

Kandidatnummer:

525

(Hvis besvarelsen skal leveres på navn, skrives navn i stedet for kand.nr.)

A

FORSIDE

ved besvarelse av hjemmeeksamen, semesteroppgave, rapport, essay m.m.

Emnekode:	<i>psy407</i>
Emnenavn:	<i>Psykisk Helsearbeid - Fenomener og kunnskapsfelt</i>
Emneansvarlig (normalt faglærer):	<i>Inger Beate Larsen</i>
Eventuell veileder:	
Innleveringsfrist/tidspunkt:	<i>30.11.12 innen kl 14</i>
Antall ark inkl. denne forside:	<i>14</i>
Merknader/Tittel på bacheloroppgave:	<i>Hjemmeeksamen i PSY 407</i>

Jeg/vi bekrefter at jeg/vi ikke siterer eller på annen måte bruker andres arbeider uten at dette er oppgitt, og at alle referanser er oppgitt i litteraturlisten.	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
---	--	------------------------------

Kopiering av andres tekster eller annen bruk av andres arbeider uten kildehenvisning, kan bli betraktet som fusk.

Kan besvarelsen brukes til undervisningsformål?	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
---	--	------------------------------

Gjelder kun gruppeeksamen:

Vi bekrefter at alle i gruppa har bidratt til besvarelsen	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	------------------------------

Sette inn forsiden i en oppgave:

- 1) Fyll ut denne forsiden og lagre den som et eget dokument på din PC.
- 2) Åpne den ferdige oppgaven din, og plasser markøren helt øverst på første side.
- 3) Sett inn forsiden. Mange tekstbehandlingsprogram lar deg bruke "dra og slipp", mens andre krever at du bruker menyfunksjoner slik som "Sett inn > Fil" eller "Sett inn > Objekt > Tekst fra fil".
- 4) Lagre oppgaven.

PSY 407. 2012, høst. Kandidat nr. 525

Titel: Hjemmeeksamen i PSY 407

Kandidat nr 525

Videreutdanning i psykisk helse

Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Institutt for helse- og
Sykepleievitenskap, Grimstad, høst 2012

30.11.12

Oppgaven inneholder 3,329 ord

Antall tegn (m/ mellomrom: 21,558)

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING.....	s. 1
1.1 Kort redegjørelse for sentrale poeng i sitatet.....	s. 1
2.0 TO PERSPEKTIVER PÅ HELSE OG LIDELSE.....	s. 2
2.1 Det psykiatriske perspektivet.....	s. 2
2.2 Det psykiatriske perspektivet i sitatet.....	s. 3
2.3 Det kontekstuelle perspektivet.....	s. 4
2.4 Det kontekstuelle perspektivet i sitatet.....	s. 4
3.0 KLARER TERAPIFORMENE SOM I STADIG STØRRE GRAD KJENNETEGNER LOKALBASERT PSYKISK HELSEARBEID Å OVERSKRIDE DE DEHUMANISERENDE ASPEKTENE MAN TIL TIDER MØTER I INSTISUSJONER?.....	s. 6
4.0 AVSLUTNING.....	s. 10
LITTERATURLISTE.....	s. 11

1.0 INNLEDNING

Denne oppgaven tar utgangspunkt i et sitat fra boken "I morgen var jeg alltid en løve" skrevet av Arnhild Lauveng i 2005. Sitatet beskriver en situasjon der Lauveng opplever å bli møtt på en lite fleksibel og, slik jeg ser det, en potensielt dehumaniserende måte i en psykiatrisk avdeling der hun var innlagt.

I oppgaven vil jeg først kort gjøre rede for sentrale poeng i sitatet knyttet til Lauvengs erfaringer i møte med behandlingssapparatet. Deretter vil jeg beskrive det psykiatriske og det kontekstuelle perspektivet på helse og lidelse, og relatere disse til sitatet. Videre vil jeg drøfte følgende problemstilling, som jeg mener er relevant: *Klarer terapiformene som i stadig større grad kjennetegner lokalbasert psykisk helsearbeid å overskride de dehumaniserende aspektene man til tider møter i institusjoner?* Jeg tar her utgangspunkt i Merrim-Webster sin definisjon av dehumanisering, som er: "to deprive of human qualities, personality or spirit". Altså, å frata menneskelige kvaliteter, personlighet, eller ånd. Problemstillingen blir drøftet ut fra det psykiatriske og det kontekstuelle perspektivet, samt Lauvengs egne erfaringer. Her belyses også Lauvengs erfaringer utover de som blir gjenspeilet i selve sitatet. Avslutningsvis vil jeg trekke frem hovedlemene i oppgaven.

1.1 Kort redegjørelse for sentrale poeng i sitatet

Lauveng beskriver i sitatet hvordan hun ønsker å dusje, men det er feil tidspunkt, da man bare kan få lov til å gjøre dette på bestemte dager. Hun tyr derfor til å bruke symptomene sine for å få viljen sin; gråter, skylder på stemmene og klører seg. Dette blir en maktkamp mellom bruker og tjenesteyter, og det er tydelig at det gjør noe med Lauveng: "Men jeg satt alltid igjen med en følelse av å ha gjort noe galt, skamfullt og ekkelt". Man kan ane at dette er dehumaniserende for Lauveng. For å få gjennomslag for det hun selv ser på som en nødvendighet, må hun på et vis bli en annen, en hun ikke liker å være: "Jeg løy litt, bedrev lurei, og det føltes slett ikke godt, jeg kunne ikke helt vedstå meg det, for det passet ikke med det bildet jeg hadde av meg selv".

2.0 TO PERSPEKTIVER PÅ PSYKISK HELSE

2.1 Det psykiatriske perspektivet

Det psykodynamiske perspektivet tok form mellom 1600 og 1800, og i siste halvdel av 1800-tallet forelå psykiatri som en medisinsk subdisiplin, omtrent som den gjør i dag. Perspektivet har fått rev i seglene fra 1970-årene, dette på grunn av ny kunnskap om arvestoffets fysiologi, samt hjernens kjemi og fysiologi. Fra 1990-tallet har psykiatrifaget blitt stadig mer preget av den medisinsk-biologiske tenkningen enn den psykodynamisk-humanistiske retningen.

Den psykiatriske modellen søker stort sett forklaringer på psykiske lidelser som biologiske fenomener, eksempelvis genetiske og biokjemiske. Diagnostisk klassifikasjon er av største betydning. I Norge bruker vi det internasjonale diagnosesystemet ICD-10, som er sterkt påvirket av amerikansk diagnostikk, DSM-IV (Haugsgjerd et al., 2002). Slik kategorisering menes å gi et felles språk som skal muliggjøre sammenligninger mellom ulike behandlingsformer på tvers av teoretiske orienteringer (Wifstad, 1997). Behandlingen inkluderer ofte psykofarmaka eller ECT (elektrokonvulsiv behandling).

Det psykiatriske perspektivet har, opp igjennom tidene, hatt størst innvirkning på utviklingen av psykisk helsevern, og er sterkt preget av positivisme. I følge positivistisk tenkning kan kunnskap kun skaffes via den naturvitenskapelige metoden. Praksis vi møter hjelpetrequende med skal være begrunnet i forskning og vitenskapelige undersøkelser. Dette kalles evidensbasert praksis. Metoder eller arbeidsformer som behandlere velger skal, så langt som mulig, være dokumentert virksomme gjennom forskning og vitenskapelige eksperimenter (Haugsgjerd et al., 2002). I denne prosessen kan man lett gå glipp av viktige nyanser ved den Andre. Diagnostisering og standardiserte metoder kan bli dominerende i møte med mennesker med psykisk lidelse. Sykdomsmodellen får da forsterket plass, og praksis blir patologiserende (Ekeland 1999 og Gullestad 2003). Et slikt fokus på sykdom og hva som fører til sykdom, et så kallet patogenetisk perspektiv, kan bli for snevert, og fanger ikke opp viktige elementer i forhold til hva som kan hindre dårlig helse (Antonowsky, 2000).

Det sansbare og observerbare, det som kan telles og måles er avgjørende i det psykiatriske perspektivet. Menneskets verdier og etikk kan ikke observeres, og er dermed heller ikke områder vitenskapen tar standpunkt til (Haugsgjerd et al., 2002). Viktige prinsipper er nøytralitet og objektivitet. Utenfrakunnskap blir dermed rådende. Med dette mennes kunnskap om sykdommer, diagnoser, metoder og teknikker. Man tolker og forklarer fenomener ut fra hjelpepers ståsted. Psykisk lidelse forklares ut fra årsaker, der den psykiske lidelsen er en viking av disse årsakene. (Bøe og Thomassen, 2007).

2.2 Det psykiatriske perspektivet i sitatet

Lauveng blir nektet å dusje. I lys av det psykiatriske perspektivet ser men klart at tjenesteyter er bedre vitet i situasjonen. Institusjonen har visse regler, og disse må man bare forholde seg til. Utenfraperspektivet (ekspertkunnskapen) er rådende der hjelperen ser seg selv som den som vet hvordan ting skal gjøres og hva som er best for brukeren. Dette kan føre til en umyndiggjørelse av brukeren. Jeg vil komme mer detaljert inn på ekspertkunnskap og umyndiggjørelse senere i oppgaven.

På den andre side sett, er ikke utenfraperspektivet entydig negativt. Avdelingen har muligens kommet frem til at det er mest helsebringende å ha en slags struktur på dagen til brukerne. Rutiner kan forsvares i det at det bringer en viss forutsigbarhet inn i behandlingen. Dette kan ha vært utprøvd på mange, og vist seg å være det mest hensiktsmessige med hensyn til god tjenesteytelse.

Videre gir Lauveng oss et innblikk i hvordan det føles å ikke bli imøtekommet som den hun er, men å måtte gjøre noe som ikke passet inn med det bildet hun hadde av seg selv. Hun blir møtt med nøytralitet og objektivitet i det at hun blir nektet å dusje fordi dette er regelen. Vi ser her et manglende fokus på relasjon, noe som ofte er tilfelle i det psykiatriske perspektivet. Faglig praksis må kanskje i større grad handle om kompetanse på å skape relasjoner, dialog og på å gjøre den Andres kompetanse og ressurser tydelige (Bøe og Thomassen, 2007)

2.3. Det kontekstuelle perspektivet

Det kontekstuelle perspektivet innebærer at psykisk lidelse ikke kan forstås uavhengig av et menneskes livssituasjon, personlighet, sosiale relasjoner, og så videre. Derfor bærer denne tilnærmingen med seg en skepsis til bruk av diagnoser, da disse kan medvirke til at man trekker symptomene og problemene ut av sine sammenhenger. Videre, vil virksom behandling ikke kunne forstås uavhengig av den konkrete relasjonen som utvikler seg mellom behandler og bruker. Forskning tyder på at kvaliteter ved behandler som person og kvaliteter ved relasjonen mellom behandler og bruker er viktigere for god behandling enn selve teknikken eller metoden som blir brukt (Bøe og Thomassen, 1997). Her kan man dra parallellen til et begrep innenfor det systemiske perspektivet som kalles andreordenskybernetikk. Det hevdes her at det ikke er mulig for terapeut å innta en nøytral eller objektiv posisjon. Alle i systemet er deltagere, og ingen er tilskuere (Haugsgjerd et al., 2002).

Det som er interessant med den kontekstuelle modellen er at den legger til rette for et samarbeid mellom ulike perspektiver. Det systemiske perspektivet, for eksempel, er opptatt av samspillet mellom individer og kommunikasjonen som skjer mellom individ og situasjonen det befinner seg i (Haugsgjerd et al., 2002). Dialog vesentlig i den kontekstuelle tilnærmingen. I denne sammenheng er det ønskelig å trekke frem Jaakko Seikkula og hans kollegaers arbeid med åpne samtaler og nettverksdialoger. Dialogisme står sentralt, og det å lytte til den Andre er vesentlig. Med en ydmyk og dialogisk tilnærming blir den profesjonelle samtalen en helt annen (Seikkula og Arnkil, 2007). Dette vil jeg komme nærmere inn på senere i oppgaven. En slik humanistisk forståelse vil, slik jeg ser det, også falle inn under den kontekstuelle modellen. Andre postmoderne, språkfilosofiske terapiformer, som Harry Goolishians ikke-vitende posisjon og Tom Andersens reflekterende prosesser kan også nevnes her.

Sett i et kontekstuellt lys, er utenfrakunnskap som sykdomslære, teknikker og diagnosekunnskap altså ikke det viktigste. Man er mer opptatt av innenfrakunnskap, eller brukerperspektiv. Dette innbefatter den kunnskapen bruker selv bærer med seg om sin livssituasjon og virkelighetsforståelse, sine opplevelser og erfaring. Kunnskap om brukerens nettverk er også viktig i forhold til å få til god behandling (Bøe og Thomassen, 1997).

2.4 Det kontekstuelle perspektivet i sitatet

Der er noe nedverdiggende over situasjonen som Lauveng beskriver i sitatet. Hun føler at hun ikke blir hørt, med mindre hun later som om hun er sykere enn hun er. Det kontekstuelle perspektivet, der relasjon mellom bruker og terapeut er vesentlig, burde tillate Lauveng og helsearbeider å sette seg ned for å prate om dette med dusjing. Helsearbeider ville ha lagt vekt på å forstå Lauvengs ståsted, og hennes opplevelse av disse rigide reglene, altså hennes innfrakunnskap. Behandlingen hun får kan fort oppfattes dehumaniserende. Reglementet er likt for alle, men alle er ikke like. Tenk om hun fikk lov til å oppleve å være spesiell, og ikke bli behandlet som en i mengden. Dette kunne medvirke til bemyndigelse av Lauveng. Begrepet bemyndigelse eller "empowerment" viser til det å gi eller overføre myndighet til noen og det å gjøre noen i stand til å utøve myndighet på eget initiativ. For brukeren kan målet være en opplevelse av kontroll over forhold som påvirker egen helse (NOU 1998). Kjell Kristoffersen sier noe om at man, i tillegg til bemyndigelse av den enkelte, også må forholde seg til mottakert som fører til avmakt. Han mener at en sentral del av helsevesenets rolle i forhold til bemyndigelse av brukere, er å redusere stigmatiseringen av svake grupper i samfunnet, og legge forholdene til rette for den enkelte brukers livsutføelse (Kristoffersen, 2006). Det at Lauveng ikke får dusje, og at man henviser til regler, avtaler og tidspunkt, kan virke stigmatiserende. Det kan derimot tenkes at man kan legge bedre til rette for livsutføelse ved å gi henne lov til å dusje uten at hun må trygle og be.

Dette med at Lauveng må nedverdiggende seg til å bruke sine symptomer til sin fordel, er også noe som kunne ha vært unngått, sett ut ifra en kontekstuell metode.

Utenfrakunnskapen, her reglementet rundt dusjing, hadde stilt i andre rekke i forhold til Lauvengs opplevelse av situasjonen, og det er godt mulig at Lauveng ikke hadde trent å gråte, klore seg eller skyld på stemmene, men fått gehør når hun spurte på vanlig måte.

3.0 KLARER TERAPIFORMENE SOM I STADIG STØRRE GRAD KJENNETEGNER LOKALBASERT PSYKISK HELSEARBEID Å OVERSKRIDE DE DEHUMANISERENDE ASPEKTENE MAN TIL TIDER MØTER I INSTITUSJONER?

I tradisjonelt psykisk helsearbeid, der det psykiatriske perspektivet råder, vil arbeidet først og fremst skje på sykehus og i andre institusjoner. Her vil brukerne komme til de profesjonelle (sentralisert), og psykisk helsehjelp gis innenfor disse rammene. Man blir først undersøkt, der man må svare på en rekke spørsmål, ta psykologiske tester og fylle ut skjemaer. Så blir diagnosen stillet. Dernest får man behandling. Skjerpede krav til dokumentasjon av behandlingseffekt, evidens- eller kunnskapsbasert medisin begünstiger korttidsterapi, med avgrenset, operasjonaliserbar intervensjon og klare kvantifiserbare bedringskriterier. Det vil være vanskelig å føre empirisk bevis for langvarige behandlingsstrategier, og dermed blir primært medikamentell behandling favorisert, sammen med noe sosial læringsterapi samt kognitiv terapi (Kolstad, 2001). Det patogenetiske fokuset man ofte ser i institusjoner kan virke reduksjonistisk på bruker. Det greier ikke fange opp et holistisk bilde av den hjelpetrengende. Arnhild Lauveng (2011) beskriver en situasjon der hun som innlagt på en institusjon skal få permisjon i noen timer. Det er bare det at hun ikke kan finne klær som passer sesongen, så hun ender opp med et blått bomullsskjørt og en pysjamasoverdel i grønt og hvitt. Hun vet selv at hun ser forferdelig ut, men likevel sier pleier til mor i det hun kommer for å hente Lauveng: "Arnhild har gledet seg sånn til at du skulle komme, og hun har pyntet seg så fint for å reise hjem" (s. 90). Lauveng opplevde det som forferdelig ydmykende å få ros for å se pyntet ut når hun visste at hun ikke så ut: "...for det sa så mye om hvilken standard hun brukte for å måle mine prestasjoner" (s. 90). Videre sier Lauveng:

Det er ikke likegyldig for oss mennesker hvilke forventninger vi blir møtt med. Forventninger kan ha direkte innvirkninger på våre prestasjoner og på hva vi mestrer. "Deg skje som du tror", står det i Bibelen, og hva vi forventer, av oss selv og av andre, i en gitt situasjon kan være helt avgjørende for hvordan situasjon rent faktisk utvikler seg.." (s. 90)

Ofte ser man at behandler har liten tro på at bruker faktisk kan komme seg igjen. Pernille Jensen (2006) har forsket på nettopp dette med recovery gjennom en

kvalitativ studie gjennomført i forhold til brukere av psykisk helsehjelp og deres pårørende i Danmark. Det viser seg at mange har dårlige opplevelse med helsehjelpen. Den kommer for sent, den er for ensidig medisinsk og tar alt for skjeden utgangspunkt i den enkelte brukers uttrykte behov. Det går igjen i svarene til respondente at de følte at de burde hatt mer samtaler med psykolog. Mange, både brukere og pårørende, kan fortelle at de har blitt møtt med diskriminasjon, og enda flere har erfart fordommer og stigmatisering: "De skræmmebilleder at psykisk syge, som bl.a. tåket være medisinerne er utbredte, er med til at gjøre det vansklige at komme sig" (Jensen, 2006, s. 185). Dette kan man direkte relatere til modellmakt. I følge Reidun Norvoll (2009) vil den personen eller sosiale gruppen som får god tatt sin virkelighetsforståelse som grunnlag for det som skjer i en situasjon ha modellmakt over den andre. Denne makten styrkes hvis den samme personen eller sosiale gruppen besitter informasjon som den andre ikke har tilgang på. Modellmakt kan lett, slik jeg ser det, misbrukes, slik at den Andre blir dehumanisert. Terapeuten vil ut fra sin privilegerte viten "reparere" en defekt. Nærliggende konsekvenser blir tingliggjøring, reduksjonisme og mangel på likeverd og deltagelse.

Et overordnet mål i psykisk helsefeltet i forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 til 2008 har vært prioritering av kommunale tjenester, sammen med etableringen og utviklingen av distriktpsychiatriske sentre (DPS). Dette innebærer en tydelig forskyving i forhold til arenaer. Man ønsker å yte hjelp og behandling mest mulig innenfor det lokalsamfunnet der folk bor. Vi ser etter hvert et psykisk helsearbeid som i størst mulig grad bygger på de ressurser som finnes i lokalsamfunnet, der man involverer familien og nettverket til den hjelpetørgende (Bø og Thomassen, 2007). I rapporten Stykkevis og delt. Forskning om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid, som var utarbeidet av Rådet for psykisk helse på oppdrag fra Helsedepartementet oppfordres psykisk helse-feltet til å snus på hodet eller ned på beina (Rådet for psykisk helse, 2003). Med dette indikeres at psykisk helsearbeid i praksis må ha sitt fundament i livet rundt den enkelte bruker, i det lokale, og ikke i institusjonene, fagene eller metodene (Bø og Thomassen, 2007). Bengt Erik Karlsson (2011) sier det slik:

"Det biologiske og reduksjonistiske synet på mennesket og kunnskap

innebærer ingen revitalisering og endring av arbeidet med psykisk helse.

Psykiatriens historie både i fortid og nåtid viser til dehumaniserende praksiser i samarbeidet mellom hjelper og den hjelpsøkende" (s.141).

Karlsson har forslag til hva som kan gjøres. Han sier, blant annet, at sykdomsmodellen må detroniseres til fordel for et demokratisk mangfold av forståelser av psykiske problemer. Han foreslår videre at fagfolk må gi fra seg sin profesjonsbaserte ekspertisemakt til brukere og pårørende, og at flere folk med brukererfaring må ansettes på lik linje med fagfolk.

Karlsson understreker også viktigheten av at man må lytte til og tro på det folk sier om sine erfarte problemer. Lokalt jobber psykisk helsearbeidere i stadig større grad ut i fra det kontekstuelle perspektivet. . Dialogismen får gradvis mer innpass. Stadig flere posmoderne språkfilosofiske terapiformer blir integrert i lokalt psykisk helsearbeid. Nettverksdialoger og Åpne samtaler, som er utformet av Jakko Seikkula og hans kollegaer, er et eksempel på dette. Samtalen og språket er det sentrale. Seikkula hevder at suksesser og vansker kommer utenfra, og at forandringene først og fremst skjer gjennom det som omgir oss; nettverket, språket og samtalene. Det er oppsiktsvekkende bra resultater i forbindelse med denne typen terapi. 80 første-gangs psykotiske personer ble vurdert over en periode på to år. Etter to år var 60 personer uten symptomer, det var bare 10 av disse som brukte medisiner (nevroleptika). Bare 12 hadde falt ut av arbeidslivet. 44 personer hadde symptomer utover 6 måneder. Disse oppfylte kravene til diagnosene schizofreni eller schizoaffective og schizofreniform psykose. Av disse var det 9 som brukte medisiner, 25 studerte eller var i arbeid, mens bare 12 var pensjonert eller sykmeldt.

Både Nettverkssamtaler og Åpne dialoger tillater stor grad av brukermedvirkning. Det at brukeren får medvirke handler om å finne måter å gi kunnskapen som brukeren selv sitter inne med, og hans perspektiver, innflytelse på psykisk helsearbeid. Men det dreier seg om mer enn kunnskap. Det handler også om demokratiske verdier og grunnleggende rettigheter både for den enkelte bruker og for grupper. Brukermedvirkning skal realiseres på flere nivåer, individnivå, tjenestenivå, og systemnivå (Bøe og Thomassen, 2007). Et eksempel på brukermedvirkning på individnivå kan være at man selv er med på å utforme sin egne individuelle plan. På tjenestenivå ivaretas brukermedvirkning både av faktiske

brukere og av brukerorganisasjonene. Et eksempel her er evalueringsmetoden Bruker spør bruker. Et annet eksempel vil være at man som bruker deltar på en konferanse om psykisk helse. Luveng (2011) beskriver i boken sin hvordan det hadde vært en kongress på institusjonen der hun var innlagt, men at hun ikke hadde fått delta:

”Hele uken hadde det vært en kongress på institusjonen, med fagfolk fra hele Norden som hadde diskutert psykoser og psykosebehandling. Vi pasienter hadde selvfølgelig ikke deltatt, vi var helt klart ikke velkomne..” (s. 83).

Det er noe stigmatiserende og degraderende over denne situasjonen. Hvorfor skulle ikke brukerne også få delta? Hvorfor var det så selvfølgelig? På systemnivå ivaretas av brukerorganisasjonene. Disse søker innflytelse både på det totale tjenestetilbudets volum, form og innhold og på samfunnets forhold til psykisk lidelse. Fagpedagog og brukeraktivist Odd Volden, som har hatt mange års erfaring med det å være psykisk lidende, presiserer at brukerrollen ikke er en rolle som overskygger andre roller. Man kan for eksempel være ordfører og bruker av tjenester for mennesker med psykiske lidelser samtidig (Volden, 2012).

Brukerperspektivet er et inntrapperspektiv, og gir førstehåndsinformasjon om hvordan bruker egentlig har det. Det å tillate at bruker får være aktiv deltager i egen behandling bemyndiggjør ham. Dette er med på å løfte ham opp, fremme den han egentlig er i stedet for å trykke ham ned. Det blir dermed mindre sannsynlig at man dehumaniserer den Andre. Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) er et verktøy, utviklet av S. Miller og B. Duncan, som har blitt implementert i lokalbasert psykisk helsearbeid i senere tid. Birgit Valla (2012), psykologspesialist, som reiser rundt og underviser om dette holder frem at den viktigste faktoren i den kontekstuelle modellen er den terapeutiske alliansen. KOR er et spørreskjema som skal gi tilbakemelding til terapeut på endring (bedring) hos brukeren, og hvordan brukeren opplever møtesamtalen (relasjonen). Tanken er å fremme brukermedvirkning. Dette vil motvirke dehumanisering.

4.0 AVSLUTNING

I denne oppgaven har jeg gjort kort rede for det som jeg oppfattet var det sentrale poenget i sitatet til Lauveng; den dehumaniserende effekten et lite fleksibelt helsesystem kan ha på et menneske. Jeg beskrev så det psykiatriske og det kontekstuelle perspektivet på helse og lidelse, og relaterte disse til sitatet. I drøftingsdelen av oppgaven valgte jeg en problemstilling jeg selv syntes var relevant, og tok da utgangspunkt i mine to valgte perspektiver, samt Lauvengs egne erfaringer, også noen av de som kommer frem ellers i boka. Psykisk helsearbeid er i endring. Selv om den psykiatriske modellen i lengre tid har gjennomsyret psykisk helse-Norge, begynner vi å ane en utvikling i en mer kontekstuell retning, der vi møter brukeren der han er, og på hans premisser. Kan det være at vi går imot et paradigmeskifte? Eller er dette en bølge, som stilner igjen etter en stund? Slik jeg ser det, er det uansett helt klart at det lokalt baserte psykisk helsearbeidet, med dens terapiformer slik de har utviklet seg, legger bedre til rette for å se hele mennesket, og unngå dehumanisering, enn den fremdeles biomedisinsk-orienterte helsehjelpen som ofte ytes i institusjonene.

LITTERATURLISTE

- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bøe, T.D., og Thomassen, A (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ekeland, T.J. (1999) Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentallistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, nr. 36, 1036-1047.
- Haugsgjerd, S. m.fl. (2002). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jensen, P. (2006). *En helt annen hjelp*. (1. utg.). København: Akademisk Forlag.
- Karlssoen, B.E. (2011). Psykisk helse i spennet mellom krav til produksjon og levd liv. I: Andersen, A. J. W. og Karlssoen, B.E. (Red.). *Variasjon og dialog* (s. 151). Oslo: Universitetsforlaget.
- Karlssoen, B.E. (2011). Psykisk helsearbeid. Behovet for ny kunnskap. I: Andersen, A. J. W. og Karlssoen, B.E. (Red.). *Variasjon og dialog* (s. 151). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kristoffersen, K. (2006). *Helsens sammenhenger. Helsefremmende prosesser ved kronisk sykdom*. Oslo: Cappelen Forlag AS.

Lauveng, A. (2011). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Norvoll, R. (2009). Makt og sosial kontroll innenfor psykisk helsevern. I: Norvoll, R. (Red.). *Samfunn og psykiske lidelser*. (1. utg., s. 131). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

NOU (1998): 18. *Det er bruk for alle*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Rådet for psykisk helse (2003). Stykkevis og delt. Forprosjekt om kvalitetsavvikling i psykisk helsearbeid. Elektronisk versjon:

<http://www.psykiskhelse.no/diverse/dokumenter/KUP-hoering.doc>.

Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler*. Helsingfors: Tano Aschehoug.

Seikkula, J. og Arnkil, T.E. (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.

Valla, B. (2012). *Klient- og resultatstyrt praksis. Opplæring i Kristiansand kommune*. Forelesning 19. oktober ved Gyldengårdbygget, Kristiansand (upubl.).

Volden, O. (2012). *Brukerperspektivet: Visjoner, resultater, restanser, barrierer og strategier*. Forelesning 17. november ved Videreutdanning i psykisk helse, Institutt for helsefag, Fakultet for helse- og idrettsfag, Universitetet i Agder, Arendal (upubl.).

Wifstad, Å. (1997). *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri*. Oslo: Tano Aschehoug.

