsstrukturen består, dels ut i fra argumenter om at det fremdeles er store brukergrupper som er avhengig av institusjonstilbudet, dels ut i fra argumenter om at kompetansemiljøene trenger å være samlet. Det fryktes at mange skal få stusselige og ensomme liv i en kommunal leilighet, at man ikke har mulighet til å gi et fullverdig behandlingstilbud for brukere som antas å trenge langvarig døgntilbud.

” Så var det en som sa det til meg, at du får bare drive på. Innen det har gått ett til to år, så skal jeg vedde på at du har de samme holdningene som vi har, sa han. Og det var nok veldig riktig. Du blir veldig formet av det systemet du kommer inn i.” sykepleier I

Sterke kompetansemiljøer kan også bli konservative på enkelte områder og konservere de holdningene som opprettholder dem. Behandleren som er sitert over var tydelig frustrert over mangel på nytenkning og endringsvilje: *”Vi kan ikke jobbe med pasienten sånn ”dårlig-frisk””* (int. 16) Det som et institusjonsbaserte behandlingsmiljøet lett kan overse, er hvor avhengig ”friskheten” er av en god oppfølging ute i bostedskommunen, i følge den samme behandleren. Spesialiseringen kan komme på kollisjonskurs med utviklingen av et helhetlig tilbud som også omfatter kommunedelen.

” ... en fagorganisasjon som et sykehus er, har tendens til å ville bli så god som mulig. Spesialisere seg veldig mye, og den spesialiseringen er veldig bra på en måte. Men den gjør på en måte sånn at vi vil snevre oss inn og jobbe med bare det og det.” sykepleier I

Institusjonsrammene kan også, som tidligere antydnet, føre til at brukerne identifiserer seg for mye i en ”pasientrolle”. En sa at det *”skremmer meg hvor fort pasientene kan tilpasse seg!”* (int. 13) En annen viste til en nyoppusset post med ganske god standard og antydnet at noen nok kunne oppleve dette som et behagelig sted å være. I et av intervjuene ble det trukket fram som eksempel at de skysser brukere til fritidsaktiviteter i byen. Behandleren spurte om de la seg på et omsorgsnivå som ville bli umulig å følge opp etter en utskrivning. Selv om ingen brukte begrepet direkte, så tolker vi dette som uttrykk for unødvendig institusjonsavhengighet. Et psykiatrisk sykehus har også rammer som kan være svært viktige, i form av sterkere bemanning, høyere kompetanse og mer erfaring med sjeldnere og mer vanskelige tilfeller.

” Ja, altså sånn som jeg tenker på den posten jeg er på er det naturlig, for vi er mer bemannet i forhold til å kunne takle de pasientene enn de kanskje er på en DPS. Og ofte så gjør det noe med pasientene å komme til et sykehus, selv om vi er en åpen post, så sier de at de kjenner seg trygge. ” sykepleier I

Behandlerne vi snakket med mente gjennomgående at det var behov for et mer spesialisert institusjonstilbud i bakhånd, uansett hvor mye man bygget opp i kommunene og i dps-strukturen. Dette gjaldt tilstander der det var sterk utagering, voldelige brukere, anorektikere

og mennesker som drev med selvskading eller var sterkt selvmordstruet. Dette illustrerer noe av det tvetydige ved institusjonell behandling, at det kan gi en helt nødvendig, noen ganger livsreddende, trygghet, samtidig som det kan føre til stagnasjon for brukerne. Omfanget av et slikt tilbud, inntakssystemet og pasientflyten, kan det imidlertid være ulike oppfatninger om.

En av behandlerne i det institusjonsbaserte miljøet sa også at et mål om trygghet kunne komme i veien for faglighet og utvikling for brukerne som er i behandling, og viste da til tidligere praksis med for høyt medisinbruk. Den kritiske holdningen til denne siden ved institusjonsbehandling var likevel mye sterkere hos behandlere i det lokalbaserte miljøet:

” Så mange som regredierer på sykehuset! Mange som er tålig bra ute, men så fort de kommer inn så er det fotfølging og beltelegging i månedsvi!” sykepleier L

Den delen av det institusjonsbaserte behandlingsmiljøet som arbeidet distriktpsikiatrisk, forsvarte dette primært med at det var riktig å gjøre det og dps-et hadde ikke noe slikt tilbud. På spørsmål om det ikke var mer naturlig å legge dette til dps, kom det imidlertid også fram faglige argumenter mot en slik endring.

” Er opptatt av den behandlingsskjedenkningen, man behandler pasienter på ett nivå og så flytter man dem til et annet når de klarer seg ute. For så vidt en god modell, men man skal huske på at noen pasienter er veldig sårbare i forhold til bytte av kontakter. Psykosegruppa er veldig sårbare. Vi har god erfaring med å flytte dem rett ut på det nivået de skal være. At vi er med på det.” sykepleier I

Behandleren i sitatet over viser til en konsekvens av dps-utbyggingen som har vært lite gjenstand for oppmerksomhet. Ved å la et nytt mellomledd ta seg av samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene får man lett et brudd i behandlingsrelasjonen. Dette er egentlig en alternativ modell, som går ut på å la sykehuset arbeide distriktpsikiatrisk. Argumentene for en slik organisering er at man både ivaretar et sentralisert kompetansemiljø og bevarer den terapeutiske kontinuiteten.

I flere av intervjuene ble også poliklinikkens virksomhet problematisert. Poliklinisk behandling kan, paradoksalt nok, også hemme en utvikling av et distriktpsikiatrisk tilbud. Et tilbud bygget på individuelle samtaler kan bli lite fleksibelt i forhold til svingende behov, brukere som uteblir, plutselige kriser osv. Behandlingen kan også bli svært spesialisert og ”privatisert” ettersom hver enkelt behandler opererer mer på egenhånd. Dette vil kunne ekskludere brukere som ikke passer inn i kompetanseprofilen.

” Foreløpig prøver vi å holde hodet over vannet og gjøre det vi er gode på.” sykepleier I

Å få lov til å gjøre det man selv føler man er best til, kan gi behandlerne en positiv opplevelse av mestring. Det kan også bidra til et svært godt tilbud for dem det gjelder. Denne holdningen er imidlertid satt under press fra dem som ønsker å vurdere ressursene opp mot behovene i en mer helhetlig ramme. En behandler som selv hadde både psykodynamisk og kognitiv psykoterapiutdanning, mente at det ikke gikk an ressursmessig å tilby dette til alle. Behandleren i sitatet over framholdt imidlertid at en viktig brukergruppe fort ville kunne

miste sitt tilbud, dersom deres behov skulle stilles opp mot behovene til de med de aller tyngste lidelsene.

Aktuelle utfordringer

Akuttavdelingens funksjon i det helhetlige tjenestesystemet er allerede berørt i denne rapporten. Flere behandlere mente at organiseringen av akuttberedskapen og behandlingsmiljøet innad i disse avdelingene førte til unødvendige innleggelses og bruk av tvangsmidler. Denne kritikken kom fram i begge behandlingsmiljøene.

Alle behandlerne vi snakket med ønsket en oppbygging av kompetanse i kommunene. Vi vurderer imidlertid dette slik at spesialisthelsetjenestene, sykehusavdelingene inkludert, da må omdisponere ressurser og omorganisere tjenester. Dette kan være vanskeligere å få konsensus om og flere pekte også på akuttavdelingene som konservative og i sterkere grad bærere av en institusjonsideologi. En behandler (psykiater) mente faktisk at det var et problem at psykiaternes spesialistutdanning normalt innebar praksis ved en akuttavdeling. På denne måten ble det overført holdninger som ble problematiske i en distriktpsikiatrisk arbeidsform.

Samarbeidet med kommunene rundt rehabilitering og oppfølging av brukere med til dels store tjenestebehov er en utfordring. De kommunale ressursene og kompetansen er ofte utilstrekkelig.

” Vi har altså øremerket i vårt budsjett 4,2 millioner som brukes i forhold til gruppen ”alvorlig sinnslidende”, til å forsterke tilbudet i (forbindelse med) utskrivning av de vanskeligste pasientene. Det kan være alt fra at vi for eksempel lønner en psykiatrisk sykepleier i kommunen i ett til to år rundt en pasientgruppe, hvor siktemålet er at kommunen selv skal ta over etterpå. Det kan være bidrag til bygging av bolig. Det kan være boveiledertjeneste. Det er for å stimulere til aktivitet. Så vil kommunen stort sett ta over etter hvert. Spleiselag.” sykepleier I

Psykoseavdelingen i det institusjonsbaserte miljøet brukte finansiell støtte fra eget budsjett direkte til kommunene for å få på plass de tiltakene de mente var nødvendige. Etter en stund må imidlertid kommunen selv ta over og dette blir en konstant utfordring. Kommunenes innsats er dessuten varierende, og dette gjelder for begge områdene (behandlingsmiljøene) vi har vært i.

” Ja, samarbeidet fungerer i og for seg bra, både med behandler og i veiledningssituasjoner, og i direkte pasientarbeide. Det som jeg synes er litt feil er at noen kommuner ikke har satset tilstrekkelig på boligstøtte. Noen kommuner har satset mer på noe som ligner vår rehabpoliklinikk og det synes jeg er ”smør på flesk”. Samtidig som de mangler et godt botilbud.” psykiater L

Det er altså særlig oppfølging i bolig, til dels egne fagpersoner og sysselsettingstiltak det skorter på i kommunene.

Dobbeltdiagnoser, det vil si kombinasjonen rusmisbruk og psykiske lidelser, var også en stor utfordring begge steder. Miljøene var i gang med planer og utviklingsarbeid i forhold til å

etablere kompetanse og tilbud i forhold til denne gruppen brukere som de opplevde var svært utfordrende å arbeide med.

”Vi fikk noen skriv, noen vedlegg fra noen gamle departementskriv. Hvor de sier at rusklinikken skal ikke sysle med psykotiske lidelser. De skal ikke sysle med bipolare lidelser og skal ikke sysle med personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser. Så hva i all verden skal de gjøre i psykiatrien?” psykiater L

I det lokalbaserte behandlingsmiljøet var mange av behandlerne frustrerte over samarbeidet med en institusjon som var spesialisert på rusbehandling og som nylig var innlemmet i det psykiske helsearbeidet. Denne institusjonens spesialisering førte, etter de psykiatriske behandlernes mening, til at tilbudet ble altfor smalt. I forhold til en del brukere med svært krevende problemstillinger, følte de at de hadde lite faglig hjelp fra dette kompetansemiljøet.

I det institusjonsbaserte behandlingsmiljøet var det tidlig blitt opprettet en post som var spesialisert på rusbehandling. Det man her arbeidet med nå var å opprette et kompetansesenter for dobbeltdiagnosene og koble ruskompetansen med kompetansen fra psykose- og rehabiliteringsavdelingen.

Erfaringer og holdninger

Underveis i undersøkelsen har vi endret hovedhypotesen vår fra å se organisasjonsmodell og arbeidsform som et resultat av personlige og faglige holdninger til å snu det den andre veien: Organisasjonsmodell og arbeidsform vil prege og, om nødvendig, endre personlige og faglige holdninger. Dette kan selvsagt oppfattes som en ”høna og egget” diskusjon. Vi har imidlertid merket oss at flere behandlere forteller om ”aha-opplevelser” i forbindelse med en mer distriktskykiatrisk modell og en arbeidsform basert på større tillit og egenansvar hos brukeren. Vi finner heller ikke noen spesiell sammenheng mellom faglig ideologi og praksis. F eks kan relativt biologisk orienterte psykiatere arbeide tverrfaglig innenfor en distriktskykiatrisk modell, og en diagnosekritisk og relasjonsorientert behandler arbeide innenfor en tradisjonell sykehuspost. Vi hører tvert i mot mer om begrensningen i de institusjonelle rammene eller det kollektive behandlingsmiljøets oppfatninger.

Tenkemåter og eksempler fra praksis virker svært like når vi sammenligner den delen av det institusjonsbaserte tilbudet som arbeider distriktskykiatrisk med det lokalbaserte tilbudet. Det er et lite tankekors at den mest utadvendte jobbingen begge steder er i forhold til langvarig psykoseproblematikk og rehabiliteringsbehov, i stor grad personer med schizofrenidiagnose. Mens mange synes man har fått dette for lite til i forhold til andre diagnosegrupper. Er det tilfeldig, eller er det mindre fruktbart å arbeide tverrfaglig og utebasert med affektive lidelser og personlighetsforstyrrelser? Vi har ikke hørt noen faglige argumenter for at det skulle være slik. En mulig ”tilfeldig” årsak kan ligge i den historiske utviklingen i forbindelse med nedleggelsen av de psykiatriske sykehjemmene og de arbeidsmåtene og erfaringene som dette medførte. Det er en historisk kontinuitet mellom rehabiliteringen av de tidligere sykehjemsbrukerne og dagens langtidssyke.

De såkalte dobbeltdiagnosene – kombinasjon av rusmisbruk og psykisk lidelse – er satt på dagsorden i begge behandlingssystemene. Dette oppfattes som en stor og viktig utfordring og

innenfor begge behandlingsmiljøene tenkes det nå på spesialkompetanse med egen døgnenhet og ambulant team.

Den psykodynamiske tenkningen har kommet relativt lite til uttrykk i intervjuene. Denne forståelsesmåten har ofte legitimert institusjonsbehandling som en kombinasjon av individual- og gruppeterapi og miljøterapi. I norsk psykiatri har dette ofte vært kombinert med biologisk-medisinske forståelser og personifisert i psykiateren som både tilbyr medikamenter og psykoterapi. Vi tolker det slik at den psykodynamiske tilnærmingen har kommet litt i diskreditt pga manglende forskningsmessig dokumentasjon på effekt (Dahl et al 1994:68) og at en slik grunnforståelse kanskje derfor underkommuniseres litt.

Biologiske årsaksmodeller synes imidlertid å være bredt akseptert blant behandlerne, selv om det varierer en god del hvordan man vekter dette i forhold til andre faktorer. Den mest foretrukne formen for psykoterapi blant de intervjuede synes å være kognitiv. Begge disse tilnærmingene har en fordel i forhold til samarbeid med de pårørende, da de ikke fokuserer på ”gamle synder” og foreldrenes eventuelle ”skyld” i hovedpersonens lidelser. Et klart ”her og nå” perspektiv er kanskje også enklere å bruke som utgangspunkt for et samarbeid mellom mange ulike tjenester og fagpersoner.

Det var påfallende hvor entydig alle behandlerne pekte mot kommunen, da vi spurte om hvor de mente det nå burde rustes mer opp. Kommunene trengte bedre tilrettelagt boligtilbud, noen med stor grad av oppfølging. Det var enkelte steder behov for mer fagpersonell, og det var stor mangel på sysselsettingstiltak. Behandlerne etterlyste både politiske prioriteringer på kommunenivå, og en statlig kanalisering av ressurser. Det var faktisk flere som sa at spesialisthelsetjenesten hadde nok økonomiske ressurser, hva de manglet var en sterkere samarbeidspartner i kommunen.

Like påfallende, kanskje, var det også at ingen gikk inn for å øke det totale antallet sengeplasser. Som en sa: ”*Det er behandling som hjelper, ikke senger!*” (psykiater L) En annen behandler karakteriserte ønsket fra enkelte (referert i mediene) om flere sengeplasser som ”*en utvikling i feil retning*” (psykiater L). Ingen av behandlerne innenfor det institusjonsbaserte miljøet argumenterte for å øke kapasiteten på døgnplasser.

3 Avslutning

De to behandlingsmiljøene var i mindre grad ideologiske motpoler enn vi antok på forhånd. Dels skyldtes det at en sentral avdeling i det institusjonsbaserte miljøet hadde lang erfaring med distriktpsikiatrisk arbeid (bla ambulant team) og således minnet mer om praksisen ved det lokalbaserte behandlingsmiljøet. Dels så var nok også behandlerne vi intervjuet i det lokalbaserte behandlingsmiljøet mer medisinsk forankret med et sterkere innslag av biologisk tenkning enn vi antok på forhånd. Vi fant imidlertid variasjoner i oppfatningene internt og ikke minst forskjeller i den praksisen de hadde erfaring med.

Distriktpsikiatri – ambulant team og kommunale tjenester

Det var som nevnt stor grad av sammenfall mellom det lokalbaserte behandlingsmiljøet og den delen av det institusjonsbaserte miljøet som tilhørte psykoseavdelingen når det gjaldt synet på ambulante tjenester, tidlig intervensjon og god oppfølging av hjemmeboende brukere. Dette synet var tuftet på solide erfaringer bygget opp over flere år med til dels svært ressurskrevende brukere. Ingen av disse behandlergruppene mente at grensen nå var nådd, de mente tvert om at flere brukere kunne nyte godt av en slik oppfølging og at sengeplassene kunne reduseres ytterligere. De pekte imidlertid på begrensninger i kommunenes tjenestetilbud som et viktig hinder. De virket også, hver på sin kant, fornøyde med den organisasjonsmodellen de arbeidet innenfor, enda de var svært ulike hverandre.

Utviklingen av ambulante tjenester og samarbeid med de kommunale tjenestene rundt hjemmeboende brukere startet begge steder i forbindelse med nedlegging av psykiatriske sykehjem. Disse omleggingene var ikke smertefrie og skjedde ikke uten høylytte protester. Vi møtte imidlertid ingen som ville beklage dette i dag. De som hadde deltatt i denne omstillingen var også de som kanskje mest ivret for betydningen av den ekstramurale virksomheten (arbeide utenfor institusjonen) i dag. De fortalte om erfaringer som var skjellsettende for dem som fagpersoner, om samarbeid med pårørende og kommunalt ansatte, og om tidligere ”oppgitte” brukere som tross alle odds klarte overgangen til en tilværelse ute.

Flere behandlere fra begge behandlingsmiljøene snakket om døgninstitusjonen som avhengighetsskapende, at institusjonen skaper behov for institusjonen. En behandler i det lokalbaserte miljøet argumenterte for at nedleggelse av døgnplasser paradoksalt nok førte til flere ledige senger. Grunnen var at de forholdsvis store ressursene som gikk til drift av døgnplassene kunne brukes langt mer effektivt i ambulant og poliklinisk oppfølging av brukere og på den måten forebygge innleggelsesbehov.

Viktige utfordringer var imidlertid boliger, inkludert noen med en viss bemanning, boveiledere og sysselsettingstiltak. Bruk mer penger på å styrke det kommunale tilbudet, var omkvedet.

Ambulant team og mer jobbing ut mot hjemmeboende brukere var også noe behandlerne tilknyttet akuttavdelingen snakket om. De argumenterte altså ikke mot denne tilnærmingen. Imidlertid så godtok de å arbeide innenfor rammer som ikke arbeidet på denne måten.

Vi stiller spørsmål ved i hvilken grad personlige holdninger hos enkeltansatte betyr noe for å endre en praksis, når de strukturelle rammene ikke inviterer til det. Vil ikke dette være et ledelsesspørsmål, først og fremst? Samtidig er det selvsagt viktig hvordan de enkelte ansatte ville stille seg til en endring når den først initieres.

Medisinsk modell?

Det var store likheter mellom de to behandlingsmiljøene når det gjaldt synet på psykiske lidelser og medisinsens rolle i dette. Begge steder var det en viss, grovmasket, diagnoseinndeling av behandlingseenheter og team. Begge steder understrekes diagnostisering og bruk av diagnosene som sentralt i behandling og kommunikasjon mellom fagfolk og til brukere og pårørende. Diagnosene forstås som noe mer enn en symptombeskrivelse, de oppfattes også som en innfallsport til mer kunnskap om den aktuelle brukeren. Selv om årsaksforklaringer nå har kommet mer i bakgrunnen, kan man i dag lese seg til erfaringsbasert kunnskap om prognoser og behandlingsmåter for personer som har akkurat disse symptomene.

Vi opplevde det slik at svært mange av behandlerne tenkte på diagnosene som reelle sykdomskategorier. Mest illustrerende er dette kanskje når vi diskuterte schizofreni-diagnosen. Når vi viste til personer som hevdet offentlig at de var blitt helbredet av schizofreni, stilte enkelte behandlere spørsmålsteget ved selve diagnostiseringen i utgangspunktet. Til tross for at de anså schizofreni som svært utforsket og en ”sekke-diagnose”. Dette er tautologisk tenkning: Schizofreni betraktes som en kronisk sykdom. Dersom noen helbredes av schizofreni, betyr det simpelthen at de ikke var schizofrene. En av brukerrepresentantene uttalte at fagpersonene ofte var ”livredde” for å gi dem et lite håp. Vi kaller denne diagnoseforståelsen essensialistisk, og mener at den øker faren for determinisme og ”kamus-tenkning”.

Medikamentell behandling bygger i stor grad på det diagnostiske klassifikasjonssystemet og er kanskje den viktigste enkeltårsaken til at presis diagnostisering gis en så sentral rolle. Den tidligere nevnte diagnoseinndelingen av behandlingseenhetene er såpass grov at den fordrer ikke nøyaktig diagnostisering annet enn i helt spesielle grensetilfeller.

Dokumentasjonssystemene og lovgivningen krever også diagnosesetting, men heller ikke her stilles det krav til den samme presisjonen. I en tverrfaglig og/eller sosialpsykiatrisk behandling og rehabilitering vil medikamentell behandling (eller for den saks skyld individualsamtaler) være en del av et sett forskjellige tiltak basert på en individuell helhetsforståelse av brukeren. Det kan da argumenteres for at diagnosen og medisinen kun representerer en liten ”flik” av det komplekset som man arbeider med og må forsøke å forstå.

Bruk av medikamenter ble ansett som en naturlig del av behandlingen, spesielt ved psykoselidelser, bipolar lidelse (manisk-depressiv) og alvorlige depresjoner. Det kan være at en biologisk årsaksforståelse nå har fått større aksept, eller i det minste at medisinenes effekt er overbevisende nok. En utbredt oppfatning om at ubehandlede psykoser gir hjerneskader bidrar til å underbygge medisinenes, og dermed også psykiaterens, sentrale rolle. Spørsmål om bivirkninger ble stort sett besvart med at dagens praksis innebærer mindre og riktigere doser og at det nå har kommet langt bedre medisiner enn man hadde tidligere. Vi sitter imidlertid igjen med en følelse av at akkurat dette har vi hørt før, når nye medikamenter

introduseres. Det var vanskelig å finne legitime argumenter mot medisiner i det behandlerne sa, og flere brukte motstand mot medisiner som eksempel på manglende sykdomsinnsikt. Det ble også i et intervju vist til at psykologer i USA hadde blitt saksøkt fordi de ikke lot depressive brukere få tilbud om medikamentell behandling.

Diagnostisering og medikamenter underbygger psykiaterens sentrale rolle i behandlingsenhetene. I tillegg trakk mange fram nødvendigheten av å utrede brukeren i forhold til mulige somatiske årsaker til symptomene. Dette var argumenter som en del behandlere, oftest psykiatere, brukte som begrunnelse for at en medisin burde være leder.

Det fantes behandlere som betraktet medisiner som ”supplement” og symptombehandling, mens andre tiltak var viktigere. Vi tolker imidlertid intervjumaterialet slik at det i disse (begge) behandlingsmiljøene vil være vanskelig å argumentere mot psykiaterens syn om den medikamentelle behandlingen.

Brukermedvirkning?

Behandlerne la for dagen en klar holdning til at brukerne skulle delta aktivt i behandlingsmøter, utforming av egne ukeplaner og individuell plan. Enkelte innrømmet imidlertid at praksis ikke alltid levde opp til idealene. Fra brukerhold fikk vi spørsmål om hvem individuell plan egentlig var for? Brukerne selv, eller fagpersonene?

Mange hadde gode refleksjoner om det å styrke brukernes egen autonomi og selvbestemmelse og mente at deres oppgave i stor grad gikk ut på å informere dem best mulig. Vi fikk imidlertid et inntrykk av at enkelte av døgntilbudene noen ganger var mindre aktive i forhold til å trekke brukerne med. Døgntilbudene virket også mindre fleksible i forhold til individuelle tilpasninger. Det samme kan faktisk også gjelde enkelte polikliniske tilbud som var nokså stramt regulert til avgrensede terapier for individuelle brukere og til fastsatte timeavtaler.

Nettverksterapi eller nettverksmøter var ikke vanlig i noen av behandlingsmiljøene, men pårørende ble trukket inn i en del av ansvarsgruppene, særlig i det lokalbaserte miljøet. Selv om mange understreket betydningen av den informasjonen som de pårørende satt med, var det ikke ansett som viktig å møte dem i forbindelse med den første utredningsfasen etter en innleggelse. Dette ble til dels begrunnet med taushetsplikten i helsevesenet og at brukeren har rett til å velge hvem som skal involveres. Pårørende ble imidlertid ofte trukket med etter hvert, særlig i forbindelse med utskrivning og ambulante tilbud. Betydningen av å ha et sosialt nettverk ble sterkt vektlagt. Samarbeidsrollen til de pårørende ble ofte beskrevet som å motta psykoedukativ undervisning og å være støttespillere for behandlerne.

Behandlernes ekspertposisjon ble det i liten grad stilt spørsmål ved, slik vi tolker det. Dette til tross for mange understrekninger av at det er brukeren som er ”ekspert på sitt liv”. Den overordnede medisinske modellen gir behandlerne den endelige definisjonsmakten og vi tolker ikke behandlingsmøtene som et reelt fora for å la brukereksperisen utfordre ekspertkunnskapen.

Reduksjon av tvang?

Behandlerne hadde mange interessante refleksjoner rundt måten tvangsinnleggelse ble foretatt på. Det finnes gode og mindre gode måter å gjøre dette på. Med få unntak, var behandlerne tilfreds med måten dette ble gjort på der de selv jobbet. Vi vil legge til her at begge behandlingsmiljøene har mindre tvangsbruk enn gjennomsnittet på landsplan, i følge Helsetilsynets siste rapport (Helsetilsynet 4/2006).

I den grad behandlerne refererte til praktisering av tvang som de var skeptisk til, gjaldt dette akuttavdelingene. De pekte på at innleggelsene her kunne være voldsomme og at det ofte var uerfarne vakthavende som måtte ta avgjørelsen.

Flere behandlere pekte også på situasjoner der de mente dagens lov hadde for strenge kriterier for tvangsbruk. De mente det var "uverdige" at enkeltmennesker kunne "forkomme i egen søppel". Mange mente også at loven var blitt for restriktiv til tolkninger av behandlingskriteriet (bla på bakgrunn av konkrete domsavgjørelser etter klage). Dette gjaldt særlig en del langtidssyke med schizofreni-diagnose og rusproblemer. De mente faktisk at sjansen for å oppnå en behandlingsallianse kunne bli bedre, hvis det var mulig å tvangsbehandle denne kategorien brukere.

Behandlerne argumenterte både for å øke adgangen til tvang og for å begrense den faktiske bruken av den mest mulig. Hovedsynet var gjennomgående at tvang var nedbrytende for brukernes egen autonomi og egenomsorg, men unntaksvis var tvangstiltak eneste utvei.

Vi har drøftet betydningen av de strukturelle betingelsene for bruken av tvang. Flere behandlere mente at måten akuttavdelingene var organisert på kunne føre til unødvendig og uheldig tvangsbruk.

Kontinuitet og helhet

Det lokalbaserte behandlingsmiljøet mener vi er organisert etter en sosialpsykiatrisk modell slik vi har definert dette tidligere (Se kapittel 2.1!). Dette gjelder særlig den delen av dette miljøet som arbeider mest tverrfaglig, gjennom behandlingsteam, og som driver ambulant oppfølging av brukere over tid. Samarbeidet med kommunene skjer via ansvarsgrupper og individuell plan. Behandlerne forteller selv om kontinuitet i oppfølgingen og en langt mer effektiv forebygging av forverring og nye kriser. De som selv hadde erfaring med dette, hadde klare oppfatninger om at denne måten å jobbe på reduserte antall innleggelse og varigheten av dem.

Behandlerne i det institusjonsbaserte behandlingsmiljøet som drev ambulant virksomhet der, fortalte om lignende erfaringer. Det som var interessant, var å høre hvordan man hadde utviklet relativt like arbeidsformer med utgangspunkt i svært ulike organisasjoner. I det lokalbaserte tilbudet hadde utgangspunktet vært et sterkt dps med flere døgnposter og poliklinikker. I det institusjonsbaserte miljøet var dette sprunget ut av psykoseavdelingen på et gammelt psykiatrisk sykehus. Dps-et i dette området var avgrenset til å drive ren poliklinisk behandling av en begrenset brukergruppe. Dette er en organisering som bryter med standardmodellen for utviklingen av spesialisthelsetjenestene i det psykiske helsearbeidet,

hvor dps-et nettopp er ment å spille en sentral rolle i kontakten mot kommunene og de hjemmeboende brukerne.

Det var ulike oppfatninger om akuttavdelingenes rolle i et distriktpsikiatrisk system. Enkelte syntes det var problematisk at brukere ble lagt inn på akuttavdelingen på kveldstid og i helger, uten at de behandlerne som ellers fulgte dem kunne konsulteres. Dette brøt kontinuiteten og det ble også stilt spørsmålstegn ved en del av innleggelsene (nødvendigheten).

Vi mener at behandlerne her viser til en utfordring når det gjelder å skape helhet og sammenheng i tjenestene. Det synes vanskelig å skulle ha en institusjon som er spesialisert på kriseberedskap og innledende kontakt og som ikke skal følge brukerne videre i behandlingsforløpet. Tilsvarende, synes det uhensiktsmessig å ikke ha bedre kriseberedskap, i flere av døgnets timer, for de tjenestene som ellers følger brukerne gjennom hele behandlingssystemet og ut i egen bolig.

Det er ellers et tankekors for oss at utviklingen av ambulante team og en sosialpsykiatrisk arbeidsform begge steder skjedde som følge av nedleggelse av psykiatriske sykehjem. De behandlingstilbudene som fikk ansvaret for dette, ble dermed toneangivende for denne tilnærmingen i det psykiske helsearbeidet. Dette har også betydd at brukergrupper som ikke falt inn under kriteriene langvarige psykoselidelser eller store rehabiliteringsbehov, i større grad er henvist til døgnpost eller poliklinikk. Vi kjenner ikke godt nok til hvorfor man her ikke har utviklet teambasert ambulant virksomhet i samme grad. Har ikke disse brukergruppene de samme behovene for hjemmebasert oppfølging? Har man i større grad lyktes med å utvikle effektive individualterapi for disse?

De polikliniske behandlingseenhetene knyttet til allmennpsykiatriske lidelser syntes begge steder å arbeide mer avgrenset og spesialisert, enn poliklinikkene knyttet til psykoselidelsene. Vi betrakter dette som bidrag til en fragmentering av det helhetlige tjenestetilbudet.

Holdninger, erfaringer og strukturer

Undersøkelsen viste oss mange sammenfallende holdninger mellom personer som arbeidet i vidt ulike praksiser – praksiser som til dels sto i kontrast til de samme holdningene. De som hadde egne erfaringer som bakgrunn for bestemte holdninger, virket mest overbevisende. De vil nok også kunne overbevise andre fagpersoner, tror vi.

Vi opplever ikke at det først og fremst er de personlige holdningene hos den enkelte fagpersonen som er hovedproblemet i forhold til endring. Ny praksis, skaper nye erfaringer i forhold til hva psykiske lidelser og god behandling er og dette skaper nye holdninger. De som har vært med på store omstillingsprosesser formidler dette.

Den positive holdningen til en distriktpsikiatrisk satsning hos behandlerne overrasket oss litt. De fortalte oss at døgnplassene kunne reduseres ytterligere hvis man styrket kommunens tilbud og utvidet spesialisthelsetjenestens ambulatoriske virksomhet. Intervjuene har imidlertid også minnet oss om strukturene behandlerne arbeider innenfor. Det er åpenbart en treghet i disse strukturene som er vanskelig å forstå på bakgrunn av individuelle fagpersoners holdninger.

Referanser:

- Dahl, A.A., Eitinger, L., Malt, U.Fr., Retterstøl, N. (1994): *Lærebok i psykiatri*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Helsetilsynet (2006). *Bruk av tvang i psykisk helsevern*. Rapport. 6/2006.
- Kringlen, E. (1997 (1972)): *Psykiatri*. (6.utgave) Universitetsforlaget,. Oslo.
- Lauveng, Arnhild (2005): *I morgen var jeg alltid en løve*. Cappelen forlag. Oslo.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003): *Opptrappingsplanen. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003 – 2006*.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003): *Opptrappingsplanen for psykisk helse - Status 2003*.
- Rådet for psykisk helse (2004a): *Stykkevis og delt – om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid. Revidert utgave. Rapport*.
- Rådet for psykisk helse (2004b): *Verdig liv. Velferd, medvirkning og helhet ved psykiske lidelser*. Rapport.
- St. prp. nr. 63 (1997-98): *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*.
- St.meld. nr. 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*