



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

Tittel: På hvilken måte er personsentrert terapi effektivt i forhold til rehabiliteringen av personer med alvorlige psykiske lidelser.

Elisabeth Ranheim

Totalt antall sider inkludert forsiden: 24

Molde, 13 April 2010



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: På hvilken måte er personsentrert terapi effektivt i forhold til rehabiliteringen av personer med alvorlige psykiske lidelser.

Tittel på engelsk:

Forfatter(e): Elisabeth Ranheim

Fagkode: VPH 705

Studiepoeng:

Årstall: 2010

Veileder: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 12.04.2010

Antall ord: 7951

Sammendrag

Ved min arbeidsplass blir vi stadig spurt om vi har nok kunnskap om, og er flinke nok til å ta brukeren med i sin egen behandling under innleggelse i institusjonen. Har vi nok kunnskap om pasientens rettigheter i forhold til brukermedvirkning og individuell plan? Vi bruker lover og regler, og pålagte oppgaver gjennom helsedepartementet. Noe er vi begynt å bli flinkere til, mens vi ennå er dårlige på andre områder. Dette var bakgrunn for mitt valg av tema på fordypningsoppgaven. Hvordan kan jeg bli flinkere til å ivareta, inkludere og samarbeide med pasienten, i dette tilfellet i en rehabiliteringsprosess ut fra institusjon.

Ved å skrive om et psykoterapeutisk perspektiv, som min arbeidsplass har som grunnfestet perspektiv, har jeg tilegnet meg mer kunnskap ved å bruke pensumlitteratur og bøker av andre forfattere. Jeg tok utgangspunkt i Helsedirektoratets egne artikler om emnet Individuell plan og brukermedvirkning.

Jeg syntes det var veldig vanskelig å finne relevant litteratur om akkurat emnet rehabilitering og psykiatri. Jeg fant imidlertid en bok om nettopp dette emnet, men den rakk dessverre ikke å bli utgitt fra forlaget, før oppgaven skulle leveres inn. Jeg vil imidlertid få min arbeidsplass til å kjøpe denne boken når den blir utgitt våren-10.

Å skrive denne oppgaven, har gitt meg mange aha-opplevelser. Jeg ser i etterkant at mye kunne ha vært gjort annerledes i forbindelse med pasientens rehabiliteringsprosess, og jeg ser at vi må bli mye flinkere til å inkludere pasienten fra dag en, i behandlingen.

Jeg håper å kunne ta med meg denne kunnskapen tilbake til min arbeidsplass.

Innhold

| | |
|---|-----------|
| Sammendrag | 3 |
| Introduksjon | 1 |
| PROBLEMSTILLING: | 2 |
| TEORI | 4 |
| Den hermeneutiske sirkel..... | 4 |
| Psykoterapeutisk perspektiv..... | 4 |
| Brukermedvirkning..... | 9 |
| Individuell plan..... | 10 |
| Rehabilitering..... | 12 |
| EMPIRI | 13 |
| DISKUSJON / DRØFTING | 15 |
| På hvilken måte kan personsentrert terapi bidra til relasjonsbyggingen?..... | 15 |
| Hvilke muligheter og begrensninger ligger i Personsentrert terapi i en rehabiliteringsprosess?..... | 17 |
| Brukermedvirkning..... | 17 |
| Individuell plan..... | 18 |
| Konklusjon..... | 21 |
| Litteraturliste | 23 |
| Internett:..... | 24 |

Introduksjon

Den personsentrerte tilnærmingen har vist seg å være meget anvendbar i rehabiliteringsprosessen hos personer med alvorlige psykiske lidelser.

Dagens regelverk kan sies å speile det humanistiske menneskesynet man finner i personsentrert terapi. Dette blir spesielt tydelig på området "brukermedvirkning".

I følge direktiv fra Helsedirektoratet, blir brukermedvirkning omtalt på denne måten:

"Brukermedvirkning er et sentralt tema i Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008). Evaluering av Opptrappingsplanen viser at dette arbeidet ikke er godt nok ivaretatt, og at brukermedvirkning er en forutsetning for at målene i Opptrappingsplanen kan nås.

Brukere har rett til å medvirke, samtidig som brukermedvirkning har en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Målet er god brukermedvirkning på individnivå, systemnivå og politisk nivå. For å intensivere arbeidet med å nå overordnede mål og prinsipper for brukermedvirkning, har sosial- og helsedirektoratet utarbeidet egen rapport på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet"

På min arbeidsplass, er det stadfestet i institusjonens retningslinjer, at vi skal jobbe ut i fra et humanistisk perspektiv, og med det være bevisst den enkelte pasients rettigheter og krav om medbestemmelse.

Som helsearbeider ved et distriktpsykiatrisk senter, møter jeg pasienter som har vært inneliggende på institusjon over lang tid. Flere av disse pasientene har vært så lenge i institusjon, at de trenger tid på å forberede seg på en ny tilværelse utenfor institusjonen. Mange utfordringer og hindringer kan en møte på, og det er i denne rehabiliteringsfasen ut til egen leilighet, vi som helsearbeidere, skal møte og støtte pasienten. Det kan være mange forskjellige grunner til at pasientene har vært innlagt over tid. Flere av disse har alvorlig psykisk lidelse, men målet for pasienten må/ bør / skal være å greie seg mest mulig på egen hånd ut i samfunnet. Mange momenter spiller inn i denne prosessen. Er pasienten ung eller gammel. Har han bodd for seg selv tidligere? Har han egen leilighet som han kan

skrives ut til, eller må han ha hjelp til å skaffe seg leilighet. Er pasienten i stand til å bo for seg selv eller må han ha tettere oppfølging som for eksempel i et bofellesskap? Noen av disse spørsmålene vil jeg forsøke å svare på i min fordypningsoppgave. Jeg har valgt å skrive om Thomas, og hans hverdag med diagnosen Schizofreni. Hans hverdag er en utfordring både for han selv som person, og oss personal, som samarbeider med han. Vi som personal må forholde oss til mange ulike personer i hans gale verden, og ikke bare hans virkelige verden, den samme som vår. Thomas må bli både hørt og forstått, dette for at ikke samarbeidet skal opphøre. Vi må kommunisere, og finne de riktige måtene å samhandle på. Dette gjør vi best ved hjelp av forslag fra Thomas selv. Han må føle seg både ivaretatt og respektert i vår rehabiliteringsprosess.

Når en person er innlagt ved vår institusjon, er blir han definert som pasient. Carl Rogers definerer sine "pasienter" som klienter. I og med at pasienten som jeg skriver om er innlagt ved et distriktpsikiatrisk senter, vi jeg definere han som pasient.

PROBLEMSTILLING:

På hvilken måte er Personsentrert terapi effektivt i forhold til rehabiliteringen av personer med alvorlige psykiske lidelser.

Ved å benytte seg av personsentrert terapi til vår pasient, vil en starte en endringsprosess overfor pasienten. Personsentrert terapi, går ut på å møte pasienten der han er. Det er *her og nå* som er temaet, og ikke hva som har vært, eller hva som skal/ kan skje som er fokus. I behandling med PST er det ingen mål for behandling. Filosofien går ut på at mennesket er i stadig endring. For pasienten kan dette være starten på en ny tilværelse, "tilbake til livet", etter å ha vært inneliggende på institusjon i mange år, og spesielt i de viktige ungdomsårene. Har pasienten behov for tilbakemeldinger på sin adferd,

får han det. Han vil speile seg i sin terapeuts opptreden og væremåte. Dette skal være en gjensidig prosess både for terapeut og pasient. Rehabilitering ut til egen leilighet er en langvarig prosess, men mye feiling og prøving. Denne prosessen er basert på gjensidig respekt og tillit. Den krever empati, ekthet og samhandling. Brukermedvirkning må tas på alvor og brukes aktivt. Samtidig er dette en prosess som kan skape sterke følelser, hos både pasient og personal. Overfor pasienter med alvorlig psykisk lidelse, er en endringsprosess, en prosess som også kan skape endringsmotstand hos pasienten. Alle parter må derfor være forberedt på at det kan bli en del frem og tilbake. Tanken på å forlate en trygg og god institusjonstilværelse kan virke skremmende. Det samme gjelder tanken på ensomhet. Det er derfor viktig at det blir dannet ett nettverk rundt pasienten. Dette nettverket, det være seg sosialt og faglig, må pasienten skape ett gjensidig tillitsforhold til, allerede før utskrivelsen, og det må stå klart til å ta imot pasienten den dagen han skrives ut. Hvis pasienten selv ønsker det, må kontakten med familien etableres på nytt. Ved å danne ett nettverk ut i kommunen, kan han starte ett nytt liv på egne premisser. For å oppnå best mulig resultat i denne rehabiliteringsprosessen, vil brukermedvirkning være et viktig stikkord. Når vi samtidig bruker personsentrert terapi, vil vi kunne få frem de synspunkter og meninger som hovedpersonen selv (pasienten) har i hvert enkelt tema under prosessen, og han blir delaktig. Hvordan skal vi så greie å oppnå ett godt resultat i løpet av denne rehabiliteringsprosessen? Dette vil jeg forsøke å få besvart gjennom å diskutere og drøfte; På hvilken måte kan personsentrert terapi bidra til relasjonsetableringen? Hvilke muligheter og begrensninger ligger i personsentrert terapi, i en rehabiliteringsprosess?

TEORI

Den hermeneutiske sirkel

Humanistisk psykologi er forankret i den humanvitenskaplige metoden, som fokuserer på menneskets motiver, hensikter, og kulturelle sammenhenger, vurderinger og forståelser, uten å være forklarende, slik positivismen og den naturvitenskaplige metoden.

I en terapiprosess må jeg tolke de svarene jeg får fra mine pasienter, for å skape en bedre forståelse av de mange fenomenene som kommer frem i samtalene med dem. Jeg tolker og tar fra hverandre enkeltdelene, som igjen blir satt sammen til en helhet. I dette arbeidet stiller jeg spørsmål, jeg får da nye svar, noe som igjen medfører en korrigert forforståelse og en ny forståelse. Alt dette bringer meg videre i tolkningsprosessen, noe som er nødvendig for å forstå de tanker og meninger som pasientene har i forhold til utflyttningsprosessen de er i gang med. Denne prosessen kalles den hermeneutiske sirkel i følge Thornquist (2006).

Psykoterapeutisk perspektiv

Humanistisk psykologi er opptatt av et menneskes subjektive og erfarte opplevelse av verden, og fokuserer på menneskets dagligliv og livsverden. Sentrale temaer i humanistisk psykologi er, her og nå situasjoner, valg, angst for frihet, og død.

Begrepet humanisme oppsto på 1500 tallet, som en motreaksjon til den tids ortodokse kristendom. Det filosofiske grunnlaget står sentralt i humanistisk forståelse av mennesket og dets psyke.

Humanismen fokuserer på hvordan mennesket skiller seg fra dyrene gjennom sin utøvelse av frihet. Humanismen innebærer en måte å forstå verden på og handle på, og har noen grunnleggende prinsipper:

- Mennesket ansees i prinsippet som fritt. Det er fritt til å danne sin egen personlighet. Dette innebærer ansvarlighet i forhold til handlinger, vurderinger og hensikter.
- Det finnes ingen absolutt sannhet om livet. Mennesket er et bevisst og opplevende vesen som selv erfarer virkeligheten.. et menneskes

erkjennelse og handlingsmuligheter utvides gjennom aktive undersøkelser og bearbeiding og ikke gjennom passiv registrering eller autoritær overbevisning.

- Det finnes ingen absolutte verdier. Ett menneske er verken godt eller vondt. Det skaper sine egne verdier, og dets handlinger og tanker er følgelig målrettede og formålsbestemte.
- Der er ikke gitt en felles og menneskelig natur. Mennesket er et individ - udelelig og særegent – dette er det menneskelige kjennetegn. Slik sett blir forskjeller mellom mennesker mer interessante enn likheter (Haugshjerd).

Forskjellen på mennesker og dyr, er at dyrene er bundet av sine instinkter. De er ikke bevisst sin egen tilværelse i verden, har ingen verdier eller mål.

I humanismen er naturens lover underordnet i forhold til menneskets frie vilje.

Dette viser seg gjennom menneskers ulike behov og drifter, hvor betydningen er at mennesker skal følge natur, ved å tilfredsstille lyst og unngå ulyst (Haugshjerd).

De grunnleggende begrepene om vitenskap, mennesket og dets handlinger, erkjennelse og forståelse er hentet fra filosofi innen hermeneutikk, fenomenologi og eksistens. Hermeneutikken har inspirert den humanistiske psykologien ved å fokusere på sammenhengen mellom forståelse og tolkning, og mellom handling og mening. Hva vil det si å eksistere? Søren Kirkegaard mener vil det si å eksistere, når en trer frem og kommer til syne.

Eksistensialismen hevder at mennesket er fritt. Det har frihet til selv å velge hva det vil. Denne friheten oppnås ved aktiv innsats fra det enkelte mennesket.

Den legger til grunn en frihet til å tolke og forstå verden på forskjellige måter, ved for eksempel å si sin mening i ulike situasjoner, eller selv å tolke disse situasjonene.

Vi som mennesker må være oss bevisst, at de valgmuligheter vi har, og de valg vi tar, også vil ha konsekvenser for våre medmennesker. Våre valg kan være både oppbyggende eller ødeleggende for våre medmennesker.

Rogers (1902 – 1987) var spesielt interessert i selvet. Han mente at selvet hele tiden arbeider med å skape en overensstemmelse mellom menneskets erfaring og jeget, det vil si opplevelsene mellom de ytre og indre realiteter. Hans filosofi gikk

ut på at overensstemmelsen dannet grunnlaget for indre og ytre frihet og angsten ble fraværende. Ved manglende overensstemmelse, ble bevisste og ubevisste konflikter fra barndommen, grunn for angst og splittelse. Humanistisk psykologi bruker ikke begrepet pasient men klient. Dette fordi mennesket ikke blir sett på som sykt, men en person som har stoppet opp i sin utvikling, og som trenger hjelp for å komme videre.

Fokuset for behandlingen vil være pasientens opplevelse av problemene her og nå. Ett menneske har ett grunnleggende behov for å realisere seg selv så langt det er mulig. Nettopp denne erkjennelsen og ønsket om selvaktualisering, skiller mennesket fra andre skapninger (Hummelvoll).

For å forstå humanistisk psykologi er det 3 hovedområder som er i fokus. Det ene er *personbegrepet*, hvor en må se på helheten, for å forstå og forklare følelser, drifter og tanker. Som terapeut må en få kjennskap til, forståelse av, og tilgang til klientens opplevde verden. Det andre området *metodesynet*. Dette er basert på et grunnsyn, om at kunnskap om mennesket kan oppnås gjennom fortolkning og beskrivelse av bevissthetsfenomener. Dette i form av fenomenologi som sier at bevissthetsfenomener må være personlige og selvopplevde, noe som til slutt skal kunne skape innsikt og forståelse av et menneskes meningsstrukturer. Den hermeneutiske metoden angir bestemte regler for hvordan man skal kunne fortolke ulike historiske tekster. Dette kan innen humanistisk psykologi oppnås ved å omgjøre et menneskes livshistorie, til gjenstand for fortolkning på samme måte som historiske dokumenter. Det siste hovedområdet er *forklaringsbegrepet*, som sikter til forståelsen av selvet og dets mangfold. Både personbegrepet og metodesynet har som mål å studere og forstå hele mennesket.

Humanistisk psykologi forklarer muskulære spenninger i kroppen som et motsvar til uutholdelige følelser, noe som igjen kan føre til kroniske muskelsmerter og et fortrenget følelsesliv. Ved ikke å være i kontakt med seg selv, lever mennesket uekte. Dette kan være starten på en prosess hvor fremmedgjøring, følelsesmessig forknytthet og isolasjon kan bli ett av resultatene, og personen funderer over meningen med livet.

Abraham Maslow så på hvert menneske som en unik person, en helhet, bestående av kropp og sjel, hvor selvaktualisering er viktig i form av å virkeliggjøre

det som er menneskelig i oss. Dette oppnår mennesket gjennom å utvikle intellektuelle, kunstneriske, sosiale og religiøse anlegg, fullføre sitt livsmål, skaffe seg økte kunnskaper om sin person og skape harmoni mellom motstridende tendenser i egen personlighet. For å kunne oppnå selvaktualisering må våre grunnleggende behov være tilfredstilt;

- fysiologiske i form av sult, tørst,
- trygghet, ved å føle seg trygg og sikker og ikke å være i fare,
- tilhørighets og kjærlighetsbehov, ved å bli akseptert, sosial tilhørighet
- behov for anerkjennelse, ved å oppnå noe, ros, respekt
- kognitive behov, ved å vite, forstå og utforske
- estetiske behov, ved symmetri, skjønnhet, orden.

I behandling er det klientens følelsesmessige og kroppslige opplevelse *her og nå* som er det sentrale. Terapeutens mål vil være å møte klienten i hans egen forestillingsverden, og få en felles forståelse av klienten som ett helt menneske. Helhetstenkning er det sentrale i behandlingen, det gjelder seg forståelsen av problemene og ved bearbeiding av disse. For terapeut og klient er det viktig å skape betingelser som gjør at klienten treffer valg på et fritt og selvstendig grunnlag. Målet er at klienten selv skal kunne se og ta selvstendig valg i ulike livssituasjoner, og ved kompliserte følelsesmessige opplevelser. Greier klienten å se dette, blir han seg bevisst sin frihet til å ta egne valg, og han oppnår en større grad av ekthet og nærhet til seg selv og andre mennesker.

Et samarbeid mellom klient og terapeut forutsetter gjensidig respekt og akseptasjon av hverandres eksistens. De må se på hverandre som to likeverdige individ. Å oppnå innsikt og forståelse av de aktuelle problemene, vil være det terapeutiske arbeidets hovedfokus. Ved å gå gjennom en forståelses og erkjennelsesprosess, vil det være et mål at klienten opplever innsikt. Oppnår klienten denne innsikten vil han oppleve seg selv som en helhet.

Terapeutens rolle i disse prosessene, er å være veileder og ikke tradisjonell behandler. En veileders utgangspunkt er å hjelpe et menneske som leter etter større grad av ekthet og kontakt med seg selv. Klient / terapeut forholdet skal være preget av ærlighet, nærhet og åpenhet, og terapeuten skal fremstå med varme, omsorg og omtanke.

Klienten kan bli veiledet til innsikt i områder eller adferd han kan ha behov for å forandre, men han har selv ansvar for å ta egne valg, og for konsekvensene av disse valgene.

Carl Rogers er den personen som er mest kjent for å videreutvikle humanistisk terapi klinisk og metodisk. Hans filosofi røtter ved terapeutens holdning til klienten, ved å innta en empatisk rolle i en varm, positiv og aksepterende atmosfære. For at klienten skal bli bevisst sine ubevisste følelser og motiver, må terapeuten bevisst speile og reflektere klientens respondering og væremåte.

Carl Rogers går ut i fra noen sentrale punkter i sine møter med klienter.

Elementene empati, ekthet, kongruens, og bevissthet i forhold til egne følelser, er grunnleggende i en terapeut / klientprosess.

Ved å innta en *empatisk* rolle, skal terapeuten kunne oppleve den andres fortvilelse og smerte, og samtidig stå utenfor intensiteten og styrken i følelsene.

Ved selv å ha kontroll over sine egne følelser, blir han en støtte for den andre. I

følge Rogers skal en god terapeut kunne gjenkjenne og oppleve en klients

følelser, samtidig som han viser mulighetene til å komme videre. På denne måten gir terapeuten klienten et bilde på hvordan han fremstår og hvordan han kan bli.

Terapeuten må også være i stand til å vise *ekthet* gjennom å være åpen for egne følelser som angår klientens situasjon. Terapeuten må kunne formidle de følelser han selv kjenner, under samtale med klienten, det være seg for eksempel egoisme, eller selvoppgittethet.

Hvis terapeuten ikke er i stand til dette, vil han ikke bli oppfattet som ekte, og dermed skape utrygghet til klienten. For å oppnå trygghet, må terapeuten være bevisst sin rolle, oppgaver, verdier og interesser, persepsjon og kunnskap.

Terapeutiske prosesser og metoder vil være avgjørende i samarbeid med klienten, i tillegg til en genuin interesse og ønske om å hjelpe klienten. Ved å greie å

formidle varme og forståelse, vil klienten kjenne at terapeuten lever med i hans

situasjon. Er terapeuten i stand til å leve med andres vansker, må han også greie

å lete etter, samt leve med egne vansker. Greier han ikke det, vil det bli en

disharmoni med hans oppgave som terapeut. Denne samstemtheten kan også

beskrives som *kongruens*. Det han sier og det han gjør i forhold til andre

mennesker, må stå i samsvar. Hvis dette fungerer, vil selv terapeuten oppleve en

grad av vekst, og begge parter utvikler seg sammen. Ved at terapeuten formidler

tilbake klientens egne opplevelse og følelser som han uttrykker under terapien, vil

klienten etter hvert tørre å erkjenne og vedkjenne seg disse, og til sist bli *bevisst sine egne følelser*. Målet ved en terapiprosess er å utvikle frigjøring, vekst og utvikling hos klienten. Er klienten i stand til dette, vil han oppleve et mer ekte forhold til seg selv, og sine følelser. Han vil få mindre forsvarsholdninger, og fysisk og psykisk smerte og muskelspenninger. Han får en mer realistisk oppfatning av seg selv, og bedre og større evne til å glede seg over, og godkjenne sine medmennesker (Haugsgjerd).

Filosofien innen humanistisk terapi går ut på at det ikke er noe behandlingsmål, da mennesket trenger utvidelse og ikke et endelig mål (Nilsen/ Lippe).

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning har som mål at pasienten er deltagende i egen behandling.

Ved å la pasienten være deltagende i oppsettingen av egen behandlingsplan, og pleieplan, vil / kan tiltakene bli / se annerledes enn hvis helsepersonell utarbeider planen uten medvirkning fra personen som skal ha den. Når pasienten er delaktig vil planen fokusere på det som pasienten selv mener er viktig for sin egen helse, og tiltakene vil være rettet mot pasientens interesser og grunnleggende behov.

Tiltakene som pasienten setter opp har sin bakgrunn i det han bryr seg om, og ikke det personalet alltid mener er det riktige for pasienten. Brukermedvirkning i behandlingsprosessen, kan være med å bidra til at pasienten både ser og får nye muligheter i livet. Brukerens egne ressurser, som kunnskap og kompetanse, blir en basis når en planlegger og gjennomfører behandlingen. Ved å ta i bruk brukermedvirkning i en institusjon, åpnes det opp for medbestemmelse. Dette kan igjen bety at hjelperen må slippe opp for kontroll, og samtidig tåle større grad av kaos og usikkerhet. Av pasienten kreves det mot og vilje til å ta ansvar for seg selv (Vatne).

Empowerment er et demokratisk fenomen som omhandler omfordeling av makt og utvikling av sosial rettferdighet. Brukermedvirkning kan også sees på som en prosess hvor det sentrale målet er å overføre makt til blant annet personer med psykiske lidelser. Makten må gis og tas tilbake av brukere med omsorgstiltak, slik at de kan gjenvinne styringen over forhold som påvirker livet deres. For å styrke brukernes makt må man tilrettelegge forhold som bidrar til å øke den enkeltes

ansvar, kontroll og uavhengighet. Det innebærer at personer med psykiske lidelser utvikler en gruppebevissthet, at pasienten reduserer tendensen til å klandre seg selv for sine vansker, og tar et personlig ansvar for endringer. (Norvoll).

Hjelperne er mer opptatt av å finne løsninger enn å vektlegge problemene.

Oppmerksomheten i hjelperelasjonen er flyttet fra å jobbe med svikt, til å fokusere på pasientens styrke, evne og rettferdighet. Dette er en prosess over tid, og som deles inn i 4 stadier:

Inntreden, fremgang, inkorporering og innlemming, og siste stadium som er tilslutning til ny kunnskap og nye strukturer.

Ved å brukemedvirkning i samhandling med pasienten, endres pasienten fra å være passiv deltaker til å bli aktiv medvirker (Vatne).

Individuell plan

I følge helselovene har alle pasienter / klienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, rett til å få utarbeidet en individuell plan.

Individuell plan er et verktøy hvor tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Ansvar for utarbeidelse og videreføring av IP er i utgangspunktet et kommunalt ansvar. Er pasienten innlagt i institusjon, er det viktig at IP blir opprettet så raskt som mulig. Dette for å sikre at pasienten får den oppfølgingen han har krav på med det samme han skrives ut. Videreføring av IP vil etter utskrivelse, bli ett kommunalt ansvar, hvor tjenesteyter siden har ansvaret for videre oppfølging, kartlegging av mål, ressurser og behov for tjenester.

Et godt samarbeid med brukeren om individuell plan kan bidra til gode terapeutiske effekter, som for eksempel bedre selvbilde, større tro på egne ressurser, og et styrket håp om positive endringer.

Formålet med utarbeidelsen av en individuell plan er:

Å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det skal også sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottakeren.

Å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov.

Å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteyter og etater innen et forvaltningsnivå på tvers av forvaltningsnivåene. (Helsedepartementet)

Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til tjenestemottakerens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger. Planen skal inneholde følgende hovedpunkter:

- a. en oversikt over tjenestemottakers mål, ressurser og behov for tjenester,
- b. en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen,
- c. en angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen,
- d. en oversikt over hva tjenestemottakeren, tjeneste- og bidragsyterne og ev. pårørende vil bidra med i planarbeidet,
- e. en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse,
- f. en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres,
- g. en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen,
- h. tjenestemottakerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger og
- i. en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater (Helsedepartementet).

Rehabilitering

Til § 2. Definisjon av habilitering og rehabilitering

Definisjonen av re -/habilitering er tilsvarende som framsatt i St.meld.nr.21 (1998-1999) Ansvar og mestring.

Dersom en virksomhet skal kunne betegnes som rehabilitering eller habilitering, må følgende kriterier være oppfylte:

- Brukeren, eventuelt hans eller hennes pårørende og familie må stå sentralt i prosessen og i oppfølgingen.
- Departementet har sett det hensiktsmessig med en samlen og overordnet definisjon av re -/habilitering. Rehabiliteringsprosessen eller prosessene må være tidsavgrenset, planlagt og målstyrt, og tiltakene må være planmessige og om nødvendig skriftlig nedfelt i en individuell plan og styrt av klare målsetninger.

Rehabiliteringstjenester skal tilbys og ytes fra et brukerperspektiv, noe som forutsetter at brukerens behov settes i sentrum og at forholdene legges til rette for aktiv deltagelse og medvirkning fra brukerens side, eller fra dennes pårørende eller verge. Rehabiliteringstilbudet skal være samordnet, tverrfaglig og planmessig. Dette innebærer at de ulike tiltakene i rehabiliteringsprosessen, skal være koordinert og basert på felles målsetninger for de involverte. Det skal også være forutsigbart for brukere, pårørende og personell. I tillegg skal rehabiliteringstilbudet ytes i, eller nærmest mulig, brukerens vante miljø. Når en pasient skal forberedes til for eksempel utskrivelse fra institusjon, kan noen konkrete holdepunkter være et godt hjelpemiddel i denne rehabiliteringsprosessen.

Rehabiliteringsprogrammet må ta utgangspunkt i pasientens interesser, verdier og sosiale situasjon. Det må være basert på hvilket liv pasienten selv ønsker seg.

Personalet som skal jobbe sammen med pasienten i denne rehabiliteringsprosessen, må ha tro nok til å overvinne pasientens manglende tro på egne muligheter. Det vil være viktig med et engasjert og orientert personal, da mye av jobben vil bestå av motivering og støtte (Hummelvoll).

En rehabiliteringsprosess omfatter mange og ulike områder hvor man tar sikte på forandring og heving av funksjonsnivå. En individuell plan vil derfor kunne bestå av ulike tjenester fra så vel den kommunale helse- og sosialtjenesten som spesialisthelsetjenesten, der et poliklinisk behandlingsopplegg eller et opphold i døgn institusjon under spesialisthelsetjenesten vil inngå som ett av flere tiltak.

EMPIRI

Thomas er innlagt ved et DPS, som en døgnbemannet psykiatrisk institusjon. Han er en mann på 34 år. Han har hatt en god og normal oppvekst sammen med mor og far. Han er nummer to i en søskenflokk på tre. Han har en eldre søster og en yngre bror. På skolen hadde han gode karakterer og en stor omgangskrets. Da Thomas begynte på ungdomskolen ble hans foreldre skilt. Det ble mye krangling mellom foreldrene, og han begynte å tilbringe mer og mer tid sammen med sine kamerater. De brukte å samles hjemme hos hverandre, hvor det etterhvert ble en del eksperimentering med ulike rusmidler. Da Thomas ble 20 år, fikk han innkalling til militæret. Han kom sammen med medsoldater som også eksperimenterte med rusmidler. Etter en frihelg, med mye fest og rus, ble Thomas aggressiv, og gikk til angrep på sin mor og besteforeldre. Han ble lagt inn ved et psykiatrisk sykehus, psykotisk og med massive vrangforestillinger. Dette er hans første innleggelse i en psykiatriske institusjon.

På bakgrunn av sykdomsbildet, flere innleggelse og lang utredning får Thomas tilslutt diagnosen Schizofreni.

Thomas er både syns og hørselshallusinert. Dette har gitt seg utslag i blant annet mye tvang. For at vi personal skal forstå Thomas bedre, har vi spurt han hvordan hans livsverden er. Thomas forteller da at hans hverdag består av to verdener. Den verden hvor menneskene bor, og hans egen psykotiske/ gale verden. Thomas går inn og ut av disse verdener, og greier sjelden å føre en normal samtale lengre enn 10 minutter. Thomas beskriver sin hverdag, som å balansere på en knivegg. Han er konstant redd for å miste fotfestet, og sier han da er redd for å falle i den ene eller andre verden. I hans gale verden, er det kampen mellom det gode og det vonde som rår. For at personalet skal forstå hans gale verden

bedre, har han tegnet den labyrinten som han "ser" i gangene ved institusjonen. Han beskriver i detalj hvordan hans gale verden eksisterer. Alle hans hallusinasjoner og tvang gjør samarbeidet med han til tider vanskelig. Dette fordi han ikke kan være hjemme på overnattingspermisjoner eller skrives ut ved bestemte datoer og tall.

Han har også vanskelig for å skape relasjoner med personalet. Det personalet han snakker med, har blitt "godkjent av rådet" i hans gale verden på grunnlag av tall i atmosfæren. De er i samme "svære". Hans utvelgelse av personal, har til tider vært problematisk i avdelingen, på den måten at han ikke snakker til, eller tar kontakt, med personalet som har vært på vakt.

Thomas sykdom gjør at han sliter mye med angst og stemmer som befaler han å gjøre vonde ting. Frem til nå har han greid å ha kontroll over disse onde stemmene, men han er alltid redd for ikke å greie å sette grenser overfor disse stemmene.

Thomas har fått tilbud om hjelp til å bearbeide sine stemmer, men han ønsker ikke dette.

Når Thomas har vært hjemme på permisjoner til leiligheten, har han selv fortalt at han kan sitte i ett hjørne i stuen hele helgen, dette fordi stemmene har befalt han det. Han forteller også at han har blitt befalt å sitte på en "pidestall". Da sitter han midt i rommet, mens hans hallusinasjoner, danser rundt han og håner han. Dette kan pågå i flere dager.

Thomas skal nå flytte ut fra institusjon og inn i egen leilighet, og han er veldig spent på dette. I samarbeid med avdelingen, skal det legges tilrette for at dette blir en positiv opplevelse for han. Utfordringene for oss helsepersonell er mange i forhold til Thomas. Vi gjør oss opp mange tanker, og stiller mange spørsmål, om hvordan dette skal gå når han kommer i egen leilighet.

Vil han greier å komme ut av disse vanskelige episodene / periodene. Vil han greie å gjøre innkjøp selv? Få i seg nok ernæring?

Vil han greie å holde orden på økonomien? Vil han holde seg unna rus, det være seg stoff eller alkohol? Hva med ensomhet? Han har fortsatt god kontakt med mor og søsken, men far er blitt mer fraværende. Vil han greie å ta imot besøk, hvis de

kom?

Thomas har fått opprettet Individuell plan, som han selv administrerer. Han har selv ansvaret for å kalle inn til møter, noe han gjør minimum 2 ganger I året, og ytterligere ved behov.

DISKUSJON / DRØFTING

På hvilken måte kan personsentrert terapi bidra til relasjonsbyggingen?

Thomas skal nå flytte fra institusjonen, og ut i egen leilighet. I og med at Thomas har fått en diagnose innenfor området alvorlig psykisk syk, vil det være flere utfordringer for oss som helsearbeidere. Noen av utfordringene vil være å oppnå gjensidig respekt, og forståelse. Hvordan kan så dette oppnås? For en person med alvorlig psykisk lidelse vil respekt, ekthet, empati være noen stikkord.

For å skape en god relasjon må jeg som helsepersonell utvise nærhet, omsorg og empati. Empatien må være ekte, og er en prosess hvor man samler opplysninger og inntrykk, kontakter sine følelser, kunnskaper og erfaringer, samt vurderer pasientens situasjon og hva han trenger (Strand).

Jeg må kunne være i stand til å formidle egne følelser. Som nevnt tidligere må terapeuten kunne oppleve den andres fortvilelse og smerte, men samtidig greie å stå utenfor intensiteten og styrken på de følelsene som blir formidlet. Når Thomas kjenner på frykten for å flytte for seg selv, redselen for å bli alene og redselen for sine mange psykotiske "mareritt", må jeg som terapeut, greie å utvise en trygghet, og stødighet overfor det han uttrykker verbalt og nonverbalt. Ved at jeg da viser han at jeg har kontroll på mine egne følelser, vil dette være beroligende på pasienten, som igjen vil gjøre at han greier å gjenoppta egenkontroll. Thomas må føle seg respektert og forstått, som oppnås ved at jeg er ekte, i den forstand at jeg har tid til å lytte til det han har å formidle av følelser og tanker. Jeg må samtidig

være i stand til å formidle mine egne følelser. Hvis jeg kjenner på følelser som oppgitthet, er uenig i det han sier, eller at jeg kjenner på min egen utilstrekkelighet i forhold til hans psykotiske verden, må jeg greie å formidle dette til han: "jeg hører hva du sier, men jeg kan ikke si at jeg forstår den "andre" verden som du forteller om, fordi det ikke er den verden jeg lever i", eller "det er ikke slik jeg oppfatter vår verden". Når Thomas uttrykker redsel som sin ensomhet, kan jeg svare han og si " jeg forstår at du har det vondt, og kjenner på angst og redsel, noe jeg også hadde gjort, hvis jeg var i samme situasjon". Jeg må formidle kongruens i form av gjenkjenning og samsvar. Det jeg sier og det jeg gjør må stå i samsvar med andre. Jeg er meg og du er deg, og vi kan alle ha, eller ha hatt de samme følelsene. Som helsepersonell, må vi kunne kjenne balansen mellom nærhet og avstand, og respektere annerledeshet og forsvar (Strand).

I følge Carl Rogers må terapeuten kunne formidle de følelser han selv kjenner, under samtale med klienten, det være seg for eksempel egoisme, eller selvoppgitthet.

Hvis terapeuten ikke er i stand til dette, vil han ikke bli oppfattet som ekte, og dermed skape utrygghet til klienten. For å oppnå trygghet, må terapeuten være bevisst sin rolle, oppgaver, verdier og interesser, persepsjon og kunnskap. Som Thomas hjelper og samtalepartner, må jeg selv være i stand til å betrakte meg selv, evaluere og korrigere min egen væremåte, samtidig som jeg må bruke det moderlige (god, kjærlighetsfull og omsorg), og det faderlige prinsipp (grensesetting, regler, krav, struktur) (Strand).

Er disse prinsippene forenelig med den personsentrerte terapien?

Mye taler for det. Vi skal sammen med pasienten være støttende og tryggheten, og de støttespillerne som skal hjelpe han å skape seg ett nytt liv utenfor institusjon. Pasienten kan vegre seg, og trekke seg unna det som er ukjent og føles uttrygt. Ved å lytte, samarbeide og finne løsninger sammen med han, vil hans selvfølelse av mestring også øke. Gjennom å møte han, stå sammen med han og være støttende, vil pasienten gå ut i fra institusjonen med styrket selvfølelse. Dette kan vi kanskje oppnå ved å være godt forberedt før utskrivelse, ved at Thomas lager seg sitt eget sikkerhetsnett med gode støttespillere.

Fallhøyden vil i tilfelle noe skulle skje, ikke bli så høy, som den ville ha blitt hvis ikke pasienten hadde blitt hørt og tatt med i planleggingen.

Hvilke muligheter og begrensninger ligger i Personsentrert terapi i en rehabiliteringsprosess?

Brukermedvirkning

I følge Statens helsedirektorat, er brukermedvirkning et viktig tema, hvor målet vil være å styrke pasientens egenverdi, den terapeutiske verdien, i tillegg til at det vil være ett virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene som vil komme innunder en rehabiliteringsprosess.

Thomas har krav på å bli hørt og forstått, hvor vi som hans støttespillere bør hjelpe han å fokusere på det som han selv mener er viktig for sin egen helse.

Thomas har de siste 10 år vært mer eller mindre inneliggende på institusjon, kun avbrutt av noen korte ukers utskrivelse. Det er nå bestemt at han skal skrives ut til egen leilighet, som han har kjøpt.

Dette er en prosess som det er brukt lang tid på å planlegge. Hvorfor har dette tatt så lang tid? I Thomas sitt tilfelle kommer noe av dette på grunn av hans alvorlige diagnose, og hans krav på å være medvirkende i sin egen utflyttingsprosess. Ved at avdelingen har vært bevisst på nettopp dette, har denne også vært med på å gjøre prosessen lengre.

Når Thomas er innlagt på institusjon, skal han selv være delaktig i utarbeidelse av sin egen pleieplan, han skal også være med å evaluere dagen sin, ut i fra de problemer som er satt opp på denne pleieplanen. De problem og tiltak som Thomas selv har satt opp på pleieplanen vil gjenspeile hans interesser, grunnleggende behov og de ting som han selv bryr seg om. Hvilke utfordringer og eventuelle vansker kan dette gi oss som personal og støttespillere rundt Thomas? Hva om disse punktene ikke er gjennomfør bare? Hvordan skal vi da kunne få formidlet til Thomas at dette dessverre ikke er mulig? Når vi vet hvilke vrangforestillinger og alvorlige psykiske problemer Thomas sliter med, vil det være vanskelig å tenke seg hva han vil være i stand til å greie når han kommer ut til leiligheten sin. På den andre siden, må vi heller ikke glemme at Thomas var en vanlig gutt frem til han begynte i militæret. Det vil si at han tidligere hadde vanlige interesser og en god oppvekst. Det vil derfor være viktig å hjelpe han å hente frem de gode egenskapene, hans egne ressurser, for eksempel kunnskap og kompetanse som han har opparbeidet seg før han ble syk.

Når Thomas skriver ukeplan og pleieplan, må vi som jobber i teamet rundt Thomas være bevisste på at det blir satt opp realistiske mål.

Denne ukeplanen skal inneholde dagligdagse ting, som også kan overføres til hjemmet etter utskrivelse. Ved å ta i bruk en ukeplan, kan en unngå at pasienten blir "institusjonalisert" i den forstand at han, eks snur døgnet, ikke forholder seg til fastsatte måltider, og blir passiv i forhold hygiene, aktiviteter og andre sosiale sammenhenger. Ved å sette opp ukeplan, får en også avdekket de aktiviteter som pasienten vegrer seg for, det være seg busstrening, handling, samt at vi kan få avdekket en eventuell endringsvegring.

Det er ikke alltid like lett å få pasienten til å samarbeide, og noen er heller ikke i stand til å være med på denne utarbeidelsen og evalueringen. Utfordringen for oss helsepersonell vil være å finne måter hvor vi greier å få en dialog og skape tillit overfor denne type pasient. Selv om han i utgangspunktet ikke ønsker å være deltagende i sin egen hverdag og livssituasjon?

Ved å benytte empowerment vil makten gis og tas tilbake av brukere med omsorgstiltak for eksempel Thomas, slik at han kan gjenvinne styringen over forhold som påvirker livet hans. For å styrke Thomas sin egen makt må man tilrettelegge forhold som bidrar til å øke hans ansvar, kontroll og uavhengighet. Hos Thomas kreves det både mot og vilje til selv å ta ansvar. Vatne peker på viktigheten av å være løsningsfokusert. Fra å jobbe innenfor en tradisjon hvor fokuset tidligere var rettet mot problem og svikt, skal fokuset nå rettes mot pasientens styrke, evne og rettigheter. Utfordringene hos personal og pasient vil være å samarbeide om felles problemløsning.

Individuell plan

Mye må være på plass før Thomas er klar til å starte ett liv utenfor institusjonen. Dette er lang prosess, med mange forskjellige personer innen ulike yrkesgrupper skal involveres. Da Thomas er en skeptisk og sky person, vil "bli – kjent" perioden ta noe lengre tid enn vanlig. Det må skapes ett gjensidig tillitsforhold fra begge

parter. Hvis ikke denne tilliten blir skapt, må det være rom for å få andre personer inn, som så kanskje kan vinne pasientens tillit.

Thomas har fått tilbud om å opprette en individuell plan, noe han også har takket ja til. Han har samtidig gitt samtykke til at det settes i gang med utarbeidelsen av planen, og at deltagerne i utarbeidelsen av planen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger. Å takke ja til opprettelse av individuell plan vil være med å gjøre denne rehabiliteringen noe enklere, i den forstand at man får samlet de personer som vil være involvert i Thomas sitt liv, før og etter utskrivelse. Thomas har selv gjort seg noen tanker om hvem disse personene vil være. Ved å fokusere på hans egne tanker om fremtiden, hvordan han ser for seg at fremtiden vil se ut, hva han tror og mener selv han er i stand til å greie, vil han etter hvert kunne reflektere over hvilke støttespillere han trenger i en overgangsfase, og senere. Selv om personsentrert terapi ikke har noen eksakte mål for behandlingen, fordi det er her og nå som gjelder, vil det likevel være ett mål for pasienten og personalet, at han får ett bedre selvbilde, får tro på egne ressurser, og et styrket håp om at denne rehabiliteringsprosessen vil gi han en positiv endring.

En individuell plan, krever en koordinator. Koordinatoren har ansvar for at planen blir fulgt opp fremover i tid, samt kalle inn til jevnlige møter. Hvilke parter skal så være med i denne gruppen? For Thomas sin del, vil det si de personene som han vil måtte ha kontakt med etter utskrivelse. Thomas har selv gjort seg opp noen tanker om dette, da han er klar over at han ikke vil greie seg uten, spesielt den første tiden. Da Thomas selv er engasjert i denne prosessen, velger han selv å kalle inn til ett tverrfaglig møte. Han ber da fastlege, representanter fra kommunen ved psykiatrisk hjemmesykepleie og tildelingstjenesten, representanter fra nåværende institusjon, representant / særkontakt gjennom mange år ved innleggelse i annen institusjon, psykiater og psykolog, samt ambulans akutteam. I og med at det er Thomas selv som kaller inn til dette møtet, har han skrevet ned sakslisten på forhånd. Denne har han så gitt til avdelingens psykolog, som snakker Thomas sin sak. Det som er interessant i denne prosessen er at på tross av de vansker Thomas har i store forsamlinger, greier han å være til stede i første del av dette møtet. Ved å være seg bevisst brukermedvirkning, har Thomas selv kontroll over hvem som kommer i møtet, og som han har tillit til. Han føler seg ikke overkjørt av institusjonen, eller de personene som jobber sammen med han. Ved personsentrert terapi vil vekst og utvikling være en del av terapien, noe Thomas

har fått utviklet i den forstand at han er reflektert over sin egen fremtid. Hans engasjement i eget liv, er med på å gi han den styrken han trenger for å greie å gjennomføre denne prosessen, samt stå i den etter utskrivelse. Ved å samarbeide med psykiatrisk hjemmesykepleie, vil de sammen bestemme hvor ofte Thomas har behov for oppfølging. I en overgangsfase, vil det være naturlig at han får tettere oppfølging, med en til to ganger pr uke. De vil også dele ut ukedose med medisiner til Thomas.

Hva så om Thomas hadde takket nei til individuell plan? Ved mangel på egen sykdomsinnsikt, vil noen pasienter velge å takke nei, dette fordi de selv mener de ikke har behov for denne type plan, eller de mener de ikke er syk, og vil greie seg selv. Utfordringene ved slike tilfeller vil være å møte pasienten der han "er". Dette forutsetter et godt samarbeid mellom klient og terapeut, bygget på gjensidig respekt og akseptasjon av hverandres eksistens. De må se på hverandre som to likeverdige individ. Å oppnå innsikt og forståelse av de aktuelle problemene, vil være det terapeutiske arbeidets hovedfokus. Selv om vi som terapeuter kan være av den oppfatningen at pasienten må få opprettet en individuell plan, for å få koordinert sine tjenester, kan vi ikke gå inn og bestemme at han må ha denne. Dette på tross av at vi vet at han kan / vil bli innlagt i institusjon etter en tid, nettopp fordi han ikke er i stand til å ta vare på seg selv. Ved å gå gjennom en forståelses og erkjennelsesprosess, vil det være et mål at klienten opplever innsikt. Når denne innsikten uteblir, står hjelpeapparatet uten noen mulighet til å gripe inn. Det oppstår ett etisk dilemma, hvor hjelpeapparatet må stå å se at pasientens psykiske tilstand blir så dårlig at han ikke er i stand til å ta vare på seg selv. Eller han blir til fare for seg selv eller andre, og det ender med tvangsinnleggelse. Etisk dilemma oppstår det også hvis pasienten ikke er i stand til å forstå at han har en alvorlig somatisk sykdom i tillegg til sin alvorlige psykiske sykdom. Hjelpeapparatet kan ikke gjøre noe annet enn å observere, så sant pasienten ikke vil samarbeide, noe som kan resultere i fatale konsekvenser for pasienten.

Konklusjon

Ved å benytte personsentrert terapi, i en rehabiliteringsprosess vil en kunne avdekke mange pasienters egne tanker og følelser. En vil kunne se en positiv utvikling og endring hos pasienten, som gjør at han vil få bedre egeninnsikt og dermed føle seg hel.

Er imidlertid personsentrert terapi anvendbar hos alle pasienter? Noen pasienter er for syke til å nyttegjøre seg noen form for terapi, men for den type pasient som er i stand til dette, vil denne terapiformen være en grunnmur i oppbyggingen av et sterkt og vitalt selv. En veileders utgangspunkt er å hjelpe et menneske som leter etter større grad av ekthet og kontakt med seg selv. Klient / terapeut forholdet skal være preget av ærlighet, nærhet og åpenhet, og terapeuten skal fremstå med varme, omsorg og omtanke. Hvis terapeuten greier dette vil pasienten oppleve å bli hørt, sett og forstått. Han vil oppleve at hans meninger er av verdi, og at også terapeuten vil vokse og bli sterkere under prosessen. Ved at terapeuten formidler sine egne følelser, kan det være med på å ufarliggjøre de følelsene som pasienten også kan sitte og kjenne på. Han vil bli i stand til å identifisere de følelser han kjenner, og lærer seg å sette ord på dem. Ved at pasienten får tilbakemeldinger på sin væremåte og sine meninger, vil han forstå hvordan han bedre skal fungere i sosiale sammenhenger.

I rehabiliteringsprosessen til Thomas, fungerer den personsentrerte terapien i form av gjensidig respekt, hvor Thomas føler seg forstått og sett. Han vokser som person på dette tillitsforholdet, og vet at han vil greie seg ut i samfunnet. Dette ved å ha hjelp av personer som han stoler på, rundt seg. Hans brukermedvirkning er også avgjørende for å oppnå ett godt resultat. Han vil ikke føle seg overkjørt og tilsidesatt av de personene i støtteapparatet som er rundt han. Ved å sette opp ett sikkerhetsnett / kriseløsning etter Thomas sin egen oppskrift, føler han seg trygg og ivaretatt. Han vil være bedre forberedt på eventuelle ubehagelige opplevelser og episoder. Hvis noe slik likevel oppstår, vil det være lettere å komme tilbake til normal hverdag etter hvert.

Men dette fungerer dessverre ikke for alle personer, da deres sykdom og sykdomsinnsikt, vil spille en stor rolle for terapiens resultat.

Ikke alle er i stand til å nyttegjøre seg brukermedvirkning, og ikke alle vil benytte den. Mange momenter spiller inn i innføringen av brukermedvirkning ved f.eks en institusjon. Er for eksempel pasientene ”ny” syke, vil det være ett helt annet utgangspunkt, enn hvis pasienten har vært inneliggende størsteparten av sitt liv. Har institusjonen vært pasientens permanente bosted, hvor han ikke har hatt andre steder å oppholde seg, vil det være en lang prosess for å få rehabilitert han ut til samfunnet og egen egnet bolig. Dette vil kreve mye ressurser, og pasienten må lære seg å bo på nytt. Denne type ”gamle, kroniske” pasient er det nå ikke mange igjen av, da dagens ny- syke pasienter som krever ekstra oppfølging i kommunen, blir tilbudt bolig i egne bo – felleskap, og får raskt oppfølging. En annen viktig faktor for å få gjennomført brukermedvirkning i en institusjon, er personalets egne holdninger. Ved mange arbeidsplasser er det fortsatt ikke kultur for å ta i bruk brukermedvirkning. Dette kan komme av arealmangel. Når personalet skal sitte sammen med pasienten å skrive pleieplan, og evaluere dagen, kreves det egnede plasser med tilgang til data. På grunn av sparevedtak ved de fleste helseforetak, vil ikke denne type behov bli tilfredstilt. Selv om det er vedtatt i helsedepartementets egne retningslinjer, vil ikke brukermedvirkning bli ett prioritert område, så sant egnede områder ikke blir stilt til disposisjon, og det blir lagt til rette for dette fra ledelsens side. Personalet må også tørre å slippe pasienten til i sin egen behandling. Man må da være forberedt på å trå litt skjevt, og at det kan bli en del frem og tilbake. Det hjelper ikke hvor mange fine ord og fraser som står skrevet i retningslinjer og gode forsett, så lenge det ikke blir gjennomført i virkeligheten, og pasienten kan nyte godt av det som står skrevet. For pasienten vil da dette kun være tomme ord og falske illusjoner.

Litteraturliste

Nielsen, Geir Høstmark; von der Lippe, Anna (red.)(2002):

Psykoterapi med voksne. Fem perspektiver på teori og praksis.

Oslo: Tano, Pensumtjeneste

Haugsgjerd, Svein; Jensen, Per; Karlsson, Bengt; Løkke, Jon A (2009):

Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle.

Oslo: Gyldendal akademiske

Hummelvoll, Jan Kåre (1997): Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie.

Oslo: Ad Notam Gyldendal AS

Norvoll, Reidun (red.) (2004): Samfunn og psykiske lidelser .

Samfunnsvitenskaplige perspektiver – en introduksjon.

Oslo: Gyldendal Akademiske

Strand, Liv (2002): Fra kaos mot samling, mestring og helhet.

Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter.

Oslo: Gyldendal Akademiske

Thornquist, Eline (2006): Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag.

Bergen: Fagbokforlaget

Vatne, Solfrid (1998): Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv.

Bergen: Fagbokforlaget

Internett:

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/is-1315-rapport-brukermedvirkning--psyki.html?id=444288

Larsen, Erik; Nordal, Ann; Aasheim, Finn (04/2006): "Plan for brukermedvirkning, mål, anbefalinger og tiltak i opptrappingsplan for psykisk helsearbeid".

Helse og omsorgsdepartementet. Bestillings nr: IS – 1315

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20041223-1837.html>

Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og Sosialtjenesteloven.

FOR 2004 - 12 – 23 nr 1837

Helse og omsorgsdepartementet.

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20010628-0765.html>

Forskrift om habilitering og rehabilitering.

FOR 2001 – 06 – 28 - 765

Helse og omsorgsdepartementet.