

En perspektivhoppers refleksioner
over ligeværd i asymmetriske relationer

Marianne
Mb hold 4
30/1 2006

En perspektivhoppers refleksioner over ligeværd i asymmetriske relationer.

Indledning

Motivation

I mit voksne liv har jeg brugt meget tid og energi på at finde mine ben og få min tilværelse til at hænge sammen. Ved siden af har jeg taget en uddannelse til cand. mag. og senere en uddannelse som voksenunderviser. Jeg underkender ikke mine uddannelser, men de emner og fag jeg husker bedst, har jeg enten beskæftiget mig med i slutningen af min studietid, hvor jeg havde fået det en del bedre, eller de har givet mening til mit ”projekt kom på benene”. Mit ønske om at finde arbejde indenfor områder, hvor jeg kan kombinere viden og erfaringer fra begge områder, skal ses i det lys. Begge sider er væsentlige for min tilværelse, og den ene side har fyldt så meget, så jeg alt andet lige oplever en slags amputation, hvis jeg skubber den ud.

Jeg mødte op til uddannelsen for mb'ere med erfaringer af at komme mig både med og uden hjælp fra Psykiatrien, mit kendskab til andre brugere og deres erfaringer samt kendskab til eller erfaringer med at være pårørende, voksen såvel som barn. Selvom jeg har været syg i en del af mine børns opvækst, har dette ikke forhindret mig i at se – men desværre ikke kunnet handle på – de vanskeligheder det har givet for dem, når jeg i lange perioder havde det svært. Jeg har således erfaringer fra flere vinkler.

Da jeg var timelærer på Dalgas skolen fik jeg en klar fornemmelse af at eleverne genkendte mig, som ”en af dem”. Det samme gjorde sig gældende i mit afløserjob i hjemmeplejen, hvor flere af de borgere jeg kom hos havde sindslidelser.

Oplevelserne af genkendelse, af at de erfaringer, jeg har gjort, kunne få betydning for andre og af mening og sammenhæng fik mig til at melde mig til mb-uddannelsen.

Mødet med eleverne på Dalgasskolen og borgerne i hjemmeplejen satte fokus på spørgsmålet: Hvad består denne genkendelse af? Hvad gør jeg anderledes, siden de genkender mig? Hvad er det medarbejdere med brugererfaringer kan bidrage med?

I praktikken på Kvalitets- og udviklingsafdelingen har relation og kommunikation mellem brugere, pårørende og ansatte i Psykiatrien fyldt meget. Nogle af de spørgsmål, der har optaget mig er:

- hvordan kan brugere og ansatte opleve en ligeværdig relation, når rollerne er asymmetriske?
- hvordan kan medarbejdere med brugererfaringer berige mødet mellem brugere og ansatte?

Komposition:

Min første tanke var at skrive en stramt komponeret opgave, men virkeligheden så anderledes ud. I stedet lader jeg refleksionernes tråde glide løst gennem mine hænder, så de tegner et kort over det landskab, jeg bevæger mig rundt i og ser på fra forskellige forhøjninger i landskabet. Hvad jeg ser afhænger af, hvordan jeg vælger at vende mig, og hvilke stier jeg går på.. Næste gang jeg tager ud i området, bliver det noget andet jeg ser. På baggrund af mine forskellige erfaringer hopper jeg fra perspektiv til perspektiv.

Refleksionerne bygger på de overvejelser, som er blevet sat i gang af revisionen af Psykiatriens politikker, samtaler med ansatte på Kvalitets- og udviklingsafdelingen, mb'ere og andre personer med erfaringer som brugere af Psykiatrien og/eller de somatiske hospitaler.

Mødet mellem brugere og personale

Os og de andre

Når jeg beskæftiger mig med at præcisere forholdet mellem "os og de andre", sker det i forsøget på at indkredse, hvilke grundlæggende antagelser om at være bruger/patient og om at være ansat, der præger eller har præget kulturen i Psykiatrien. Forestillingerne om, hvordan "den anden" er, har betydning for relationen mellem ansat og sindslidende.

"Os": Er her defineret som de ansatte i psykiatrien. De repræsenterer: Psykiatrien, det faglige, det professionelle og det sunde, samt normerne og tilværelsen i det omgivende samfund. De udfylder deres faglige rolle, og deres privatliv. Eventuelle vanskeligheder, fritidsinteresser og overbevisninger af f.eks. politisk og religiøs art er enten ikke i fokus, eller de befinder sig i periferien. Tillige er de karakteriseret ved at være bærere af det faglige ansvar overfor "de andre", og de er med til at bære "de andres" personlige ansvar, når der er behov for det.

"Os" er således som udgangspunkt den givende part overfor "de andre".

"De andre" er her defineret som patienter, sindslidende, brugere. De syge eller de sårbare med psykiske vanskeligheder. De er modtagere af Psykiatriens kerneydelser, modtagere af "os's" faglige hjælp. De er afhængige af de ansatte, og de har behov for hjælp fra "os". Vel at mærke en hjælp, der rækker langt ind i privatsfæren, og involverer væsentlige beslutninger, der skal træffes i vedkommendes eget liv. I relationen med "os" træder "den andens" erhverv, faglighed, fritidsliv og venskaber ofte i baggrunden.

Ligeværdighed i asymmetriske relationer:

I mødet mellem den sindslidende og de ansatte ligger der således nogle reelle forskelle i roller og nogle antagelser om rollerne, der indbefatter, at det er de ansatte, der giver af deres faglighed, og de sindslidende, der er modtagere på såvel det private som på det personlige felt. Det betyder, at relationen er asymmetrisk. Asymmetrien i rollefordelingen er nødvendig og positiv, hvis den får modspil i en menneskelig ligeværdig relation.

Ligeværdighed mellem mennesker handler om balance mellem at give og modtage. Modtageren kommer i en situation, hvor han eller hun har brug for at udligne skellet mellem giveren og sig selv. Den måde, det kan lade sig gøre på, er ved at give tilbage. Det kan være nok for giveren at mærke, at gaven blev vel modtaget, men det er ikke nødvendigvis nok for modtageren.

I nogle kulturer kan gaveudveksling udvikle sig til en kamp om status. Den, der til slut står i modtagerens rolle, ender som taber i sine egne øjne og i omgivelsernes. For begge parter kan økonomien ligge i ruiner bagefter. Behovet for at opretholde balancen mellem giver og modtager er fundamentalt for alle mennesker.

"Andre (behandlere) tager imod med glæde, og gør dermed patienten til giver. Og hvorfor i al verden skulle det være anderledes? Sådan et spørgsmål kan en mb'er stille, fordi vi ind imellem har oplevet/oplever at professionelle har taget imod det vi har at give, og oplever glæden ved det. Men vi må stadig kæmpe for at nedbryde skepsis i den etablerede psykiatri, så vi kan "få lov" til at blive givere. - Jeg tror brugerne oplever os som mindre forskansede, at vi giver lidt mere af os selv, at vi forstår dem bedre, fordi vi følelsesmæssigt har erfaret, hvor svært livet med psykisk sårbarhed kan være. At vi er mere klar til at være modtagere i forhold til hvad de hver især måtte have at give."

Mb'er fra hold 5 om det at give og modtage. Speakers Corner 10/1 06

Det ligger i Psykiatriens kerneydelser, formål og kultur, i omgivelsernes holdning og i personens egen opfattelse, at når en person søger professionel hjælp, er vedkommende reelt og traditionelt i modtagerens rolle. Udgangspunktet for mødet er ikke bare, at rollefordelingen er asymmetrisk. Det

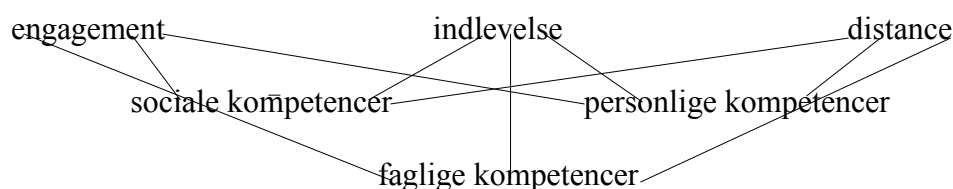
er min påstand, at personernes oplevelse af menneskelig værdi som udgangspunkt er skæv. Skævheden bygger på normerne for, hvad det vil sige at modtage, hvad det vil sige at give og hvilke "gaver" der værdifulde. Selvom oplevelsen af ligeværd er skæv i udgangspunktet, behøver den ikke forblive skæv.

Udgangspunktet for ligeværdighed

Asymmetri på faglig grund er en betingelse for oplevet ligeværd. For klare og præcist definerede roller og rammer giver plads til tryk og udvikling, således at den sindslidende kan opleve sig selv som både modtagende og givende. De ansatte har pligt til at handle og behandle, også i situationer, hvor handlingen/behandlingen bliver oplevet som meget ubehageligt. Det er præmisserne, og at foregøgle, at rollerne mellem ansatte og brugere er ligestillede/symmetriske, er at skabe uklarhed, idet fagligheden og ansvaret forsvinder.

Ligeværd kræver, at den professionelle er fagligt bevidst og samtidig er et autentisk og nærværende menneske. Det professionelle nærvær (empati) opretholder balancen mellem nærhed og distance.¹ Nedenfor har jeg illustreret det (med en tidligere medstuderendes skema).

Professionelt nærvær består af engagement, indlevelse og distance. De tre sider skal stå i et balanceret forhold til hinanden. Det er godt at kunne føle med et menneske, men det er ikke godt, hvis medfølelsen betyder, at jeg bliver blind for helheden f.eks. personens placering i en social sammenhæng, eller hvis jeg glemmer min faglighed.



For tæt: Ansatte der bliver for meget "veninde/ven" eller for tætte kan ikke bevare det faglige overblik og får vanskeligheder med at udføre svære beslutninger, når det er nødvendigt. Det skaber utryk i relationen, og kan fastholde den sindslidende. Hvis ansatte taler for privat med den sindslidende kan den sindslidende f.eks. blive urolig for at belaste personalet.

For fjern: Omvendt hvis personalet er for fjerne og minimerer relationen, så kan signalet til de sindslidende blive tolket som: "Vi vil ikke have noget med sådan nogen som jer at gøre".

En årsag til at personalet bliver for fjerne, kan være det, at brugere og ansatte i en vis udstrækning ligner hinanden. Det kan give lettere adgang til empati, men det kan også skabe en uheldig distance, hvis en ansat oplever følelser og reaktioner hos en sindslidende, der eksponerer vedkommendes egne følelser.

Erkendelsen af "det kunne have været mig", kan være svært. Den erkendelse har MB'eren, sammen med erfaringen: "Det har været mig" og "det kan blive mig igen".

Det handler om balance og fornemmelse for den givne situation. Det er f.eks. ganske udmærket, hvis sindslidende i et vist omfang oplever, at de ansatte er almindelige mennesker, der kan have deres at slås med.

Når det drejer sig om at signalere ligeværd, er det de ansattes menneskesyn, der kommer i spil. Den enkelte ansattes holdninger til den sindslidende er afgørende. Den ansattes syn på den sindslidende kommer til udtryk på mange områder:

- den sindslidende får mulighed for at være den givende. I konkret forstand kan det handle om en afskedsgave, men det drejer sig i lige så høj grad om, at personalet er opmærksomme på betydningen af det den sindslidende giver, når han eller hun udviser tillid og indvilliger i modtagelsen af hjælp

¹ Marianne kristiansen: "Professionelt nærvær".

- den erfaringsbaserede og personlige vinkel mødes med den faglige vinkel. Således at der bliver lyttet til den sindslidendes viden og erfaringer, selvom han eller hun ikke er faglig specialist
- men den sindslidendes ord kan modsiges, de har ikke urørlighedsstatus og de skal ikke behandles med repressiv tolerance
- den sindslidendes viden og erfaringer bliver anerkendt også i situationer, hvor personen ikke selv er i stand til at handle i overensstemmelse med den
- dvs. at de ansatte tillid til den sindslidendes konstruktive sider og ressourcer, men samtidig er realistiske om den givne situation
- det bliver forventet, at den sindslidende tager ansvar, så vidt muligt overhovedet, og at han eller hun har med- eller selvbestemmelse så langt fornuften rækker

Selvom de ansatte oplever den sindslidende som ligeværdig, er det ikke sikkert, at vedkommende kan modtage det i første omgang. Hvor svært det er for den sindslidende at opfange signaleret ligeværd, afhænger af hans eller hendes selvværd. Når den sindslidende giver sin anerkendelse eller eventuelle kritik til den ansatte er han/hun med til at gøre sig ligeværdig.

"Ligeværd bygger på, at den "store" lytter og anerkender, den "lilles" syn på verden. Det er når, den "store", kan tåle, at jeg udfordrer hans viden med min viden om mig selv og min situation. Den, der hviler i sin rolle i sin har ikke behov for altid at få ret." (elev med adhd om relationen til lærere og pædagoger på en specialskole.)

Vejen mod ligeværdighed i Psykiatrien er stenet men ikke umulig. Et par af de store sten består af det forhold, at den sindslidendes oplevelse af ligeværd ikke bare er afhængig af den ansattes modtagelighed overfor det den sindslidende har at give, den kan også være afhængig af, at den ansatte direkte "demonstrerer" ligeværd.

Metaforer for relationen mellem ansatte og sindslidende

Det vi tænker om, hvad en mulig relation i en sammenhæng – her Psykiatrien – indeholder, er med til at bestemme relationens udvikling og karakter. De metaforer, vi bruger for en relation, er ikke kun afspejlinger af en opfattelse, men også med til at danne vores opfattelse. Det er svært at finde metaforer, der dækker relationen mellem ansatte/behandlere og de sindslidende. Der er gjort gode forsøg. Den sindslidende er ekspert på sit liv, den ansatte er den faglige ekspert; den sindslidende er en rejsende, den ansatte er guide; elev – lærer-relation og sikkert mange flere. Fælles for dem er, at de forsøger at beskrive forskellen i roller og ansvarsfordeling.

Lærer – elev relationen: Det positive i billedet er, at det peger på, at den sindslidende er på vej, i færd med at blive bedre til at mestre sit liv. Den sindslidende er således ikke betragtet som et individ, der er stagneret i en urokkelig situation. Samtidig er det et krav til lærere, at de skal tilpasse deres undervisning til den enkelte elev. På samme måde er det nødvendigt, at behandlingen af sindslidende tager udgangspunkt i den enkelte person.

Billedets bagside - *det negative* - er, at den bærer spor af en voksen – barn relation, den sindslidende er endnu ikke så udviklet og så vidende som sin lærer. Han eller hun har brug for lærerens viden for at opnå "status som fungerende i dette samfund".

Forsker billedet: To forskere med hver deres ekspertise møder hinanden og i samarbejde udvikler de et fælles forskningsprojekt: Som en person med erfaringer med at slås med og forholde mig til psykiske vanskeligheder, har jeg selvfølgelig opnået en væsentlig ekspertviden om, hvordan jeg mestrer min tilværelse ud fra mine præmisser. Det er en sympatisk og på nogle område rigtig tanke, at denne ekspertviden sættes overfor de ansattes faglige ekspertise. Billedet er på en positiv måde en

del af psykiatriens udvikling, da det fokuserer på den sindslidendes ressourcer, og på anerkendelse af hinandens viden som forudsætning for samarbejde.

Alligevel har jeg nogle anfægtelser omkring ekspertbilledet: Den ene drejer sig om den faglige ekspert. Jeg har respekt for og tillid til behandlere og ansattes ekspertise, viden og erfaringer. Jeg har selv haft gavn af den. Der er bare det, at en hver fokusering på bestemte aspekter tenderer til at gøre os blinde for andre aspekter, og ekspertbilledet har nogle uheldige medbetydninger af fokuseret dybdegravning på et afgrænset område. Erfarne behandlere har kendskab til deres egne begrænsning og en åbenhed, når vedkommende mødes med en sindslidende, men det er ligeså vigtigt, at vi der står på den anden side både kan rumme tillid og samtidig erkende begrænsningen. Den anden anfægtelse handler om, at jeg aldrig havde henvendt mig til Psykiatrien, hvis min personlige ekspertise havde kunnet bringe mig videre. Problemet er, at min ekspertise bliver sløret af kompensationer og mønstre, der var og stadig kan være uhensigtsmæssige. Jeg kan således blive blind for, hvilke bevægelser og hvilke retninger, der kan udvikle min ekspertise og igen gøre mig i stand til at bruge den konstruktivt. Her får jeg brug for den faglige eksperts hjælp, og her skrider billedet for mig. For nok kan den faglige ekspert udvikle sin viden i kraft af vores samarbejde om hjælpen til mig, men det er i første instans mig, der er afhængig af at den faglige eksperts bistand. En bistand, der skal kunne nå ind og hjælpe mig på særdeles private områder. Områder der i almindelighed er med til at vise min myndighed og selvstændighed i verden. Det er en helt anden situation, den kan ikke sammenlignes med en phd. studerende, der får hjælp af sin vejleder til sit forskningsprojekt.

Guidebilledet: Jeg er en rejsende, der med min guides hjælp bevæger mig ind i ukendte lande og områder. Jeg er på rejse, og på min rejse møder jeg situationer, der udvikler og ændrer mig. Rejsen er min proces. Guiden er min hjælper. Han eller hun har en generel viden om det at rejse, og om hvad det er klogt at medbringe på en rejse. Guiden har erfaring med hvilke redskaber og transportmidler, det er godt at kende til, hvis jeg skal være rustet til meget ufremkommelige områder. Han eller hun ved, hvordan nogen rejsende kan reagere og hvordan problemer kan blive tacklet.

I almindelighed så har guiden erfaring og kendskab til det område, han rejser i. Psykiatri-guidens viden er som udgangspunkt generel, og det er mig, den rejsende, der sidder inde med måske en viden og nogle erfaringer, men ofte kun fornemmelser af og frygt for det område jeg skal ind i. Min guide er derfor nød til først at lytte og forholde sig til mine beskrivelser af de lande, vi skal rejse ind i for at justere sin generelle viden til mine beskrivelser, min specifikke situation – havde jeg præcise kort og beskrivelser behøvede jeg ingen guide. Således påklædt kan min guide og jeg i fællesskab bevæge os ind i min verden. Jeg inviterer guiden indenfor, dermed bliver jeg vært i mine indre verdener. Guiden, der er min gæst og hjælper, er modtager af min åbenhed og tillid, idet han eller hun får lov til at træde ind og deltage i min rejse.

Umiddelbart er det dette billede, der illustrerer ligeværdighed bedst. I samarbejde udforsker vi min indre verden, en udforskning der kun kan finde sted, fordi jeg inviterede og guiden tog imod. Under de præmisser er vi ligeværdige, når jeg nu tager imod min guides hjælp og viden.

Guidebilledet har sine begrænsninger. Er guiden terapeut, plejer eller ..? Kan guidebilledet dække når der er blevet brugt tvang? Hvad med guidens uddannelse? Hvor meget skal en guide kende til sine egne indre landskaber?

Vi opnår ikke ligeværdighed medmindre asymmetrien er erkendt og accepteret. Det betyder, at udgangspunktet for et ligeværdigt møde først kommer til stede, når jeg som bruger af Psykiatrien anerkender mit behov for hjælp og anerkender behandlerens faglighed, og når behandleren, den ansatte, er fuldt bevidst om sit ansvar for være rammesætter og bærer af behandlerens faglighed. Jeg tror oplevelsen af at besidde magt og autoritet, nogle gange giver den ansatte et ubehag og en modstand mod at påtage sig det ansvar som magt giver. Det kan være med til at sløre rollerne

mellem brugere og ansatte, og det er svært for en ansat først at tage føring, når problemerne er i fuldt udbrud. Som ansat kan man ikke lege ligestillet for så at skulle udøve magt bagefter.

Nu vil jeg bevæge mig fra de generelle overvejelser om mødet mellem brugere og personale over til nogle mere specifikke og erfaringsbaserede overvejelser.

Møder med Psykiatrien:

Bruger af Psykiatrien:

Mine egne erfaringer med at være bruger af psykiatrien er overvejende positive. Der blev udvist respekt, på en måde, hvor der ikke var nogen tvivl om, hvem der havde det faglige ansvar, samtidig med at der blev signaleret menneskeligt ligeværd. Jeg var ikke genstanden for en andens behandling, men subjekt i min proces. Jeg traf mine beslutninger ud fra den information jeg fik om mine muligheder. Ord og handlinger blev afvejet i forhold til, hvem jeg var og præciseret i forhold til, hvor jeg var. Her oplevede jeg, hvad kontakt med et andet menneske betød, og hvor livgivende tillid og en positiv spejling er. Oplevelsen af at have et rum, hvor jeg udviklede mig i mit tempo, og hvor provokation og støtte gav mod til, at jeg turde bevæge mig. Et rum hvor både mine ressourcer og mine vanskeligheder kunne være, og hvor der var tid til gradvise erkendelser af alvor og omfang.

Så meget desto stærkere virkede mødet med en anden terapeut, hvor oplevelsen af at være objekt for en andens projekt, følelsen af manipulation og af kun at blive set som syg dominerede. Oplevelsen betød, at jeg efter fem år forlod psykiatrien og fortsatte min behandling i privat regi. Valget var ikke uden konsekvenser, og der gik måneder inden jeg var ovenpå igen, men ansvaret var stadigvæk mit.

Pårørende:

Både som pårørende og som bruger har jeg ønsket at samarbejde, men hermed hører ligheden mellem brugeren og den pårørende op. Brugerens føjelighed viger for en lidt mere strigleagtig adfærd. For det er uretfærdigt og forfærdeligt, når et andet menneskes liv bliver så svært, at udviklingen sættes på stand by. Specielt når dette andet menneske er meget ungt synes mange måneders ventetid på udredning og behandling fuldstændig urimeligt.

Det farvandt jeg som pårørende skulle navigere i var ikke uden risiko for grundstødning. Kunne mine iagttagelser bruges til noget? Hvordan kunne jeg blive en del af løsningen? Hvordan kunne jeg løse mine vanskeligheder som pårørende, så jeg bedst muligt kunne yde den støtte, der var behov for? Hvordan kunne jeg være med til at skabe grobund for samarbejde med personalet?

Personalet skal ikke og kan ikke fjerne de svære følelser, der er knyttet til at være pårørende, men de kan pege på, hvad der erfaringsmæssigt har gavnet den pårørendes forhold til den sindslidende, og de kan møde de pårørende med åbenhed og venlighed.

Pårørendearbejdet er vigtigt, og det er værd at overveje, på hvilke måder mb'ere kan være med til at bygge bro mellem brugerperspektiverne og de pårørendes oplevelser.

Børn som pårørende:

Børn i nær familie med en sindslidende, hvordan ser deres verden ud? Hvordan oplever de, at deres far, mor eller søskende er syg? Jeg tror mange af os, mb'ere, brugere, pårørende og ansatte foretrækker at tro på, at børnene slet ikke oplever, at der foregår noget.

Men det gør de!

For at give et billede, har jeg valgt at fortælle en historie fra mine egne børns liv, der viser, hvor præcist de opfattede situationen. De var den gang fire og seks år gamle, og jeg var netop begyndt i terapi. Mit ældste barn vidste, at hans lillebror kunne noget, han ikke kunne. Han kunne "tvinge" mig til at blive nærværende gennem voldsomme hysteriske anfald. På den tid gik den ældste ofte smågrædende rundt og legede sin "moren er død leg". Denne dag, hvor vi var på vej hjem fra lillebrørens tandlægebesøg siger den ældste til sin bror, at moren er død, og han, lillebroren er en tryllekunstner, der skal trylle hende levende igen. Lillebroren er helt med på legen. Han svarer, at han er tandlæge og tryllekunstner. Kort efter siger han konstaterende, at han har tryllet moren levende igen, men hun er syg og kun et barn. Jeg husker ikke, hvordan legen fortsatte, men den ældste var helt enig i den lille tryllekunstners vurdering. Så jeg måtte vokse og blive rask. Hvilket jeg gjorde, og i takt med, at jeg udviklede mig, udviklede relationen sig mellem dem og mig. Selvom de i sagens

natur ikke kunne vente med at vokse op, til jeg blev stor nok.

Det har meget stor betydning, at ansatte, voksne pårørende og brugere tør se børnene. For slet ikke at tale om, at vi, der har været brugere af Psykiatrien, skal være med til at gøre det mindre svært for nuværende brugere at forstå, at det at søge hjælp til sine børn ikke medfører, at man mister dem. Det er stadigvæk delvist et tabu, at forældre kan have behov for hjælp til at klare forælderrollen.

Praktikant på Kvalitets- og udviklingsafdelingen:

I det forløbne år har jeg været praktikant på Kvalitets- og udviklingsafdelingen. En lille stabsafdeling, der samarbejder med Psykiatriens mange afdelinger om at forbedre kvaliteten i de ydelser Psykiatrien tilbyder brugere, og udvikler nye tiltag, f.eks. Recovery.

Jeg har året igennem haft to opgaver at forholde mig til: Den ene er revision af psykiatriens politikker for brugere, børn af/søskende til sindslidende og pårørende. Den anden handler om, hvordan jeg får et godt arbejdsliv.

Revision af politikkerne foregik under ledelse af og i samarbejde med en af afdelingens konsulenter. Mit bidrag byggede på den ene side på mine egne erfaringer og mit kendskab til andres erfaringer. På den anden side på mine evner til analyse, ideudvikling og formidling, som jeg har opøvet gennem min uddannelse. Jeg har fungeret som oversætter af følelser, erfaringer, kultur og perspektiver. Mine erfaringer med Psykiatrien er begrænsede, men når jeg er åben overfor andres perspektiver og erfaringer, bliver de sat ind i en større sammenhæng.

Den proces som revisionen af politikkerne har været igennem, er i sig selv et udtryk for inddragelse af de erfaringer og holdninger, som brugere, ansatte og pårørende – voksne og voksne børn - i Psykiatrien har. Revisionsprocessen er således i sig selv et udtryk for forandring af kulturen i Psykiatrien.

Den anden opgave: Det er et privilegium, at jeg har og har haft tid og rum til at undersøge betingelserne for, hvordan jeg kan få en god arbejdstilværelse. Ikke desto mindre har det flere gange været nødvendigt, at jeg blev mindet om opgaven. Det er ikke første gang, at jeg har været på en arbejdsplads, men det er første gang, at jeg både bruger min faglige uddannelse og samtidig anvender mine erfaringer som bruger af Psykiatrien. Det har taget mig et stykke tid at vænne mig til det, da jeg, som timelærer, altid pænt pakker den side sammen inden, jeg møder op. Som timelærer, der flyver ind og ud igen med det samme, er mulighederne for samarbejde og sparring med kolleger meget begrænsede. Her i praktikforløbet har muligheden været tilstede hver dag, men jeg har skulle lære at bruge den. Det har været lærerigt, og jeg har god brug for den daglige halve times stille refleksion, der er en del af min opgave. Samtidig har mødet med tidligere og nuværende brugere af psykiatrien, medarbejdere og pårørende sat skub i refleksionerne over min egen tilværelse som tidligere bruger og nær pårørende til mennesker med psykiske vanskeligheder.

Medarbejderne i Psykiatrien har stor betydning for, hvordan brugere og pårørende oplever mødet med Psykiatrien. De tegner på det konkrete plan den kultur, brugere og pårørende møder.

Mødet eller relationen mellem de ansatte og brugerne har indflydelse på brugernes oplevelse af behandlingen, og på behandlingens udfald. Det er en del af Psykiatriens kerneydelser. Derfor handler det næste afsnit om, hvordan medarbejdere med brugererfaringer kan berige mødet mellem brugere og de ansatte.

Hvordan beriger medarbejdere med brugererfaringer personalets /Psykiatriens møde med brugerne?

Hvad sker der med kulturen i Psykiatrien, når "den anden" bliver en af "os"?

Når den anden bliver en af os, sker der noget med de grundlæggende antagelser en kultur bygger på. For når "den anden" ser "os" med sine briller, og reagerer på det han eller hun ser, giver det muligheder for at "os" kan se med fra "den andens" synsvinkel. Derfor er det min overbevisning, at Mb'erne ikke skal ligne "os" for meget. Anderledesheden skal have plads. Selvfølgelig er det lettere at integrere en mb'er, der er pædagog, sygeplejerske eller social- og sundhedsuddannet blandt "os", for fagligheden ligner, og dermed mindskes anderledesheden. Jeg afviser ikke, at der kan være sammenhænge, hvor en faglig relevant uddannelse er nødvendig, og mb'ere med fagligt relevante uddannelser har bestemt en vigtig plads som mb'ere. Pointen er, at netop anderledesheden skaber udvikling. En mb'er kan stille anderledes og uventede spørgsmål til kulturen end en faguddannet pædagog netop i kraft af sin "mangel" på: det "alle jo ved". Derved kommer den fælles faglige bagage af "sådan gør man" og "sådan er det" under lup. Kan det givne, nu også tages for givet? Spørgsmål til grundlæggende antagelser om kulturen og fagligheden kan være ubehagelige og give utryghed for en personalegruppe, og måske kan anderledesheden være for stor, men åbenhed for forandring er vigtig.

Hvad sker der med "os"?

Som nævnt før, så har MB'eren erfaringen af: "Det har været mig." og erkendelsen: "Det kan blive mig igen." Med de erkendelser kan mb'eren være med til at minde personalet om, at der findes liv og ressourcer bag diagnosen, og selvom brugerens tilværelse er svær, så kan den både indeholde smil og gode dage.

Samarbejdet mellem mb'ere og personalet giver et bedre kendskab og forøger den gensidige respekt. En årsag hertil er, at ansatte, der arbejder sammen med en mb'er, kan se den tidligere brugers ressourcer folde sig ud i en helt anden grad, end de har mulighed for, når de møder den syge bruger. Da de samtidig ved (evt. kender fra tidligere), at denne person er tidligere bruger, giver det mulighed for at overføre erfaringer om mb'erens ressourcer til deres møde med de nuværende brugere.

Med mb'erens tilstedeværelse er brugerperspektivet hele tiden repræsenteret blandt de ansatte. Det giver personalet mulighed for at spejle deres måder at udfylde deres roller/ at være behandlere på. Mb'eren kan med sine erfaringer bidrage ved at fortælle "sådan kan det opleves". Han eller hun kan formidle sine erfaringer, som de tager sig ud på baggrund af refleksion, en vis distance og mb-uddannelsens faglighed. Gennem sine måder at møde brugerne på, kan mb'eren vise andre veje end dem, der plejer at blive betrådt. Det kræver, at mb'eren er i stand til at udvise evner til samarbejde, lydhørhed og anerkendelse overfor det almindelige personale. Mb'ere er ikke bedre kvalificerede, de har bare nogle andre kompetencer. I mødet mellem mb'ere og personalet er der rige muligheder for gensidige udvekslinger af erfaringer, faglig viden og holdninger. Et godt samarbejde mellem mb'ere og personalet giver grobund for udvikling af mødet mellem brugere og personale, af den enkelte afdeling og af Psykiatrien.

Mb'ere kan fungere som oversættere af følelser, oplevelser, tanker, viden og ord mellem brugere, pårørende, Psykiatriens medarbejdere og mennesker udenfor Psykiatrien.

Dengang jeg stod midt i det, da jeg var bruger af Psykiatrien var mine ord og erfaringer ofte slørede af mit indre kaos, og dagens mange detaljer skyggede for overblik. Alligevel havde mine ord vægt i den terapeutiske sammenhæng, hvor de hørte til. Med distancen kom overblikket, muligheden for at abstrahere fra de konkrete oplevelser, og sætte dem i sammenhæng med en større viden. Jeg blev i stand til at sætte begreber på og udlede essenser, der var generelle. Den erfaring gør mb'ere i stand til at kunne være med til at oversætte brugernes følelser og oplevelser for brugerne selv og for personalet.

Når jeg taler på baggrund af min rolle som mb'er, har jeg erfaret, at mine ord bliver vægtet og hørt af

personalet. Som den, der har været der og er kommet videre, kan jeg påpege det essentielle, i det som en nuværende bruger måske kun kan udtrykke meget emotionelt og uden distance eller overblik. I den egenskab kan mb'ere give vægt til brugernes erfaringer og ønsker.

Det er et positivt tegn på forandring, at der bliver lyttet til mb'ernes (og brugernes) erfaringer. Naturligvis er der personer blandt personalet, der er skeptiske eller i forsvar, men som den "der er oplært i et nyt perspektiv" er det en del af mb'erens opgave at bidrage til at mindske skepsis og modstand hos personalet, f.eks. Ved at

- være klar over sine erfaringers rækkevidde. Ingen mb'ere kan være eksperter på alle dele af Psykiatrien, eller alle psykiatribrugeres oplevelser af Psykiatrien
- at hvis en mb'er påpeger et problem, så kan det opleves som en stærkere kritik, fordi det kommer fra en "der selv har været der"
- en mb'er kan med sin tilgang til det øvrige personale såvel fremme kommunikationen som hæmme den. Det er derfor væsentligt, at hver mb'er reflekterer over egne erfaringer, holdninger og adfærd, og overvejer, hvordan mb-perspektiver kan være aktuelle/ ikke aktuelle i forskellige sammenhænge og i et kollegialt samspil

Er asymmetrien mindre mellem brugere og mb'ere? Umiddelbart vil jeg mene, at den er lidt mindre, primært pga. brugerens genkendelse af sig selv i mb'eren. Er det hensigtsmæssigt, at rollerne er mere ligestillede? Spørgsmålet handler på den ene side om mb'erens balancegang mellem at være medarbejder og eksbruger. På den anden side har det betydning for, i hvilke sammenhænge mb'ere kan deltage. Jeg ser det som en væsentlig overvejelse, der må foregå alle steder, hvor mb'ere er ansat.

Fordelen er, at MB'erne står midt imellem "os og de andre", med et ben i hver lejr og kan skifte perspektiv fra den ansattes til brugerens og omvendt.

Næstsidste hop fører over i en sammenfatning af nogle områder, hvor jeg tror, mb'ere med fordel kan anvendes.

Mb'ere i mange funktioner

I det landskab af refleksioner, jeg har beskrevet, er der stier i mange retninger. Jeg har fulgt nogle stier og er stoppet op ved nogle områder for at se på dem og undersøge dem nærmere, men der er andre stier, som jeg valgte ikke at benytte. Stien der handler om hvordan mb'ere kunne være med til at inddrage brugerne i den forestående implementering af de reviderede politikker, er næsten ubetrådt. Ligesom jeg i højere grad har holdt mig til de refleksioner, som praktik og uddannelse har sat i gang, fremfor at inddrage andre mb'ere.

Mb'ere kan tænkes ind som brobyggere eller oversættere i flere sammenhænge, f.eks. i situationer, hvor brugerperspektivet kan igangsætte en udvikling, eller hvor det, at mb'eren selv har været der, gør en situation mindre svær og et tabu mere overkommeligt.

Inden jeg slutter, vil jeg trække nogle områder frem, hvor jeg mener mb'ere kan gøre en forskel, for der er mange perspektiver i at bruge mennesker med brugererfaring i Psykiatrien – og sikkert også udenfor.

- børn i nær familie med en sindslidende. Her kan mb'ere *klædes på til at* gå ind som ekstra omsorgspersoner for børnene. Samtidig kan mb'ere, der selv har børn, gå ind og tale med sindlidende forældre og deres pårørende på en måde, der kan virke afvæbnende, fordi mb'eren ikke bliver anset for at komme udefra som en der dømmer, men for en der selv har været der. Mb'eren kan være en brobygger mellem børnenes verden og den sindslidendes
- i mødet med de pårørende kan mb'ere bidrage til at løse eventuelle problemer mellem brugeren og de pårørende ved at formidle oplevelsen af at være bruger overfor de pårørende, og ved at

betone netværkets betydning overfor brugeren

- som kollega kan mb'eren holde brugernes perspektiver op som et spejl for medarbejderen
- omkring spørgsmålet om ligeværd og asymmetri, mener jeg, at ligeværdet får en tand i positiv retning, når en rask person med brugererfaring kan møde både personale og nuværende brugere ligeværdigt. Mb'eren kan møde både brugere og ansatte i øjenhøjde, og derved bliver det lidt nemmere at skabe en platform for det ligeværdige møde
- mb'ere kan klædes på til at være støttepersoner, når brugere skifter fra et behandlingsregi til et andet
- mb'ere i stabsfunktioner er med til at bringe brugerperspektivet ind i udviklingen af Psykiatrien
- i forhold til Psykiatrien som organisation, kan ansættelse af mb'ere medvirke til en udvikling og en ændring af kultur og holdninger i kraft af, at "den anden" bliver medarbejder blandt "os". For i mødet med "den anden" udvides og udveksles perspektiver. Afstanden mellem "os og de andre" bliver mindre, fordi der opnåes en platform, hvor det er muligt at mødes med den åbenhed som bevidsthed om egne erfaringer og faglighed kan give. Et sted for metarefleksion over såvel organisationen som brugernes, pårørendes og medarbejdernes roller
- når Psykiatrien inddrager brugernes erfaringer, bliver der givet et klart signal om ligeværd. For de erfaringer mange brugere tidligere skammede sig over bliver anset for en faglighed, der er nødvendig for Psykiatriens udvikling. Erfaringerne med at komme sig bliver en kompetence. Det kan måske være med til at åbne døren til verden udenfor og nedbryde barrierer mellem det at være sindslidende og omverden

Efterskrift:

Den omvendte verden:

Her i mit aller sidste kig på refleksionernes landskab, har jeg valgt at stå på hovedet på en bakketop. Nu ser jeg alting på hovedet, og fra den vinkel stiller jeg spørgsmålet, hvem har retten til at definere, hvem der er "os" og hvem, der er "de andre"?

Enhver gruppering vil kategorisere sig selv som værende "Os" i forhold til andre grupper, og subkulturer, det drejer sig om relation og identifikation. Set i samfundsperspektiv har de toneangivende magten til overordnet at definere, hvem der er "os" og hvem der er "de andre".

En drilsk tanke er: Hvad sker der i en kultur, hvis "os's" definitionsmagt overgår til "de andre". Hvis kulturen i Psykiatrien var båret af, at de sindslidende definerede sig selv, de andre og kulturen?

Nu er jeg ikke ude på at skabe kløfter, da det er min overbevisning, at samarbejde er til gavn for alle, men jeg tænker på, hvordan kan det være, at det ikke er personer med brugererfaring, tidligere og nuværende, deres pårørende og de ansatte, der tegner psykiatrien?

Hvad vil der ske med Psykiatrien?

Hvor vidt rækkende skal det være?

Er det et mål at stile imod?

Er tidligere brugere og pårørende interesserede i den form for ansvar?

Hvem vil det gavne?

En sådan involvering i Psykiatrien kan blive langvarig. Er det godt for personen at oppebære en identitet som tidligere bruger eller pårørende?

Jeg stiller spørgsmålene til inspiration og overvejelse. Jeg har ikke selv nogen bud på dem, udover at jeg mener, at det er vigtigt at tænke i samarbejde mellem så vidt muligt selvbestemmende individer.

Logbog

2/12 05

De tilbagevendende vanskeligheder med afgrænsning og valg. Jeg vil typisk for meget, og samtidig bliver jeg urolig og bange, for mine valg viser, hvem jeg er. Har jeg stået her før? Tjah, gad vide hvor mange gange? Det svarer til, når jeg som ung (ikke så håbefuld) fløjtenist af min lærer blev bedt om at improvisere. Improvisationer er farlige, improvisatørens foretrukne toner og rytmer bliver hørlige og improvisatøren selv bliver grusomt synlig i sine valg. Synlig i al sin sårbare, nøgne personlighed.

Jeg er så inderligt træt af en fortid, der smyger sig silkeagtigt som et røgslør om mine ben og øjne, lige indtil Fenris' lænke strammes og jeg snubler, rejser mig igen, men nu er virkeligheden skjult bag et røgslør af gamle oplevelser, udtjente mønstre og udefinelige følelser. Vreden er min ven i dette spil, vreden giver styrke til at finde vejen ud, mærke jordens ujævnheder under mine fødder og fortsætte fremad, indtil jeg igen kan se.

6/12 05

Skulle have givet melding om mit valg i går. Valgte at sige at jeg vil koble opgaverne sammen. Stabsopgaven kan skrives nu, med Jens Eriks hjælp er den skåret til. Vil gerne arbejde med omkring impl., hvordan opnår jeg bedst at kunne det?

Ved at skrive en opgave, der handler om implementering eller ved at skrive en opgave, som er klar til skrivning nu?

Føler at der er for mange interessenter i min opgave- det lyder hovmodigt, men kravene om brugbarhed for MB projektet burde motivere, men skaber frygt, det samme gælder for mit eget ønske om at kunne bruge projektopg. ind i impl.tanker.

Så hvad er mit projekt? Hvad er bedst for mig?

Valgte impl.projekt, forsøger at få plads til væsentlige overvejelser fra stabsprojektet.

9/12 05

Endelig, endelig kører det. Jeg har lige sendt min procesbeskrivelse.

Det afsnit jeg skal arbejde med nu, handler om begrundelser for at bruge MB'ere i impl. proces. Så jeg kan få formuleret nogle få og præcise spørgsmål til klinik Mb'ere om, hvordan de oplever at kunne påvirke brugernes motivering for at deltage.

14/12 05

Talte projektopgave med Mette i går. Hendes evner til klarhed og afgrænsning er guld værd.

Hvordan MB'ere kan bruges i implementeringen bliver evt. konklusionen, men fokus skal være på, hvad er det som MB rollen giver mulighed for i forhold til kommunikation og relation. Finde mit udgangspunkt for analyse - f.eks. kommunikation, relation, asymmetri og ligeværd evt. os/de andre. Bruge mine egne erfaringer som empiri og derfra trække essenser og refleksioner, der er generaliserbare.

6/1 2006

Får ikke skrevet ret meget, men tænker meget i baner omkring ligeværd og asymmetri positivt bundet i faglighed og ansvar. Den form for asymmetri, der betinger at ligeværd kan eksisterer. Det betyder, at medarbejderen er så fuldt bevidst om sin rolle, sin faglighed, sine grænser og sit ansvar, at vedkommende kan definere det rum, hvor indenfor han eller hun møder den sindslidende. Det rum, der defineres kan skabe trygheden, hvori brugerens ressourcer og svagheder kan komme frem. Hvad nu hvis brugeren ikke har behov for det rum, så er det enten ikke korrekt defineret, brugeren har behov for oprør imod rammerne eller er klar til at forlade psykiatrien?

Egentlig er asymmetrien mellem bruger og ansatte vel meget lig leder og ansat. Lederen definerer form og ramme, sætter spilleregler for de ansatte, der bringer indhold til rammerne. En svag leder, der ikke sætter rammen, giver plads for splid og uproduktiv usikkerhed.

Fordelen ved denne metafor er, at relationen mellem sindslidende og ansat bliver sammenlignet med

en almindelig hverdagsagtig relation. Ulempen er, at den ikke rummer den ansattes i nogle tilfælde vidtrækkende beføjelser overfor den sindslidende. En leder skal være opmærksom på sine medarbejdere, men er ikke inde på det private felt, og kan ikke, skal ikke være med til at bære den ansattes ansvar for sig selv.

16/1

Tænkeskriver opgaven, lader de forskellige tråde glide løst gennem hænderne, strammer jeg til, går jeg i stå. Der er så mange tanker og overvejelser, der skal falde på plads. Jeg har de overordnede rammer, så må jeg have tillid til, at mine tanker alligevel samler sig ind om grundstrukturen. Den sidste uge skal afsættes til redigering og opstramning.

Tænker at jeg er alt for teoretisk, hvordan får jeg bedst muligt, den praktiske vinkel med? I eftermiddag mødes jeg med netværksgruppen, nogle spørgsmål kan med fordel stilles til dem.

27/1

"Blokadeprojektet" er næsten gennemført, og hende underviseren i dansk har rigtig godt af at skulle tage sin egen medicin og få andre øjne på projektet, inden hun blokerer og bortcensurerer det hele. Jeg skriver ikke en videnskabelig opgave, det var vist ellers kravet til mig selv, men mere mine refleksioner på baggrund af mine erfaringer på Kua. Jeg hopper som en anden frø fra perspektiv til perspektiv, og reflekterer ud fra min praktik, fra mine erfaringer som bruger, som pårørende og ud fra, hvordan jeg så mine børn opleve at være pårørende.

Omkring det sidste så vælger jeg at fortælle en lille historie, der viser mine børns oplevelser af deres og mit liv, som det så ud kort efter, at jeg var begyndt i terapi. Den går tæt på, men den tjener et formål.

29/1

Hvorfor skal computere drille?!