

VI BÆRER PSYKISK HELSEARBEID VIDERE



LEDER

Opptappingsplanen for psykisk helse avsluttes i 2008. Tidsskriftet er inne i sin femte årgang, og videreutdanningene i psykisk helsearbeid feirer 10 år i år. Vi markerer disse milepælene i dette nummeret, og har invitert sentrale aktører fra ulike deler av feltet til å bidra. Leserne vil finne innspill fra brukere, forskere, interesseorganisasjoner, myndigheter, praktikere og utdannere. Denne utgaven av Tidsskrift for psykisk helsearbeid er derfor spesiell, og vi håper leserne finner stoff både til inspirasjon og ettertanke. I forbindelse med lanseringen inviterer redaksjonen til debatt og arrangerer et åpent seminar 10. juni 2008 på Håndverkeren i Oslo. De fleste bidragsyterne i dette nummeret være tilstede og delta. *Alle er hjertelig velkommen!*

Opptappingsplanen har styrket feltet på mange områder, og har utvilsomt vært av betydning for mange mennesker. Særlig har utviklingen av psykisk helsearbeid i kommunene vært viktig, og gitt flere mennesker muligheter for tilrettelagte tilbud og verdigere liv. Redaksjonen deler samtidig oppfatningen om at ikke alle målsettingene i opptappingsplanen er innfridd, og at det fortsatt er stort behov for å forsterke arbeidet med å innfri visjonene i årene framover. Vi har utviklet syv punkter som etter vår oppfatning er nødvendige for å få en ny omdreining i arbeidet. I det følgende blir punktene presentert og utdypet.

- **Stopp individualiseringen i forståelser og kunnskapsgrunnlag. Psykisk helsearbeid er politisk virksomhet! Familie, venner,**

hjem, skole, arbeid og trygg økonomi er avgjørende for god psykisk helse.

Verdens helseorganisasjon peker på at psykisk helse blir forstått på ulike måter i ulike kulturer, og uttrykker skepsis overfor universelle definisjoner av fenomenene. Forståelser av og kunnskap om psykisk helse og uhelse framstår kontekststøttet, og må studeres i de sammenhengene de viser seg. Vi lever i et samfunn som domineres av individuelle forklaringsmodeller, og søker etter kontekststøttede svar. Dette slører vårt blikk og fører til en overdrevent tro på at helseproblemer er forankret i enkeltmennesker og gjerne da det biologiske arvematerialet. Dette svekker vår oppmerksomhet mot betydningen familie, venner, skole, bolig, skole, arbeid og økonomi har for psykisk (u)helse og psykisk helsearbeid. Individualiseringen gjør at vi ikke får øye på den samfunnsstrukturen som fører. Vi godtar derigjennom at befolkningen får psykiske helseproblemer uten at vi retter kritiske spørsmål til den velferdspolitikken som føres. Psykisk helse og psykisk helsearbeid må politiseres ikke bare i form av diskusjoner omkring bevilgninger til tjenesteapparatet, men kanskje først og fremst i form av tydeliggjøring av og diskusjoner omkring de politiske veivalg som skaper psykiske lidelser.

- **Sykdomsmodellen må forlattes som det dominerende paradigmet i feltet. Hold fokus på mestring av hverdagsliv, på ressurser og kompetanse – ikke avvik, symptomer og diagnoser.**

Historisk sett har det vi kaller psykiske lidelser blitt definert som et anliggende for den medisinske disiplin. Det har vært legene og sykehusene som skal gi hjelp, og det har vært psykiatrien, her forstått som disiplin innen medisinen, som har hatt kunnskapen og metodene for behandling. Feltet har på denne måten adoptert sykdomsmodellen fra somatikken. Naturvitenskapelige forståelsesformer og en diagnostiserings- og klassifiseringstankgang har dermed i stor grad blitt bestemmende for forståelse og behandling i møte med mennesker med psykiske problemer. Psykiske lidelser møtes med kartlegging, diagnostisering og behandling med tilhørende metode/teknikk.

Spørsmålet er om vi ikke nå bør føre feltet og det psykiske helsearbeidet ut av et slikt paradigme. Psykiske vansker vil alltid være innvevd i den enkelte persons historie, relasjoner og virkelighetsforståelse, og tett knyttet sammen med de livsbetingelsene den enkelte lever under. Derfor vil psykiske vansker vanskelig la seg fange inn i generelle klassifiseringssystem og møtes med standardiserte behandlingsmodeller – uten at helt vesentlige sider går tapt. Sykdomsmodellen står i fare for å snevre inn våre perspektiver for mye og samtidig innsette ekspertene som autoriteter på våre liv. Dette gjør at den som eier problemet og opplevelsen, blir fremmedgjort og opplever seg som avmektig i forhold til endringsarbeidet.

Psykisk helsearbeid må forstås som kontekstuell arbeid. Det handler om å forstå det enkelte menneske og dets opplevde problemer i lys av deres historie, den sammenhengen de lever i, de relasjoner de står i og i lys av deres forståelse av seg selv og virkeligheten. Slik sett vil psykisk helsearbeid dreie

seg om å forsøke å gå den enkelte i møte og i samarbeid utvikle en forståelse og gå inn i et endringsarbeid.

Psykisk helsearbeid er tjent med å vende seg fra et *sykdomsfokus* til et *helsefokus*. De viktige spørsmål blir da: Hva kan være helsebringende i min situasjon og i mitt liv? Hvordan kan endring skje i den sammenheng jeg står i? Hvordan kan en mulig vei til bedring se ut for meg i min situasjon? Samarbeid for bedring i forhold til psykiske vansker blir da ikke forstått som behandling av en sykdom, men som en søken etter hva som kan skape bedring, hva som kan bidra til mestring av hverdagen og hva som skal til for å inkluderes i sosiale fellesskap og i samfunnet generelt.

- **Lytt til folks erfaringer og tro på det de sier. Etikk og dialog må komme først. Hjelpen må forankres i folks egne erfaringer av hva som er til best hjelp.**

I psykisk helsearbeid kan det se ut som om de *etiske* aspektene ved møtene mellom mennesker er helt vesentlige når en skal forsøke å identifisere det som er virksomt og skaper endring. Det er når gode møter og dialoger oppstår mellom mennesker at endring ofte skjer. Bedringshistorier som fortelles av dem som har egenerfaring peker ofte på slike etisk-relasjonelle forhold¹. Slik sett blir de etiske kvalitetene ved måten vi møter den andre på, helt sentralt i psykisk helsearbeid.

Det er i stor grad gjennom dialogen at vi trer inn i hverandres liv, og virker inn på hverandre. Vi skaper og gjenskaper virkeligheten i møter med hverandre. Gjennom dialogene kan også våre liv endres. Etikken og dialogen bør ha en primær plass i psykisk helsearbeid.

Psykisk helsearbeid må bli til – både når det gjelder arbeidet med den enkelte og når det gjelder utvikling av fag og praksis – ved at en lytter til folks egne erfaringer og refleksjoner og tror på det de sier. Den kunnskapen og forståelsen den enkelte har om seg selv, sin historie og sitt forhold til sine omgivelser må være helt grunnleggende å få frem i endringsarbeidet.

I forskningen på bedringsprosesser har en gått til mennesker som har kommet seg fra psykiske problemer og spurt hva som hjalp dem². Denne forskningen har dermed på en systematisk måte frembrakt erfaringskunnskap som kan være med på å forme psykisk helsearbeid, både fag og praksis. Den erfaringskunnskap som slik forskning frembringer, ser ut til å peke på andre forhold enn de som ifølge en sykdomsmodell skulle være vesentlige. Det som ofte blir fremhevet som viktig er betydningsfulle, personlige møter med andre. Relasjoner som utvikler seg. Dette kan være møte med profesjonelle eller det kan være andre personer i den enkeltes omgivelser. Erfaringsstemmene sier oss også at den enkeltes eget arbeid og innsats står helt sentralt, og at ulike sosiale livshendelser ofte representerer avgjørende vendepunkter. Slike endringskapende elementer som mennesker med erfaring fremhever, må vi spille på lag med i psykisk helsearbeid.

- Folk må få hjelp når de selv mener de trenger det. Hjelpen må være frivillig og tjenestetilbudet må være mangfoldig slik at folk får reelle valgmuligheter.

I St.prp. nr. 1 (2003–2004) kan vi lese følgende: «Mange pasienter med psykiske lidelser får ikke det tilbudet de har krav på. Økte ressurser er alene ikke nok for å nå målene i

opptrappingsplanen for psykisk helse. Det trengs til dels store omstillinger og omstruktureringer. Endring av virksomhetskulturer og holdninger i tjenesteapparatet er en av de viktigste uløste oppgavene.» (s. 2) I 2008, året hvor opptrappingsplanen for psykisk helse er inne i sin siste fase, er situasjonen i stor grad den samme. For mange mennesker får ikke den hjelpen de trenger, når de trenger den. Aldri før er det blitt overført mer penger til tjenesteapparatet. Men: – Hvor ble endringen av virksomhetskultur av? Hva skjedde med holdningsarbeidet blant ansatte innen psykisk helsefeltet?

Diskusjonen om frivillig hjelp kontra tvangsbruk, dreier seg i stor grad om holdninger, organisasjonskultur, standardiserte arbeidsformer og profesjonsmakt. Høsten 2007 og vinteren 2008, fant den viktige debatten om bruk av tvang i norsk psykisk helsevern, veien til Aftenposten. Psykiater og avdelings-sjef Trond Aarre og psykiater og overlege Petter Bugge, begge ansatt ved Nordfjord Psykiatrisenter, skrev den 28. januar 2008 en kronikk om hvordan den høye tvangsbruken bidrar til å undergrave brukernes tillit til hjelpeapparatet og hvordan dette fører til store motsetninger mellom den som trenger hjelp – og den som skal hjelpe. Deres opptaksområde ligger nær topplassering over steder hvor det brukes *lite* tvang. I kronikken peker de på den rutinemessige tvangen, som går ut på at psykotiske mennesker legges inn på tvangsvedtak, uansett om de ønsker behandling eller ikke. Dette er lovstridig.

Når de som fatter vedtak om tvang gjør dette før det er forsøkt andre alternativer, eller tvangsinnlegger mennesker som ville ha gått med på å få hjelpen frivillig, vitner dette om moralsk ansvarsfraskrivelse. All dokumenta-

sjonen som foreligger om brukeres erfaringer med senskader etter tvangsinngjeller, viser et stort behov for kvalitetsutvikling og et skrikende behov for å utvikle alternativer slik at praksis endres og folk får reelle muligheter til å opprettholde kontrollen over eget liv.

- **Ulike levemåter må anerkjennes som menneskelige. Stigmatisering og sosial eksklusjon må påtales og stoppes. Menneskerettighetene må fokuseres og overholdes.**

Parallelt med en generell velstandsutvikling i samfunnet, kan det se ut for at livsrommet for den enkelte snevres inn. Mennesket av i dag skal både være spesielle og unike, men samtidig innenfor regulerte rammer. Det er lite rom for grensesprengende annerledeshet i hverdagen – selv om det også her finnes gode eksempler. Mennesker med psykiske lidelser stigmatiseres fort i media og blant folk flest, og offentligheten kobler foruroligende fort spørsmål om farlighet til psykiske lidelser. Det er i slike sammenhenger heller ikke uvanlig med demonisering av mennesker med psykiske problemer. Å påpeke stigmatisering og forsøk på eksklusjon av mennesker med psykiske problemer og lidelser, må også være del av en profesjonell yrkesutøvelse. Enkeltmenneskets verdighet må i mye større grad fokuseres; uansett måte å leve på. Psykisk helsearbeid må fokusere inkludering i nærmiljø og ha som visjon at alle skal inviteres til aktivt medborgerskap. Menneskerettighetene skal gjelde for alle.

- **Hold fokus på personlig og faglig kompetanse, ikke bestemte profesjoner. Den profesjonsbaserte makten må identifiseres og reduseres. Ansett flere mennesker med brukererfaring som sin viktigste kompetanse.**

Profesjonskampene var kanskje mer åpne på 70-tallet, det var kamp omkring anseelse og posisjon. Hvem hadde mest og best kompetanse? I dag satses det på tverrfaglig samarbeid med brukeren, med brukerens interesser som viktigste fokus. Dette bør naturlig medføre at vi ikke skal være så opptatt av profesjonsgrensene lenger. Mange ansatte har både sammensatte erfaringer og utdanninger utover kun profesjon som relevant kompetanse i psykisk helsearbeid. Brukere framhever betydningen av medmenneskelighet, åpenhet, ekthet og kunnskaper hos den gode hjelpe- ren, ikke primært profesjonen. Den store utfordringen er viljen og evnen hos de ulike profesjonene til å samarbeide fruktbart, lytte og fremme ulike kunnskapstyper. Kunnskap fra både fag³ og erfaring⁴ er rimelig sammenfallende når det gjelder synet på gode hjelpere. Det handler mer om person og relasjon enn profesjon og metode. Det blir da nærliggende å fokusere sterkere på utvikling av personlig og faglig kompetanse både i utdanning og tjenestetilbud, og mindre fokus på utvikling av profesjonsidentitet.

Helse- og sosialarbeidere har og utøver makt. Forholdet mellom tjenesteutøver og bruker er asymmetrisk. Denne ujevne maktfordelingen må erkjennes. Hvordan forholder vi oss til dette? Det er på tide at helsearbeidere går sammen om å bedre kultur og holdninger i tjenestene, i stedet for å være opptatt av egne behov. Å gi fra seg makt er ikke enkelt, det viser historien. Er fagfolkene villige, og i stand til å dele makten, og til å gi fra seg noe av makten til brukere av tjenestene?

En mulig lakmustest på dette spørsmålet er forholdet til brukeransettelser, og slik sett en aktiv verdsetting den erfaringsbaserte kunnskapen. En bevisst ansettelsespolitikk av

mennesker med brukererfaring i psykisk helsearbeid vil tilføre feltet dypere erkjennelse og forståelse av dagens utfordringer mht å møte og fremme psykisk helse. Det handler om å erkjenne ulike typer kunnskap. De ulike kunnskapsområder kan sammen øke vår kompetanse til å fremme og bedre menneskers psykisk helse.

- **Unngå fragmentering og manglende sammenheng i tjenestene. Etabler ett tjenestnivå med en ledelse – forankret lokalt.**

Stortingsmelding 25 varslet en større omorganisering i feltet i retning av større desentralisering av tjenestene med nedbygging av tjenester på sykehus og kraftig oppbygging av kommunalt psykisk helsearbeid. Dette har vist seg vanskelig å gjennomføre både økonomisk og organisatorisk. Fremdeles strever tjenestene med manglende samarbeid og koordinering på tvers av tjenestnivå. Myndighetene peker på at flere mennesker har fått hjelp innen psykisk helsevern, men uttrykker bekymring over at mennesker med alvorlige psykiske lidelser ikke får den hjelpen de har behov for⁵. Det er da ekstra bekymringsfullt at det skapes et økende skille mellom tjenester på kommunalt nivå og tjenester på spesialisthelsetjenestnivå⁶. Et slikt skille stimulerer til ulik terminologi og kunnskapsforankring, og vanskeliggjør felles kunnskapsutvikling, kommunikasjon og samhandling i feltet.

Modellen med ulike nivå og styring på tjenestene i psykisk helsearbeid framstår kostnadsdrivende, unødig byråkratisk og skaper en gråsoner mellom tjenestene. En gråsoner som fører litt for mange mennesker ut i tåka. Modellen vanskeliggjør styring og skaper større behov for psykisk helsearbeid. Norge har utviklet en modell med to parallelle spor⁷. Vi trenger å samle tjenesten for psykisk helsearbeid på et nivå. I tråd med visjonene i opptrappingsplanen må denne ledelsen forankres lokalt.

Psykisk helsearbeid er et felt i stadig omforming, og skal være det. Samtidig skjemmes feltet av en manglende definisjonsmessig avklaring. Vi vil derfor avslutningsvis presentere en definisjon som har forankring i det overstående, og som etter vår oppfatning kan bidra til å holde fokus og stimulere til videre utvikling av feltet.

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø.

Lykke til!

Mars 2008
Redaksjonen

Noter

1. Tidsskrift for psykisk helsearbeid (2004). *Ny kunnskap – sammen med brukerne?* 1 (4), pp. 1–96.
2. Topor, A. (2001). *Återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
3. Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Mahawah: E. Erlbaum Associates.
4. Lauveng, A. (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen Forlag.
5. Helsetilsynet (2007). Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. *Rapport 8/2007*. Oslo: Helse-tilsynet.
6. Sosial- og helsedirektoratet (2007). Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. *VEILEDER*. IS-1405.p. 8.
7. Serrano, M. (2006). Borgerrettighet og tilhørighet. Hvordan satse på psykisk helse innenfor et samfunnsmessig fellesskap uten psykiatriske sykehus? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3 (4), pp. 310–316.

TIDSSKRIFT FOR PSYKISK HELSEARBEID

Invitasjon til seminar 10. juni 2008: «Vi bærer psykisk helsearbeid videre»

I 2008 er det 10 år siden videreutdanning i psykisk helsearbeid startet opp. Opptrappingsplanen for psykisk helse er inne i sitt siste år, og Tidsskrift for psykisk helsearbeid er i sin femte årgang. Det er med andre ord god grunn til å stoppe opp, og se både fram og tilbake. Tidsskrift for psykisk helsearbeid inviterer til seminaret med den ubeskjedne overskriften: «Vi bærer psykisk helsearbeid videre». Seminaret skal fokusere hvordan målsettingene i opptrappingsplanen kan videreføres. Hvordan kan vi opprettholde og forsterke arbeidet med å innfri visjonene i opptrappingsplanen også i årene framover?

Seminaret finner sted i Håndverkeren kurs- og konferansesenter, Rosenkrantzgt. i Oslo 10. juni 2008. Vi håper du har mulighet til å bli med på dette.

Vi inviterer sentrale aktører som sentrale helsemyndigheter, organisasjoner for pårørende og brukere, fagorganisasjoner og selvsagt DEG til å komme og ta del i debatten.

Sett av den 10. juni fra kl. 9–16. Inngangspris kr. 100,- som betales i døren.

Redaksjonen i Tidsskrift for psykisk helsearbeid.