Brukermedvirkning

erfaringskompetanse.no

Nasjonalt senter for
erfaringskompetanse
innen psykisk helse

på individ-plan

Retten til å medvirke i egen behandling

Erfaringskompetanse.no 2021:3
ISBN: 978-82-93171-49-2
ISSN: 1891-6163
Utgiver: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Tekst og illustrasjoner: Arnhild Lauveng, seniorrådgiver/ forsker ved Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Grafisk utforming og trykk:
Erik Tanche Nilssen AS

Brukermedvirkning på individplan

Retten til å medvirke i egen behandling

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, det er noe helse- og omsorgstjenester er pålagt å gjøre, og ikke noe som kan velges bort.

Pasienter og brukere har rett til å medvirke i egen behandling (individnivå).

Pasienter, brukere og pårørende har også rett til å medvirke på utformingen av tjenester og systemer (tjeneste- og systemnivå).

En viktig del av å utvikle tjenester på systemnivå, er å bidra til fagutvikling og forskning, og det er i dag helt vanlig at det kreves brukermedvirkning for å få godkjent forskningsprosjekt.

I dette heftet kan du lese mer om brukermedvirkning på individnivå.

Brukermedvirkning på individnivå

Brukermedvirkning på individnivå er lovpålagt. I pasient- og brukerrettighetsloven § 3.1 står det:

> *Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.*
>
> *Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder.*
>
> *Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.*

Brukermedvirkning nevnes også i andre aktuelle lovverk, som helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven og psykisk helsevernloven.

Brukermedvirkning gjelder for alle pasienter og brukere, enten de har fysiske eller psykiske helseplager, eller begge deler. Dette heftet er imidlertid utarbeidet av Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, og vil derfor særlig ta for seg situasjonen til pasienter som har psykiske helseplager, inkludert rus og avhengighet.

Hensikten med brukermedvirkning på individnivå er at helsepersonell skal lytte til brukeren (eventuelt også pårørende) og skal samarbeide om å lage en plan for behandlings- og/eller omsorgstilbudet som gir brukeren best mulig behandling og muligheter til å bli friskere og/eller få bedre livskvalitet.

Helsepersonell vil ha hovedansvaret i dette samarbeidet, både for at den enkelte brukeren skal få best mulig behandling og for at hensynet til alle brukerne blir ivaretatt. For at helsepersonell skal ha mulighet til å ta dette ansvaret, er det nødvendig at den ansatte har kontroll over det helsetilbudet som gis.

Men, med unntak for situasjoner hvor det er nødvendig og lovlig å benytte tvang, skal brukeren beholde retten til å bestemme over eget liv, og skal ha god nok informasjon til å medvirke i utformingen av eget behandlingstilbud, så langt det er mulig.



Hvorfor er bruker-medvirkning så viktig?

Når brukermedvirkning er nevnt i mange av helselovene, er det fordi det er helt sentralt og ikke kan velges bort. Det er flere grunner til at dette er viktig.



Etikk og menneskerettigheter

For det første er det en grunnleggende menneskerett at voksne og myndige mennesker har rett til å bestemme over eget liv, så langt det er praktisk mulig og ikke går utover andre. Selvsagt har vi plikter, og selvfølgelig må vi ta hensyn til andre mennesker, men så langt det er mulig, har vi rett til selv å bestemme hva som er riktig for oss og hvordan vi ønsker å leve vårt eget liv.

Dette handler også om etikk. Psykisk helsevern har en lang og brutal historie, og det er blitt begått mange overgrep mot mennesker med psykiske helseplager. Alt for ofte har mennesker uten egne erfaringer vært med å bestemme hva som er «best» for de syke, uten at de det gjelder selv har blitt spurt om egne ønsker og behov.

For å unngå overgrep, diskriminering og stigmatisering, og for å sikre grunnleggende menneskerettigheter, er det derfor helt avgjørende at folk får medvirke i, og så langt det er mulig også bestemme over, egen behandling og eget liv.

Kunnskap

De som opplever en situasjon eller et problem vet som regel mye om hva som er utfordrende, hva de trenger, hva som kunne hjulpet og hva som er skadelig.

Dette gjelder på gruppenivå, men enda mer på individplan. Hvis Per har et problem i livet sitt, blir det meningsløst å komme med generelle løsningsforslag, uten å ha snakket med Per og hørt hva han opplever som vanskelig, hva han trenger og ønsker, hva som er forsøkt tidligere, hva som har hjulpet og hva som ikke har hjulpet.

Samtidig kan selvfølgelig helsepersonell ha viktige innspill om hva som har hjulpet for andre, hva forskning viser at er lurt og hva som er mulige alternativ. Dette er viktig og nødvendig – ellers kunne jo Per klart seg selv, uten å oppsøke hjelp.

Men for at hjelpen skal være virksom, må det være et samarbeid mellom den generelle kunnskapen helsearbeidere har om hva som kan være nyttig, og den spesifikke kunnskapen Per har om sitt liv og sin situasjon.

Først når helsearbeideren og pasienten samarbeider om å kombinere generell og spesifikk kunnskap, er det mulig å finne en god behandling for den enkelte pasienten i den aktuelle situasjonen.



Selvopplevelse, traumer og re-traumatisering

De siste årene er det forsket mye på sammenhengen mellom selvopplevelse (sense of self) og enkelte psykiske lidelser, særlig psykose/schizofreni. Mange forskere mener at det grunnleggende problemet for en del pasienter, særlig pasienter med schizofreni, er at de ikke har en opplevelse av seg selv som et selvstendig, handlende subjekt, med tydelige grenser mot omverdenen, og med egne tanker og følelser.

Vi vet foreløpig ikke nok om sammenhengen mellom selvopplevelse og sykdom, og vi vet heller ikke nok om hva som eventuelt er årsaken til at noen har det på denne måten. Det vi vet, er at mange pasienter opplever at de ikke blir hørt eller sett når de er i behandling, særlig innen psykisk helsevern.



Det er alvorlig. Hvis du i utgangspunktet har problemer med å oppleve deg som et subjekt, blir det neppe bedre av å bli behandlet som et objekt, og at du opplever ikke å bli hørt når du forteller hvordan du har det, og hva du trenger.

Mange pasienter har også opplevd ulike former for traumer og overgrep og kan være særlig sårbare for situasjoner hvor de på nytt opplever at andre trår over deres grenser, ikke hører på dem, ser dem eller tar hensyn til hva som er viktig for dem.

Hensikten med de fleste terapiformer er at pasienten skal bli tryggere på seg selv og andre, bli bedre i stand til å ta gode valg for seg selv, få bedre relasjoner og bedre livskvalitet. Det er vanskelig å se for seg hvordan noe av dette kan være mulig uten at pasienten blir behandlet som et subjekt, og etter hvert også opplever seg selv som et subjekt.

Hvem har rett til å medvirke?

Alle pasienter som mottar behandling, og alle brukere av helse- og omsorgstjenester har rett til å medvirke i utformingen av det behandlings- eller omsorgs-tilbudet de mottar. Dette gjelder både pasienter i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.

Hvis du ikke har samtykkekompetanse, vil det gi noen begrensinger for hvilke avgjørelser du kan ta selv.

I utgangspunktet har alle voksne over 16 år (for noen avgjørelser: 18 år) samtykkekompetanse, men man kan miste samtykkekompetansen for kortere eller lengre tid på grunn av sykdom eller skade.

Samtykkekompetanse skal alltid vurderes i forhold til den aktuelle helsehjelpen som skal gis, og en person kan derfor ha samtykkekompetanse for en type helsehjelp (for eksempel medisiner), men ikke for en annen type helsehjelp (for eksempel innleggelse). Du kan lese mer om samtykkekompetanse i heftet «Tvang og samtykke».

Hvis pasienten ikke er samtykkekompetent, har pårørende rett til å medvirke på vegne av pasienten, og i samarbeid med denne.

Pasienter uten samtykkekompetanse kan ikke ta beslutninger om egen behandling. Men de har likevel rett til å få tilpasset informasjon, til å medvirke i, og påvirke, egen behandling og eget omsorgstilbud i den grad det er mulig og forsvarlig. (Les mer om dette under «samvalg» på side 84)

18 ÅR

IKKE MISTET KOMPETANSE PÅ GRUNN AV SYKDOM

Rett til informasjon

For at du skal kunne medvirke i egen behandling, må du ha nok informasjon til å ta gode valg, og helsepersonell har plikt til å gi pasienten denne informasjonen.

Hva som er relevant informasjon vil variere fra situasjon til situasjon, men vil ofte inkludere informasjon om rett til brukermedvirkning, informasjon om diagnose, prognose og behandlingsalternativ, informasjon om aktuelle tilbud og støtteordninger og informasjon om klagerett.

Informasjonen kan gis muntlig eller skriftlig, eller i en kombinasjon. Det viktige er at informasjonen er tilpasset personens situasjon og behov, og også mulighetene til å ta imot relevant informasjon. For en pasient med store utfordringer, betyr det at informasjonen må tilrettelegges og tilpasses, slik at personen kan klare å forstå så mye som mulig.

Helsepersonell har plikt til å gi informasjon og til å tilpasse informasjonen til brukerens behov.


BRUKERMEDVIRKNING
DIAGNOSE
KLAGE-
RETT
BEHANDLING
STØTTE-
ORDNINGER
PROGNOSE

Informasjon om rett til brukermedvirkning og pårørendesamarbeid

For at pasienten skal ha noen som helst mulighet til å medvirke, må det gis informasjon om at han har denne retten. Det betyr at det ikke skal tas avgjørelser om behandlingen (for eksempel lengde på behandling, type behandling osv.) uten at pasienten er tatt med på disse beslutningene.

Behandler kan gjerne komme med forslag, i noen tilfeller også anbefalinger, men hun må samtidig spørre etter pasientens ønsker og behov.

Unntaket fra dette kan være i akutte situasjoner, eller hvis pasienten ikke har samtykkekompetanse. Men så snart det er mulig å få til en dialog med pasienten, skal det gis informasjon om retten til å velge.

Pasienten må også få informasjon om rett til pårørendemedvirkning (se side 29).


A.....
B.....
C.....
?!?
1.....
2.....
!!!

Informasjon om diagnose og behandlingsalternativ

For å ta et begrunnet valg, må pasienten ha nok informasjon om diagnose, hva dette innebærer, hva som er anbefalt behandling og hvilke behandlingsalternativ som finnes.

Det er viktig at behandleren ikke bare informerer om det behandlingsalternativet han selv foretrekker eller kan tilby, men også om at det finnes alternativ, for eksempel henvisning til en annen behandler eller fritt sykehusvalg.

Han må også gi informasjon om konsekvensene av valget, for eksempel at pasienten da kanskje må til en annen behandler og/eller at det kan bli lengre ventetid.

Pasienten skal ha et reelt valg mellom tilgjengelige alternativ. Et «valg» som består av at personen får beskjed om at «dette er den behandlingen vi kan tilby, ta dette eller ingenting», er ikke et reelt valg.

Informasjon om aktuelle tilbud og støtteordninger

I tillegg til informasjon om hvilke behandlingstilbud som finnes, er det også viktig at pasienten får tilstrekkelig informasjon om andre aktuelle tilbud og rettigheter.

Rett til fritt sykehusvalg er aktuelt for mange, og andre behandlingstilbud, som tilbud hos for eksempel avtalespesialister, kan være aktuelt for noen.

Også informasjon om rett til samarbeid med pårørende (hvis pasienten ønsker det), samarbeid med skole/arbeidsplass/NAV (også hvis pasienten ønsker det), kan være aktuell informasjon.

Noen vil ha behov for informasjon om transport-muligheter, andre om aktuelle kommunale tilbud, om individuell plan (IP) eller om mulighet for samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Informasjon om klagerettigheter

Det beste er selvsagt at pasient og behandler blir enige om videre tiltak og behandling, men noen ganger er ikke dette mulig.

Det kan være at pasient og behandler er grunnleggende uenige om hvordan behandlingen skal gjennomføres eller videreføres, om tidspunkt for avslutning eller annet.

Det kan også være at behandler og pasient egentlig er helt enige om hva som vil være best for pasienten, men at behandler ikke har mulighet til å gi pasienten dette, for eksempel på grunn av mangel på kompetanse eller ressurser, eller på grunn av andre rammebetingelser (begrensede åpningstider eller annet).

I slike tilfeller har pasienten krav på informasjon om retten til å klage, til hvem han kan klage og hvordan, og om nødvendig også får hjelp til å utforme og sende klagen.

RETT TIL Å KLAGE!



Pårørende

Hvis pasienten ikke har samtykkekompetanse for den aktuelle helsehjelpen, har pårørende rett til å medvirke istedenfor pasienten.

For voksne pasienter som har samtykkekompetanse, har pasienten rett til at helsepersonell samarbeider med pårørende og nettverk – i den grad pasienten selv ønsker dette.

Det er viktig å huske at dette først og fremst handler om pasientens rettighet, ikke de pårørendes. Hvis en voksen og samtykkekompetent pasient ikke ønsker at helsepersonell skal samarbeide med pårørende, må og skal helsepersonellet respektere dette, selv om de pårørende ønsker å medvirke.

Samtidig har helsepersonell et selvstendig ansvar for å gi nok informasjon om hvordan pårørendesamarbeid kan gjennomføres, slik at pasienten kan ta gode valg.



Brukermedvirkning i praksis:
Rita ønsker ikke pårørendesamarbeid

Rita forteller: *Jeg er 28 år, er utdannet lærer, men har aldri fungert i arbeid. Jeg har slitt mye med depresjon og lav selvtillit, og tenker nå at dette skyldes oppveksten min. Foreldrene mine mener det nok godt, men de blir veldig intense, og forteller meg hele tiden om alt jeg ikke kan klare, alt jeg gjør feil, hvordan jeg burde gjort ting, og sånn.*

Jeg har vært i behandling en gang tidligere, for flere år siden. Da var foreldrene mine med i flere samtaler, de var mye flinkere enn meg til å sette ord på ting, og de fikk veldig god kontakt med behandleren min. De laget sammen en plan for meg, med medisiner, aktiviteter og rutiner, selv om det ikke var det jeg ønsket meg i det hele tatt.

Nå er jeg nettopp begynt i behandling igjen. Behandleren min har sett i journal at det var «effektivt» å samarbeide med foreldrene mine forrige gang, og at jeg raskt kunne utskrives til deres oppfølging. Så hun ivrer for å involvere dem denne gangen også. Og foreldrene mine ønsker også dette.

Men jeg vil ikke. Denne gangen er det viktig for meg at behandlingen handler om det jeg ønsker, selv om jeg ikke er helt sikker på hva det er.

Samtidig føler jeg meg litt slem, det er jo ikke sånn at foreldrene mine har mishandlet meg eller noe, de vil meg bare vel, så det føles ikke riktig å holde dem unna. Og behandleren min vil jo gjerne ha dem med.

Kan Rita bestemme at hun ikke ønsker pårørendesamarbeid?

Ja, selvfølgelig kan hun det. Hun er voksen og samtykkekompetent, og hun har rett til å bestemme over egen behandling.

Hun trenger heller ikke ha noen god begrunnelse for å ikke ønske et slikt samarbeid (selv om det høres ut som hun har det), hun har all rett til å bestemme dette selv.

Det viktige her er at behandleren støtter Rita i hennes valg, og ikke presser henne til noe hun ikke ønsker. Det høres ut som Rita er veldig oppmerksom på hva andre forventer av henne, og hun vil kanskje være ekstra sårbar for selv mildt press, og også lett få dårlig samvittighet. Derfor trenger hun støtte i å ta egne valg, uansett om disse er «best» eller ikke.

Praktisk tilrettelegging for pårørendemedvirkning

Familie og nettverk kan være en svært viktig ressurs for mange som strever, og for mange er et godt samarbeid med pårørende avgjørende for gode liv og bedre helse. I de tilfellene hvor pasienten ønsker at pårørende skal inkluderes, er det derfor viktig at helsepersonell forholder seg aktivt og positivt til dette.

I tillegg til å gi nok informasjon, har helsepersonell også en plikt til å tilrettelegge for pårørendemedvirkning, slik at dette er praktisk mulig å gjennomføre, og et reelt valg for pasienten.

Hva som er nødvendig praktisk tilrettelegging vil variere fra person til person, og fra situasjon til situasjon, men ofte handler det om nok informasjon, nok tid og fleksible løsninger.



Nok informasjon til pasienten

Mange pasienter opplever at behandlere aldri spør om de ønsker pårørendesamarbeid i det hele tatt, og at dette aldri er et tema. Hvis behandlere ikke spør om dette, vil noen pasienter ikke vite om, eller komme på, at dette er en mulighet og rettighet de har.

Andre vet at de har rett til dette, men synes det er vanskelig å ta det opp når behandleren ikke spør om dette er noe de ønsker.

Når behandleren tar opp brukersamarbeid som tema, er det viktig at pasienten får nok informasjon om hva et samarbeid med pårørende vil innebære, og at pasienten også får mulighet til å stille spørsmål og være med på å utforme hvordan samarbeidet skal gjennomføres.

Dette kan for eksempel handle om hva helsepersonell kan si – og ikke si – til de pårørende, hvem som skal være til stede i samtalen, hva behandleren skal si og gjøre hvis man kommer inn på vanskelige tema osv.

Brukermedvirkning i praksis:
Roger er usikker på om han ønsker samarbeid

Roger forteller: *Jeg er 24 år. Droppa ut av videregående, har prøvd noen jobber, men aldri fått det til. Vært mye på NAV, gått på sosialpenger og tiltak, uten at det har virket. Nå har jeg begynt i behandling for første gang.*

I en av de første timene spurte terapeuten om det var lurt å samarbeide med foreldrene mine. Jeg er usikker på det. På den ene siden tror jeg det er lurt, de hjelper meg ganske mye, men det er mye de ikke forstår, og særlig jeg og pappa krangler mye og hisser hverandre opp. Etterpå blir jeg alltid helt fortvila, jeg vet han prøver å hjelpe, men jeg føler meg som en liten dritt. Så ja, det hadde sikkert vært lurt med hjelp så vi kunne samarbeidet bedre med hverandre.

Samtidig, jeg vet ikke. Jeg tror mye av rotet starta på barneskolen, da var jeg og noen kamerater mye hos en mann i nabolaget og så filmer og spilte spill og sånn. Han var veldig grei, og litt ekkel. Det var vel ikke egentlig voldtekt, tror jeg, men det var ikke ok heller, siden han var voksen og vi unger. Men vi fikk rusbrus, og senere hasj.

Jeg skammer meg mye over det, og jeg skammer meg over mye jeg har gjort senere også, har hatt masse sex, med mange jenter, mest for å bevise for meg sjøl at jeg ikke er homo. Men så er det noen som vet, og som er etter meg, og så har jeg vært med gutter og, og så skammer jeg meg for det, og så har jeg rusa meg en del, og… Ja. Det er mye.

Mye av dette skammer jeg meg masse for. Jeg har ikke lyst til å snakke om dette i det hele tatt, men jeg tror det kanskje er nødvendig. Men jeg vil absolutt ikke snakke om det hvis vi skal samarbeide med foreldrene mine, og de kan få vite dette. Det går ikke.

Og jeg er også redd for at pappa skal begynne å kjefte når vi er hos terapeuten, og at han, terapeuten, skal være enig med pappa i at jeg bare er dum og udugelig. Det vil få meg til å føle meg som bare søppel. Det orker jeg ikke.



Hva kan gjøre Roger tryggere?

Når behandleren spør Roger om han ønsker at de skal samarbeide med familien hans, vil Roger mest sannsynlig svare «nei», «tror ikke det» eller «vet ikke».

Det gir behandleren flere valg. Han kan tenke at nå har han spurt, krysse av for at oppgaven er gjort, at Roger ikke har sagt klart fra om at han ønsker dette, og legge bort temaet.

Eller han kan gå videre og utforske hvorfor Roger er nølende til familiesamarbeid. Hvis han velger å gå videre, er det viktig at det ikke skjer for å presse ham til å godta noe, men for å utforske hva som gjør ham usikker. Hvis de klarer å få en trygg dialog om dette, kan de dele mange viktige tema, og kanskje også bli enige om å lage en avtale som gjør det mulig å få til et nyttig familiesamarbeid.

For at dette skal bli nyttig og trygt for Roger, er det viktig at Roger og terapeuten gjør helt klare avtaler om hva som skal være tema for familiesamtalene, hva som kan deles med foreldrene og hva som ikke skal deles i disse samtalene.

Videre må de avtale hva de skal gjøre hvis det blir en konflikt mellom far og Roger. Hvis det er mulig, kan det være nyttig at en ekstra behandler er med i samtalen, som foreldrenes støtte.

Da kan pårørendeterapeuten støtte familien, så Roger slipper det ansvaret, samtidig som han kan være trygg på at terapeuten hans har rom til å være hans støtte og ikke må dele sin støtte mellom Roger og faren. Det kan bli ganske krevende, og kan lett føre til at Roger enten føler seg sviktet, eller får dårlig samvittighet fordi faren ikke fikk nok støtte, og føler seg forpliktet til å «trøste» faren etterpå.

Det er et behandleransvar å ta disse vurderingene og å legge praktisk til rette for at hele familien blir ivaretatt slik at samtalen kan gjennomføres på en måte som er trygg og forsvarlig, og som oppleves nyttig for hele familien.

Nok tid til samarbeid

Noen pasienter opplever at det tar tid før de blir trygge nok på behandleren til at de kan gjøre en vurdering av om de ønsker å ha med pårørende inn i samtalen. Hvis behandleren tidlig i samarbeidet, for eksempel i første time, spør om de ønsker pårørendesamarbeid, kan det være at de sier nei. Senere, når de er blitt tryggere på behandleren, kan dette endre seg, og det er derfor viktig at behandleren kan ta høyde for at dette kan endre seg over tid.

Mange pasienter opplever også at behandlingstilbudet de får er for knapt og for lite til å dekke det behovet de har. Noen opplever for eksempel at det er satt av et bestemt antall timer til behandlingen på forhånd, før behandlingen i det hele tatt er begynt.

Dette kan i seg selv være i strid med retten til brukermedvirkning og individuell tilpasning og det kan også påvirke muligheten for samarbeid med pårørende.



Brukermedvirkning i praksis:
Mina må velge mellom egen behandling og mors ønsker

Mina forteller: *Jeg er 26 år, og har strevd psykisk siden jeg var i tenårene. Er mye deprimert, skader meg selv, opplever ofte alt som meningsløst, og har også forsøkt å ta livet av meg, mange ganger. Jeg strever også med å stole på meg selv, og på andre mennesker. Jeg har gått i behandling mange ganger, men opplever ofte å bli avsluttet før jeg selv opplever å være ferdig.*

Jeg vet at mamma er bekymret for meg, jeg ringer henne ofte når jeg har det vanskelig, og selv om hun gjerne vil hjelpe, sier hun at hun ofte ikke vet hvordan hun skal gjøre det, og at hun trenger å samarbeide med behandlerne mine for å vite hva hun skal gjøre. Det er helt i orden for meg, jeg har ikke noe imot at mamma er med i noen timer.

Nå har fastlegen min henvist meg til DPS (distrikts-psykiatrisk senter), poliklinikken, og etter å ha ventet i tre måneder på behandling, har jeg endelig begynt. I den første timen sa terapeuten at det var satt av ti behandlingstimer til meg. Det var vondt. Jeg har så mye jeg strever med, jeg har ventet så lenge, og jeg har så vondt for å stole på folk – ti timer er nesten ikke nok til å få begynt en gang.

Jeg sa det om at mamma gjerne ville være med i en time, og psykologen sa at det var helt i orden, så lenge jeg gav beskjed på forhånd, kunne vi godt bruke en av timene til dette. Det var opp til meg.

Jeg syns dette er kjempevanskelig. Jeg vet at mamma ønsker og trenger å være med for å kunne gi meg god støtte. Samtidig trenger jeg desperat de ti timene selv, det er jo alt for lite i utgangspunktet. Og det føles som om mamma stjeler en time fra meg hvis hun blir med. Samtidig støtter jo hun meg så mye, så jeg skylder jo henne dette. Det er alt for vanskelig for meg å tenke på dette, hodet bare koker, og jeg finner ingen gode løsninger.

Får Mina rettighetene sine oppfylt her?

Nei, det ser ikke slik ut. For det første ser det ut som om Mina blir tilbudt en «fast pakke» med timer som er avgjort på forhånd, uten at hun har fått sagt noe om sine behov, uten at hun har hatt noen mulighet til å medvirke til denne avgjørelsen og uten at det er gjort en individuell vurdering av hennes behov og ønsker. Da er ikke Minas rett til medvirkning ivaretatt.

For det andre blir Mina satt i en helt umulig situasjon når hun blir tvunget til å velge mellom egen behandling og morens behov for veiledning. Selv om det sikkert kan være situasjoner hvor det er relevant at pasienten gjør vurderinger om hva som er viktigst, blir Mina presset til å ta et umulig valg her, og i hennes situasjon er det neppe særlig terapeutisk

Det er veldig viktig at Mina får medvirke mer i utformingen av egen behandling. Det bør ikke tas endelige bestemmelser uten at hun får uttale seg, og det bør legges mye bedre til rette for pårørendemedvirkning.

FLEKSIBLE
LØSNINGER
INDIVIDUELL
VURDERING

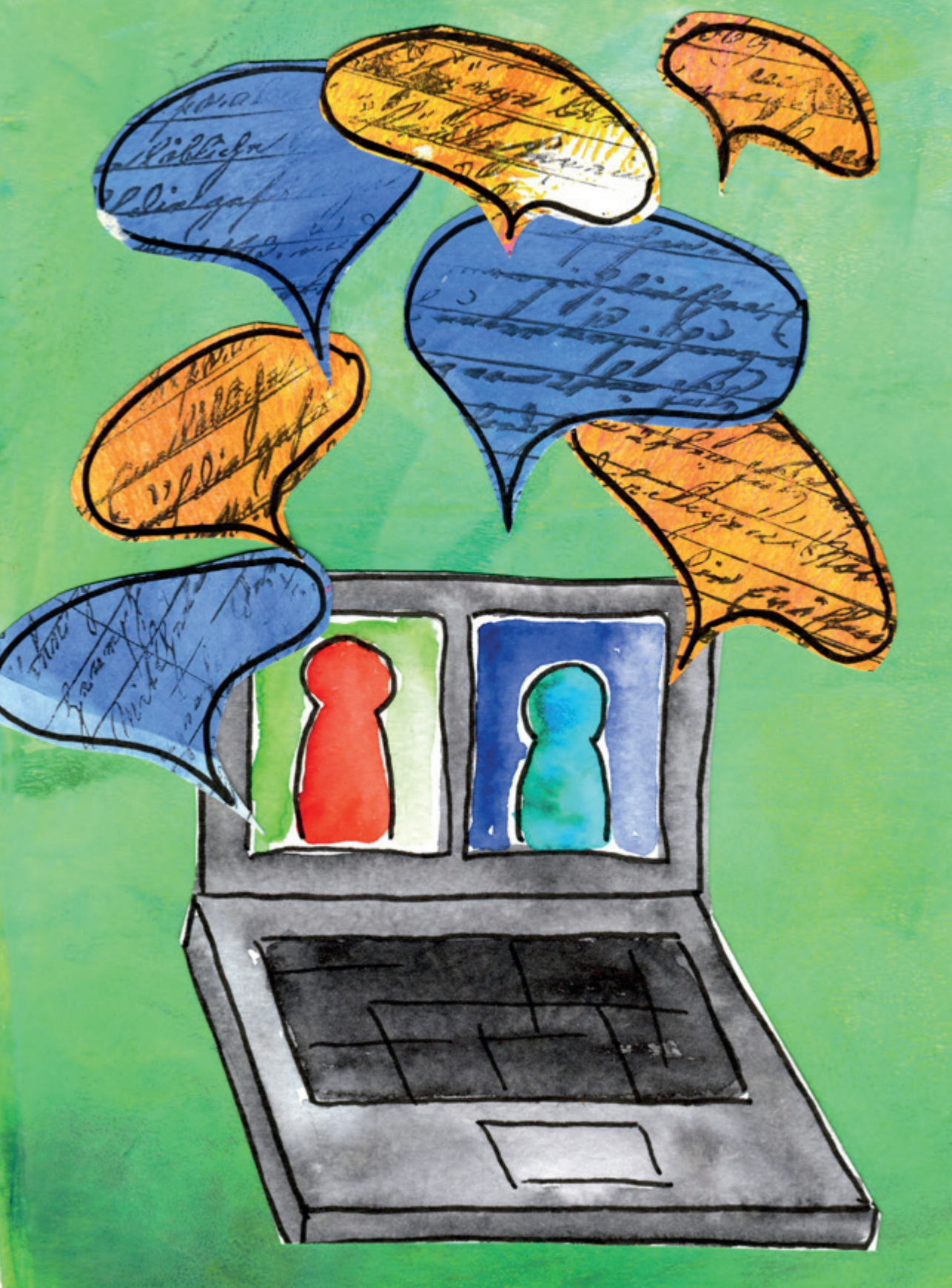
Fleksible løsninger

Pårørende har egne liv å leve. Noen ganger bor de langt unna pasienten, og veldig ofte er de opptatt på dagtid, for eksempel med jobb, slik at det er vanskelig å delta i behandlingstimer innenfor normal arbeidstid.

Noen vil ha utfordringer knyttet til egen helse, transport, språk, omsorg for små barn eller annet. Det er viktig at behandleren forsøker å samarbeide med familien om å finne fleksible løsninger på disse utfordringene.

Noen ganger kan det være egnet å gjennomføre en familiesamtale ved hjelp av videoløsninger. Andre ganger kan det være nødvendig å legge samtalen til et tidspunkt som er mer egnet for familien, så langt dette er praktisk mulig.

Selv om pasienten snakker flytende norsk og det ikke er nødvendig med tolk i behandlingen, kan det være at andre familiemedlemmer ikke snakker godt nok norsk til å delta i pårørendesamarbeid på en god måte. I slike tilfeller må det bestilles tolk, slik at pasienten ikke blir belastet med å skulle fungere som tolk.



Hva har du rett til å medvirke til?

Retten til medvirkning betyr at pasienter har rett til å medvirke i utforming og gjennomføring av utredning, behandling og omsorgstilbud.

Hva dette betyr i praksis, vil variere, men det betyr blant annet at pasienter har rett til å velge mellom forsvarlige og tilgjengelige behandlingstilbud, at de har rett til individuell vurdering og tilrettelegging og at de har rett til medvirkning ved gjennomføring av omsorgstilbud.

Rett til å velge mellom forsvarlige og tilgjengelige behandlingstilbud

Retten til å velge mellom forsvarlige og tilgjengelige behandlingstilbud, betyr at pasienter skal få et reelt valg mellom behandlingsformer som er egnet i deres situasjon.

Det er noen grenser her. Helsepersonell har plikt til å gi forsvarlig behandling, og de kan ikke tilby et tilbud som ikke finnes. Men hvis tilbudet er tilgjengelig, og regnes som forsvarlig, har pasienter rett til å velge.

Det betyr blant annet at pasienter ikke kan pålegges en bestemt behandlingsform (for eksempel mentaliseringsbasert terapi, kognitiv terapi eller gruppeterapi) selv om det er det behandler kan og anbefaler.

Hvis det finnes andre forsvarlige behandlingsformer, har pasienten rett til å velge det. Det er behandlerens ansvar å gi informasjon om mulige alternativ, hvis pasienten ønsker dette.

Samtidig kan selvsagt ikke alle terapeuter mestre alle behandlinger, så hvis pasienten velger noe annet enn det terapeuten kan tilby, kan det bety at han må bytte behandler og eventuelt også behandlingssted.



Brukermedvirkning i praksis:
Rolf vil ikke ha medisiner

Rolf forteller: *Jeg er 43 år, har en psykosediagnose, og har brukt medisiner i mange år. Jeg vet at noen har nytte av medisiner, men på meg hjelper de ikke noe særlig, jeg syns bare jeg blir sløvere, uten at det egentlig hjelper så mye på stemmer eller annet.*

For en stund siden sluttet jeg å ta medisinene. Det gikk bra flere uker, men så ble jeg mer redd og mer urolig, og jeg sleit med å sove. Etter at jeg hadde vært oppe flere netter og krangla med stemmene, og også gått rundt i nabolaget for å forsøke å lete etter en rev jeg opplevde at hadde stjålet sjelen min, sendte legen min meg til sykehuset.

Der sa de at jeg var psykotisk, men samtykkekompetent, at jeg måtte legges inn og begynne med medisiner igjen. Men siden jeg var samtykkekompent fortsatt, sa de at de ikke kunne bruke tvang nå.

Det var ok for meg med innleggelse, og jeg kunne også gå med på samtaler, eller på å få mer oppfølging hjemme, for eksempel av psykisk helseteam eller FACT- team eller noe. Jeg vil egentlig gjerne ha mer oppfølging enn jeg har i dag, og gjerne en plan også. Men jeg ville ikke ha medisiner. Og de sa at da hadde de ikke noe tilbud til meg.

Det gjorde meg ganske redd, for når de bare sendte meg ut igjen uten noe oppfølging og behandling, ut til reven og stemmene, var jeg redd for at jeg ville bli enda sykere, og at de da ville si at jeg ikke var samtykkekompetent, og så tvinge meg til å ta medisiner igjen. Og medisinene hjelper meg ikke. De gjør meg roligere og lettere for andre, men inni meg er jeg enda reddere.



Burde Rolf fått medvirke til valg av behandling?

Ja, det burde han. Etter pasient- og brukerrettighetsloven har han rett til å velge mellom «tilgjengelige og forsvarlige» behandlingstilbud. Både innleggelse, FACT/ACT, oppfølging av psykisk helseteam, Individuell Plan og støttesamtaler er anbefalte tilbud ved psykose, og i alle fall noen av disse tilbudene bør være tilgjengelig mange steder i Norge.

Det som kan være et problem, er at ansvarlig spesialist ikke nødvendigvis vurderer disse tilbudene som forsvarlige i Rolf sin situasjon.

Samtidig vurderes Rolf som samtykkekompetent, og i psykisk helsevernloven, og i Helsedirektoratets rundskriv, står det spesielt at hvis samtykkekompetente pasienter ikke ønsker det som er behandlerens førstevalg – i dette tilfellet medisiner – skal man strekke seg langt for å tilby pasienten tilbud han kan godta.

Ettersom Rolf sier han kan godta flere tilbud som er anbefalte og fornuftige, burde han fått medvirke til dette.

Rett til individuell vurdering og tilrettelegging

Det er ikke mulig å medvirke til noe som allerede er forhåndsbestemt og likt for alle. En naturlig følge av retten til medvirkning, er dermed at pasienten selv, så langt det er mulig, skal få en individuell vurdering og individuelt tilpasset behandling.

Fra 2019 ble pakkeforløpene for psykisk helse innført. Disse skulle sikre at behandlingen ble like god for alle pasienter, men at det heter pakkeforløp, betyr ikke at alle pasienter skal få samme behandling – tvert imot.

I beskrivelsen av pakkeforløpet for voksne står det:

> *I startfasen av behandlingen bør hovedfokus være å etablere en behandlingsrelasjon og engasjere pasienten i behandlingen.*

Behandlingen skal være kunnskapsbasert, og tilpasset pasientens ønsker og behov. Pasienten bør være informert om de ulike behandlingsformene enheten tilbyr.

Dette er enda en bekreftelse på at behandling skal skje i samarbeid med pasienten, og være individuelt tilpasset de ønskene og behovene akkurat denne personen har.



Brukermedvirkning i praksis:
Nora får døgnbehandling på DPS

Nora forteller: *Jeg er 42 år, gift og har to barn. Jeg jobber som regnskapsmedarbeider i en liten bedrift. Som regel går det greit, men jeg er mye plaget av angst, og av og til blir jeg så deprimert at jeg må sykemeldes, da klarer jeg ingenting.*

Flere ganger har jeg vært innlagt, noen ganger på akuttavdeling, andre ganger på DPS. Sist gang jeg var henvist til DPS døgnavdeling, måtte jeg vente flere uker før jeg fikk plass, og i de ukene var jeg bare hjemme, lå nesten hele tiden, og ble sykere og sykere. Mannen min måtte ta vare på både barna og meg, jeg orket nesten ingenting.

Første dagen, da jeg kom til avdelingen, og hadde samtale med behandlerne, gav de meg den datoen jeg skulle utskrives, bare to uker senere. Jeg sa at det var alt for kort tid, og at jeg ikke ville bli frisk til da.

Da sa de bare at jeg ville jo ikke bli frisk hvis jeg hadde bestemt meg for å ikke bli bedre, men hvis jeg brukte tiden godt, ville dette går bra.

Jeg ble veldig stresset av å ha så lite tid, og gav egentlig litt opp. Dessuten følte jeg at de ikke trodde på meg, og tankene kvernet mye rundt det at de ikke egentlig trodde jeg kunne bli bedre, at jeg ikke fortjente hjelp, og sikkert bare var en byrde for alle. Det ble vanskelig å stole på dem og vanskelig å samarbeide.

Etter to uker ble jeg skrevet ut, uten å være noe bedre. Siden da har jeg mest ligget hjemme. Legen min har sendt ny henvisning, men fikk avslag fordi de ikke hadde opplevd meg som motivert på forrige opphold. Det føltes urettferdig. Jeg var veldig motivert, men opplevde ikke å bli hørt. Nå har jeg egentlig gitt opp.

Burde Nora fått medvirke til dette?

Ja, Nora har rett på en individuell vurdering av sine behov og ønsker, og det blir ikke mulig uten at behandlerne har snakket med henne og vurdert hva hun trenger, i samarbeid med Nora selv.

Når dato for utskrivning er satt før Nora har kommet til avdelingen, og denne ikke kan endres, har ikke behandlingen blitt individuelt tilpasset Nora, og hun har ikke fått medvirke i vurderingen, slik hun har rett til.

Det betyr ikke at Nora nødvendigvis burde fått en lengre innleggelse. Kanskje burde hun det, kanskje ville andre tilbud, som en kort innleggelse kombinert med mer oppfølging hjemme, eller to korte innleggelser med et opphold hjemme mellom innleggelsene, eller et annet behandlingstilbud vært det beste for Nora. Det vet vi ikke. Det er altså ikke sikkert at Nora har rett på å være innlagt så lenge hun ønsker, eller at det er det beste for henne, men hun skulle fått være med på å ta den beslutningen, og det skulle vært en individuell vurdering.



Brukermedvirkning i praksis:
Nora får døgnbehandling i gruppe

Nora forteller: *Etter det mislykkede oppholdet på DPS døgn, var jeg hjemme ganske lenge, og så fikk legen min plass for meg i en gruppebasert døgnbehandling.*

Alle pasientene i min gruppe kom samme dag, og så var vi innlagt i tre uker. I den tiden hadde vi både gruppesamtaler, individuelle samtaler og andre aktiviteter. Deretter ble alle utskrevet, og så innlagt igjen samtidig to måneder etterpå, i en uke denne gangen.

Første innleggelse gikk greit, syntes jeg, men da jeg kom til andre innleggelse, kjente jeg at en uke var alt for kort, og jeg bad om å få bli lenger, om nødvendig sammen med en annen gruppe, fordi en uke ikke var nok. Men de sa bare at det gikk ikke, og at jeg måtte følge gruppen. De ville ikke engang snakke om det, de bare sa «nei», og det var det.

Burde Nora fått medvirke til lengre opphold?

Denne situasjonen er mer komplisert, og det enkle svaret her er at nei, dette er det ikke rimelig at Nora får medvirke til.

Hun har fått tilbud om, og har takket ja til, et strukturert gruppeopplegg som har sine rammer. Hvis alle pasientene skulle fått bestemme hvor lenge de skulle bli, og når de skulle skrives ut og inn, ville hele organiseringen av gruppebehandlingen blitt kaotisk og avdelingen kunne ikke drives etter hensikten. Det ville også klart påvirket andre pasienter hvis Nora eller andre plutselig kom inn i en etablert gruppe.

Samtidig er det viktig at behandlerne hører på Noras bekymring og tar den på alvor. Kanskje kunne situasjonen løst seg gjennom en samtale, hvor Nora fikk satt ord på hva hun var redd for – kanskje handler dette mye om Noras selvtillit. Det kan også være at Nora trenger mer hjelp og tilrettelegging i hverdagen sin, og at hun kunne hatt nytte av en plan for oppfølging, for å forebygge stadig nye depresjoner.

Rett til et tilpasset og forsvarlig omsorgstilbud

Brukermedvirkning gjelder i både kommunehelse-tjenesten og i spesialisthelsetjenesten, og gjelder både behandling og omsorgstilbud. Det betyr at pasienter og brukere har rett til å medvirke til valg av oppfølging og omsorgstilbud, og også til hvordan hjelpen skal gjennomføres.

Dette kan for eksempel gjelde botilbud, behandling, støtte og oppfølging i hverdagen, hjelp til daglige gjøremål, aktivitets- og fritidstilbud, rehabilitering og trening på ferdigheter og annet.

Individuell plan kan være et godt verktøy for å sikre samhandling mellom hjelpere og kan, når den brukes på riktig måte, gjøre det lettere for brukeren å medvirke. Du kan lese mer om Individuell plan i heftet vårt om IP: *Individuell plan – Et verktøy for å tilpasse tjenester til person*.

Brukermedvirkning i praksis:
Rolf ønsker mer hjelp fra kommunen

Rolf forteller: *Jeg er 43 år, har en psykosediagnose, og har vært syk i mange år. Nå har jeg sluttet med medisiner, og jeg tror det er bra for meg. Men det gjør meg også mer rastløs og urolig, jeg sover mindre om dagen, og er mer redd.*

Selv om jeg er voksen, bor jeg hos foreldrene mine, men de begynner å bli gamle, og de blir slitne når jeg er så urolig. De vil helst jeg skal ta medisiner igjen. Men jeg vil ikke det. Jeg vil få hjelp til å bo et annet sted - jeg er jo voksen – og jeg ønsker mer behandling og flere aktiviteter.

Jeg tok kontakt med kommunen, men de sa at det var ingen ledig bolig, og ingen aktiviteter som passet for meg. Jeg hadde hørt om noe som het IP, men de sa at det var for de som skal ut i jobb, og siden jeg har uføretrygd, er det ikke for meg.

Burde Rolf fått medvirket til oppfølging fra kommunen?

Ja, det burde han helt klart. IP er ikke bare for folk som skal ut i arbeid, IP er for alle som har sammensatte vansker som varer over tid, slik som Rolf.

Gjennom arbeidet med en IP, kunne Rolf og hans koordinator sett på hvilke behov Rolf har for hjelp i hverdagen, bolig, aktiviteter, behandling og opptrening. Rolf kunne fått hjelp til å definere sine mål (for eksempel et eget sted å bo og flere aktiviteter), og de kunne sammen sett på hva som er nødvendig for å nå hvert enkelt mål. Kanskje burde også andre, som Rolf sine foreldre, legen hans, behandlere i spesialisthelsetjenesten eller andre, også deltatt i dette samarbeidet.

Rolf har ikke krav på å få alle sine ønsker oppfylt, men han har krav på å få en plan, og på at kommunen, sammen med ham, vurderer hvilke behov han har, og i hvilken grad kommunen kan dekke disse behovene. Og han har krav på at kommunen samarbeider med ham om gjennomføringen av tiltakene.


IP
BOLIG
ARBEID
BEHANDLING

Grenser for brukermedvirkning

Som bruker av en helsetjeneste har du rett til å medvirke og påvirke egen behandling, og det betyr nettopp det – at du har rett til å *medvirke*. Det betyr ikke at du har rett til å bestemme alt.

Helsepersonell har et ansvar for den behandling de gir, og for behandlingen de gir til *alle* pasientene. For at helsepersonell skal kunne ta dette ansvaret, og passe på at alle brukere får sine rettigheter, må de ha mulighet til å ta avgjørelser som en bruker ikke er enig i, dersom dette er nødvendig av hensynet til forsvarligheten, eller av hensyn til andre mennesker.

Helsepersonell har også rettigheter, regulert for eksempel gjennom arbeidsmiljøloven, og brukermedvirkningen kan ikke være til hinder for dette. Under går vi gjennom noen eksempler på situasjoner hvor brukermedvirkningen møter en grense. Dette er bare eksempler, og det kan selvfølgelig tenkes mange andre situasjoner.

Faglig forsvarlighet

Helsepersonell har en plikt til å jobbe faglig forsvarlig. Det betyr at de må bruke anerkjente behandlingsmetoder, bygget på forskning, og at de må bruke disse metodene på trygge måter, og slik de er ment å brukes.

Brukere har dermed ikke rett til å få et behandlingstilbud som helsepersonell mener vil være farlig eller skadelig.

I offentlig helsevesen kan man heller ikke kreve udokumenterte eller alternative behandlingsmetoder, som healing eller behandling med krystaller.

Den behandlingen som gis skal både være dokumentert effektiv og trygg generelt, og også egnet for akkurat de plagene denne pasienten har. Noen ganger er disse vurderingene enkle, andre ganger er det mer komplisert.

Brukermedvirkning i praksis:
Roger vil ha mer Valium

Roger forteller: *Det gikk ganske bra i behandlingen, vi hadde noen familiesamtaler, og jeg fikk hjelp til å komme i gang med et nytt tiltak gjennom NAV, hvor jeg trivdes ganske godt, og ja, mye gikk bra.*

Men så møtte jeg på noen gamle kamerater, og så kom mye av de gamle tingene opp igjen, og følelsen av å være skitten og ekkel og søppel. Det orket jeg ikke, så jeg begynte å røyke hasj igjen, og kjøpte også noen tabletter, men det er dyrt, og for å få råd til det gjorde jeg noen ting, og så begynte ting å gå over styr.

Jeg spurte legen min om jeg kunne få Valium. Jeg fikk en resept, og det hjalp litt. Men jeg brukte opp hele pakken på under en uke, selv om legen hadde sagt den skulle vare minst to måneder, og han ville ikke gi meg ny resept.

Så jeg snakket med psykologen min, og bad ham om å snakke med legen min og si at jeg trengte mer Valium, og Stesolid. Og morfin. Han sa nei, at det ikke var forsvarlig i min situasjon, på grunn av faren for avhengighet.

Han sa at vi kan jobbe med de vonde følelsene, og at om nødvendig kan han søke meg inn på døgnavdeling, eller på rusbehandling en stund, hvis jeg trenger det. Og at han kunne snakke med legen om det ville være nyttig med noe antidepressiva eller noe. Men han ville ikke si til legen at jeg trengte flere tabletter, av de jeg ønsker selv.

Det gjorde meg skikkelig sint. Var det bedre at jeg ble avhengig av ulovlige tabletter, da, som jeg ikke vet hva det er i? Og som blakker meg helt, og gjør at jeg ikke kan følge opp NAV, og må begynne med brekk igjen?

Nå går alt til helvete, og det er legen og psykologens skyld, fordi de ikke vil hjelpe meg.



Burde Roger fått medvirke til valg av medisinering?

Nei, det ville ikke vært forsvarlig. Roger har rett i at det vil skade ham å bruke illegale rusmidler og å begynne med kriminalitet. Men det betyr ikke at det er trygt og forsvarlig å gi ham medisiner som fører til avhengighet – det vil ikke løse problemene hans på sikt.

Det ville vært uforsvarlig av legen og terapeuten å bidra til at Roger fikk vanedannende medisiner når de vet han vil misbruke disse. Særlig når han har vært rusfri lenge, er i gang med arbeid, og det vil finnes bedre alternativ for ham.

De tilbyr også andre, forsvarlige, behandlings- og oppfølgingstilbud som Roger kan velge mellom. Han har derfor mulighet til å velge mellom ulike forsvarlige tilbud og har ikke krav på tilbud som ville vært uforsvarlig og skadelig.

Fare for pasientens liv og helse

Helsepersonell har som oppgave å redde liv og bevare helse. De kan og skal derfor ikke være med på ting som kan være farlige eller skadelige for pasienten selv, eller for andre.

Hvis en pasient er så fortvilet og desperat at hun ønsker å skade seg selv, kanskje å dø, å ruse seg, gå ned enda mer i vekt når hun allerede er alvorlig undervektig eller gjøre andre ting som er farlige for helsen, kan og skal ikke helsepersonell hjelpe til med dette, selv om pasienten ber inderlig om dette selv.

I noen tilfeller kan dette bety at helsepersonell må aktivt hindre pasienten i å gjøre det som kan være skadelig, av og til også ved hjelp av tvang.

Andre ganger er det ikke grunnlag for at helsepersonell aktivt gjør noe for å stoppe handlingen, men de kan likevel ikke være med på å tilrettelegge for noe som kan være skadelig.

Fare for andres liv og helse

Noen ganger må helsepersonell også dele informasjon for eksempel med politi eller trafikkmyndigheter, enten for å unngå fare for pasienten selv eller for andre.

Det kan for eksempel gjelde hvis man får vite om planlagt vold eller drap, at en person kjører bil i ruspåvirket tilstand eller at dyr blir mishandlet eller utsatt for alvorlig omsorgssvikt.

I slike situasjoner kan og må helsepersonell melde fra, selv om pasienten ikke ønsker det, og de kan gjøre det uten hindring av taushetsplikten.

Du kan lese mer om taushetsplikt og grensene for taushetsplikt i heftet vårt *Taushetsplikt. Hvem skal vite?*



Barns liv og helse

Helsepersonell har også et særlig ansvar for at barn har det bra. Noen ganger får helsepersonell opplysninger som gjør at de kan bli alvorlig bekymret for

- at barn blir utsatt for alvorlig omsorgssvikt, overgrep eller mishandling
- at barn som er syke ikke får den hjelpen de har behov for
- at barnet selv begår alvorlig kriminalitet uten å få nødvendig hjelp
- at barn står i fare for å bli utnyttet til menneskehandel

I slike situasjoner har helsepersonell ikke bare rett, men også plikt til å melde fra til barnevernet, og eventuelt også til politiet.

Brukermedvirkning i hverdagen:
Sofie er bekymret for barna til Malin

Sofie forteller: *Jeg er psykolog, og jobber ved poliklinikken ved et distriktspsykiatrisk senter (DPS). En av pasientene mine er Malin, en kvinne på 23 år med to små barn, Espen på fire år og Enya på to år. Malin er ikke i jobb, hun bor alene med barna, har dårlig økonomi og lite familie. Hun har selv hatt en vanskelig barndom og sier hun egentlig har hatt det vanskelig «bestandig».*

Jeg har kjent Malin i to måneder, og jeg oppfatter henne som veldig deprimert nå. Hun forteller at hun ofte er sliten, at hun ligger mye på sengen eller sofaen i løpet av dagen, og at alt er et ork. Hun strever med søvnløshet, og tar noen ganger mye medisiner for å få sove, også på dagtid. Hun sier også at hun noen ganger skader seg selv, og at hun av og til kan bli så sint at hun skriker til barna, fordi alt blir for overveldende for henne.



Når jeg spør Malin om hva barna gjør når hun måtte ligge om dagen, sier hun at de er veldig snille, og at de kan passe på seg selv i flere timer. Det gjør meg urolig, for barna hennes er alt for små til å passe på seg selv. Jeg lurer også på om hun klarer å passe på dem slik de trenger, med mat, stell og omsorg når hun selv har det så vondt.

Jeg fortalte Malin at jeg vet at hun er veldig glad i barna sine, at de betyr utrolig mye for henne, og at hun vil dem alt det beste. Jeg sa også at jeg samtidig er bekymret for hvordan sykdommen hennes påvirker hennes muligheter for å ta seg av barna på en god måte nå, og at jeg var nødt til å informere barnevernet om dette. Malin sa at det ønsket hun absolutt ikke, at det ikke var nødvendig, og hun minnet meg på at jeg jo hadde sagt at vi skulle samarbeide.

Jeg sa at det stemmer, og at vi gjerne kan samarbeide om hvordan jeg skal kontakte barnevernet. Vi kan for eksempel ringe sammen, når hun er her hos meg, eller vi kan avtale et felles møte med barnevernet.

Malin var ikke interessert i noe av dette, hun ville ikke at barnevernet eller noen andre skulle informeres i det hele tatt.

Jeg sa at det forstod jeg, og at jeg beklaget at jeg måtte gjøre noe hun så sterkt motsatte seg, men at jeg likevel måtte kontakte barnevernet. Hvis hun ville, kunne vi samarbeide om hvordan jeg skulle gjøre det, men ikke om jeg skulle kontakte dem eller ikke.

Tar Sofie hensyn til Malins rettighet til å medvirke?

Ja, det gjør hun. Hun snakker med Malin om sin bekymring, og hun tilbyr Malin at de kan samarbeide om å kontakte barnevernet. Hun foreslår også ulike måter hun kan kontakte barnevernet på, alene eller sammen med Malin, og gir Malin mulighet til å medvirke i hvordan dette blir gjort.

Når Malin ikke ønsker å samarbeide om dette, og sier at barna har det bra, må Sofie gjøre sin egen faglige vurdering av situasjonen.

Når hun vurderer at det er farlig og uforsvarlig at barn på to og fire år må passe på seg selv i flere timer av gangen, har hun både rett og plikt til å informere barnevernet om dette, slik at de kan undersøke hvordan barna har det, og om nødvendig sette inn tiltak for at de skal få det bedre.



Hensynet til helheten

Helsepersonell har ansvar for alle pasienter, og må passe på at alle får sine rettigheter oppfylt, så godt det lar seg gjøre. Av og til hender det at pasienter har motstridende interesser, og at det ikke er mulig at alle medvirker like mye. For hvis A fikk det han ønsket, ville det forhindret at B fikk sine behov dekket.

Ingen kan kreve at pasienter skal kunne ta hensyn til helheten, og det er derfor viktig at helsepersonell tar dette ansvaret og vurderer hvordan alle pasientene kan få sine behov dekket i størst mulig grad.

Ofte er imidlertid problemet at det er for lite ressurser til at alle kan få dekket sine grunnleggende behov. I slike situasjoner er det viktig at helsepersonell både gjør så godt de kan innenfor de aktuelle rammene, samtidig som de også melder fra oppover, og varsler om at de ikke klarer å gi alle brukere det de har rett på.



NB: Tvang har egne regler

Selv om det kan være svært alvorlig at brukere og pasienter ikke blir hørt og ikke får medvirke til egen behandling, er det likevel forskjell på å ikke få medvirke, og å bli utsatt for tvang.

Det er egne regler for når det er tillatt å bruke tvang innen psykisk helsevern. Tvang kan som hovedregel bare brukes når pasienten ikke er samtykkekompetent, eller når det er alvorlig fare for andres liv og helse, eller pasientens eget liv.

Noen ganger kan imidlertid fravær av brukermedvirkning føre til at pasienten ikke får et godt nok behandlingstilbud, og dermed blir så syk at det er nødvendig med tvungen behandling. Dette er viktig å forebygge, blant annet gjennom et godt samarbeid i perioder hvor pasienten har samtykkekompetanse.

Samvalg

Samvalg betyr at helsepersonell og pasient samarbeider om å finne den behandlingen som er den beste for akkurat denne pasienten, og samvalg er dermed nært knyttet til brukermedvirkningsbegrepet.

Samvalg handler om rett til å velge mellom ulike aktuelle behandlingsmetoder. Det kan være vanskelig å vite hva som er beste behandling i akkurat din situasjon. I en samvalgsprosess kan behandler og pasient sammen se hvilke muligheter som finnes, hva fordelene og ulempene er ved de ulike alternativene, slik at pasienten kan velge hva som vil være best for ham.

På Helsenorge.no finnes det samvalgsverktøy for ulike diagnoser. Foreløpig er det bare ett verktøy for psykiske lidelser, det er for psykose. Det vil sannsynligvis komme flere senere. Til det skjer, kan behandler gi nødvendig informasjon om alternativ, slik at pasienten kan ta gode valg.

Hva kan hindre god brukermedvirkning?

Selv om brukermedvirkning er lovpålagt, kan det ofte være vanskelig å få til i praksis, også i de tilfellene hvor situasjonen er innenfor rammene for brukermedvirkning. Det er mange ting som kan være til hinder for god brukermedvirkning, og noen av de viktigste er tid, ressurser, kompetanse, vaner og holdninger.

Tid

Brukermedvirkning krever tid. Tid til å bygge relasjon, til å høre på hva brukeren trenger og ønsker, tid til at brukeren skal bli trygg nok til å kjenne etter hva han trenger, og til å uttrykke behovene.

Ofte handler også brukeres ønsker om at de ønsker mer tid i behandling, oftere avtaler, lengre ettervern eller annet. For at dette skal være mulig, må de som skal tilby behandlingen ha gode nok rammer til å gi folk den tiden de trenger.



Ressurser

Tid er en viktig ressurs, men det er også et tilstrekkelig antall fagpersoner, og fagpersoner med riktig utdanning og kompetanse. Hvis kommunen, avdelingen eller poliklinikken ikke har tilgang til musikkterapeut, psykolog med traumekompetanse, frilufskoordinator, jobbspesialist eller annen spesialkompetanse, vil ikke brukere ha mulighet til å medvirke til å få dette tilbudet.

Også fysiske forhold, som plass nok til besøk, støyskjerming, plass til aktiviteter, en buss tilknyttet boligen eller nok plass til varierte aktiviteter på dagsenteret, kan påvirke mulighet til medvirkning og deltagelse.

Kompetanse og holdninger

Kompetanse handler ikke bare om den faglige kompetansen, men også om at ansatte må ha nok kunnskap om brukermedvirkning og vite hvilke rettigheter brukere har.

At man vet hvilke rettigheter brukerne har, betyr dessverre ikke at man alltid har mulighet til å gjennomføre dette i praksis, men da vet man i alle fall hva loven sier, og kan melde avvik og/eller bistå med klager i tilfellene hvor man ikke klarer å følge loven.

God kunnskap om hvilke rettigheter brukere har, kan også være en motvekt mot negative og stigmatiserende holdninger, og kan hjelpe til med å stoppe disse hvis de skulle oppstå. Det gir lite mening å klage over «bortskjemte og kravstore brukere og pårørende» hvis du og/eller kollegaene dine vet at de bare spør om noe som er deres lovfestede rett, og at det er tjenesten som bryter loven ved å ikke kunne tilby dette.

Vaner, rutiner og systemer

Et vanlig hinder for brukermedvirkning er innarbeidede vaner og rutiner.

Et eksempel er husordensregler. Noen regler er nødvendige når folk skal leve sammen, og sørger for trygghet for alle (for eksempler regler om røyking innendørs, eller forbud mot å ta bilder av medpasienter).

Andre regler, som for eksempler strenge, felles regler om leggetider eller besøk på eget rom, kan være for inngripende, og gå ut over retten til å medvirke i egen behandling, og bestemme over eget liv.

Også rutiner og regler knyttet til gjennomføring av behandling, som for eksempel at varigheten av behandlingen er bestemt før oppstart av behandling, at det ikke er anledning til å bytte kontaktperson i miljøet, eller omfanget av obligatoriske aktiviteter, kan, avhengig av sammenhengen, påvirke mulighetene til medvirkning, noen ganger i en så stor grad at det kan være i strid med pasientens rettigheter.

Lover og virkelighet

Som vist er reglene om brukermedvirkning klare og tydelige, og gir pasienter og brukere gode rettigheter til å medvirke i utredning, behandling og omsorgstilbud.

Dessverre er det ikke alltid slik i praksis. Mange behandlingssteder og kommuner har ikke ressurser eller rammer som er gode nok til at lovene kan følges i praksis, og ofte vil praktiske hensyn, som hensynet til budsjett eller ansattes kompetanse, veie tyngre enn de lovfestede rettighetene.

Likevel er det viktig at pasienter, brukere, pårørende og helsepersonell er godt kjent med de rettighetene lovene gir. Det vil ikke alltid være mulig å gjennomføre alle rettighetene i praksis, men i slike tilfeller har man rett til å klage, og helsepersonell bør også vurdere om det skal meldes avvik.

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, det er noe helse- og omsorgstjenester er pålagt å gjøre, og ikke noe som kan velges bort. Pasienter og brukere har rett til å medvirke i egen behandling (individnivå).

Hensikten med brukermedvirkning på individnivå er at helsepersonell skal lytte til brukeren (eventuelt også pårørende) og skal samarbeide om å lage en plan for behandlings- og/eller omsorgstilbudet som gir brukeren best mulig behandling og muligheter til å bli friskere og/eller få bedre livskvalitet.

Pasienter, brukere og pårørende har også rett til å medvirke på utformingen av tjenester og systemer (tjeneste- og systemnivå). En viktig del av å utvikle tjenester på systemnivå, er å bidra til fagutvikling og forskning, og det er i dag helt vanlig at det kreves brukermedvirkning for å få godkjent forskningsprosjekt.

I dette heftet kan du lese mer om brukermedvirkning på individnivå.

erfaringskompetanse.no

Erfaringskompetanse.no 2021:3
ISBN: 978-82-93171-49-2
ISSN: 1891-6163

www.erfaringskompetanse.no

