

Gry Bruland Vråle, Bengt Karlsson  
og Jan Kåre Hummelvoll (red.)

Psykiatrisk sykepleie i  
tverrfaglighetens tid  
*Selvforståelse, praksis og forskning*

Høgskolen i Hedmark  
Rapport nr. 14 – 2009

Fulltekstutgave

Utgivelsessted: Elverum

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Forfatterne er selv ansvarlige for sine konklusjoner. Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for Høgskolens syn.

I rapportserien fra Høgskolen i Hedmark publiseres FoU-arbeid og utredninger. Dette omfatter kvalifiseringsarbeid, stoff av lokal og nasjonal interesse, oppdragsvirksomhet, foreløpig publisering før publisering i et vitenskapelig tidsskrift etc.

Rapporten kan bestilles ved henvendelse til Høgskolen i Hedmark. (<http://www.hihm.no/>)

Rapport nr. 14 – 2009  
© Forfatterne/Høgskolen i Hedmark  
ISBN: 978-82-7671-762-4  
ISSN: 1501-8563



Høgskolen i Hedmark

<b>Tittel:</b> Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid – selvforståelse, praksis og forskning			
<b>Redaktører:</b> Gry Bruland Vråle, Bengt Karlsson og Jan Kåre Hummelvoll			
<b>Nummer:</b> 14	<b>År:</b> 2009	<b>Sider:</b> 233	<b>ISBN:</b> 978-82-7671-762-4 <b>ISSN:</b> 1501-8563
<b>Oppdragsgiver:</b>			
<b>Emneord:</b> psykiatrisk sykepleie, ideologi, psykiatrisk sykepleiehistorie, utdanning			
<b>Sammendrag:</b> Innholdet i denne rapporten har sin opprinnelse i et nordisk seminar i psykiatrisk sykepleie på Hamar 20. og 21. april 2009 med tittelen: <i>Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid – selvforståelse, praksis og forskning</i> . Arrangør: Høgskolen i Hedmark og Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere. Seminarets hensikt var å spore røttene til den norske og nordiske psykiatrisk sykepleietradisjonen, den faglige selvforståelsen og det fagspesifikke i relasjon til det tverrfaglige. To perioder var særlig interessante å se i et norsk perspektiv: Perioden 1952–1998 hvor videreutdanning i psykiatrisk sykepleie eksisterte, og perioden 1998–2008 hvor videreutdanning og mastergradsutdanning i psykisk helsearbeid ble etablert og utviklet som et tverrfaglig utdanningstilbud. Dessuten var det et ønske om å rette søkelyset på utviklingslinjer i psykiatrisk sykepleie i et nordisk perspektiv. Fokus første del: Historiske og ideologiske utviklingslinjer. Fokus andre del: Det nordiske perspektiv med bidrag relatert til vitenskapsteori, psykiatrisk sykepleie i lokalsamfunnet, ensomhet, om å miste fotfestet midt i livet, pårørende og merbelastning og filosofiske grunnlagsproblemer relatert til psykiatrisk sykepleiepraksis. Avslutningsvis presenteres en fagkritisk refleksjon om: Fornytt profesjonell identitet i en tverrfaglig virkelighet.			





Hedmark University College

<b>Title:</b> Psychiatric nursing in times of interdisciplinary collaboration: self-understanding, practice and research			
<b>Editors:</b> Gry Bruland Vråle, Bengt Karlsson and Jan Kåre Hummelvoll			
<b>Number:</b> 14	<b>Year:</b> 2009	<b>Pages:</b> 233	<b>ISBN:</b> 978-82-7671-762-4 <b>ISSN:</b> 1501-8563
<b>Financed by:</b>			
<b>Keywords:</b> psychiatric nursing, ideology, psychiatric nursing history, education			
<b>Summary:</b> The content of this report stems from a Nordic seminar on psychiatric nursing, Hamar 20th–21st of April 2009, entitled: <i>Psychiatric nursing in times of interdisciplinary collaboration: self-understanding, practice and research</i> . The seminar was arranged by Hedmark University College and Norwegian Nurses' Association (Group of Psychiatric Nurses). The purpose of the seminar was to trace the roots of the Norwegian and the Nordic psychiatric nursing tradition, its professional self-understanding and the professional versus interdisciplinary aspects of psychiatric nursing. From a Norwegian perspective, two periods were of particular interest; 1) 1952–1998: Continuing education in psychiatric nursing was possible, 2) 1998–2008: Continuing education and masters programme in mental health care were established and developed as an interdisciplinary education. The focus of the first day was the historical and ideological lines of development of psychiatric nursing in Norway. The themes on the second day were: The Nordic perspective with contributions related to philosophy of science; community psychiatric nursing; loneliness; losing one's footing in the midst of life; relatives and burden of care; reflection on basic problems in the practice of psychiatric nursing. The final contribution is a critical reflection on «Renewed professional identity in an interdisciplinary reality».			



# FORORD

Innholdet i denne rapporten har sin opprinnelse i et nordisk seminar i psykiatrisk sykepleie på Hamar 20. og 21. april 2009 med tittelen: *Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid – selvforståelse, praksis og forskning.*

Arrangør for seminaret var Høgskolen i Hedmark og Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere. Arrangementskomitéen bestod av Jan Kåre Hummelvoll, Høgskolen i Hedmark Gry Bruland Vråle, Diakonhjemmet Høgskole og Bengt Karlsson, Høgskolen i Buskerud. Disse tre er også redaktører for denne rapporten.

Det økonomiske fundament for seminarer er gitt av Norsk Sykepleierforbund, Helsedirektoratet, Rådet for psykisk helse og Høgskolen i Hedmark. En stor takk for deres bidrag, som gjorde det mulig å gjennomføre seminaret.

Hensikten ved seminaret var å spore røttene til den norske og nordiske psykiatrisk sykepleietradisjonen, den faglige selvforståelsen og det fagspesifikke i relasjon til det tverrfaglige. Det var særlig to perioder som var interessante å se i et norsk perspektiv. Det var perioden fra 1952 til 1998 hvor videreutdanning i psykiatrisk sykepleie eksisterte (i mange år eksisterte også parallelt tilsvarende videreutdanninger for sosionomer og fysioterapeuter), og perioden fra 1998 til 2008 hvor videreutdanning og mastergradsutdanning i psykisk helsearbeid ble etablert og utviklet som et tverrfaglig utdanningstilbud. Dessuten var det et ønske om å rette søkelyset på utviklingslinjer i psykiatrisk sykepleie i et nordisk perspektiv.

På seminarets første dag ble den norske utviklingen vektlagt. Her var fokus historiske og ideologiske utviklingslinjer – samt en filosofisk refleksjon: Fra Likestilling til likeverd: Det psykiske helsevern i fortid og nåtid.

På den andre dagen ble det nordiske perspektiv vektlagt med bidrag knyttet til vitenskapsteori, psykiatrisk sykepleie i lokalsamfunnet, ensomhet, om å miste fotfestet midt i livet, pårørende og merbelastning og filosofiske grunnlagsproblemer relatert til psykiatrisk sykepleiepraksis. Avslutningsinnlegget kretset selvkritisk rundt temaet: Fornyet profesjonell identitet i en tverrfaglig virkelighet.

Vi takker foreleserne for deres presentasjoner under seminaret og for bidragene som ble utskrevet som manus og som publiseres i denne rapporten. Rapporten inneholder elleve seminarinnlegg – i tillegg til at festtalen fra seminarets middag er vedlagt denne rapporten.

Vi håper at denne rapporten vil bli nyttig for studenter i psykisk helsearbeid og for lærere, forskere og praktikere innen fagfeltet.

Oslo/Hamar i august 2009

*Gry Bruland Vråle*

*Bengt Karlsson*

*Jan Kåre Hummelvoll*



# INNHOOLD

Forord	7
<b>DEL 1: HISTORISKE OG IDEOLOGISKE UTVIKLINGSLINJER I NORSK PSYKIATRISK SYKEPLEIE</b>	<b>19</b>
Noen utviklingslinjer i norsk psykiatrisk sykepleie 1950–1998 <i>Inger Aanderaa</i>	21
Ideologiske og teoretiske inspirasjoner i psykiatrisk sykepleie <i>Jan Kåre Hummelvoll og Arild Granerud</i>	43
Tradisjon og fornyelse: Forholdet mellom praksis og teori <i>Gry Bruland Vråle</i>	77
Fra likestilling til likeverd: Det psykiske helsevern i fortid og nåtid <i>Tore Frost</i>	101
<b>DEL 2: ET NORDISK SAMTIDSBLIKK PÅ PSYKIATRISK SYKEPLEIE</b>	<b>119</b>
En vetenskapsteoretisk betraktelse över den psykiatriska vårdvetenskapliga utvecklingen <i>Unni Å. Lindström</i>	121
Psykiatrisk sjukepleie i eit lokalsamfunnsperspektiv: Faget sitt bidrag i tverrfagleg arbeid <i>Helga Robberstad og Bjarne Lemvik</i>	133
Ensomhet – noen refleksjoner <i>Brita Nilsson</i>	151
Att mista fotfästet mitt i livet – och möta hälsofrämjande omvårdnad <i>Birgitta Hedelin</i>	163

Hvordan har familien det når et familiemedlem har en alvorlig psykiatrisk lidelse	177
<i>Nina Aarhus Smeby</i>	
Humanistiske perspektiver i psykiatrisk sykepleie	191
<i>Bengt Karlsson</i>	
Fornytt profesjonell identitet i en tværfaglig virkelighet	211
<i>Niels Buus</i>	
<b>VEDLEGG</b>	<b>227</b>
Nordisk Seminar om Psykiatrisk Sykepleie	
20. og 21. april 2009	227
<i>Festtale: Marie Vånar Hermansen</i>	
Om forfatterne	233

# DETALJERT INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>Forord</b>	7
<b>DEL 1: HISTORISKE OG IDEOLOGISKE UTVIKLINGSLINJER I NORSK PSYKIATRISK SYKEPLEIE</b>	<b>17</b>
<b>Noen utviklingslinjer i norsk psykiatrisk sykepleie 1950–1998</b>	<b>19</b>
<i>Inger Aanderaa</i>	
Innledning	19
Fra sinnsykepleie til psykiatrisk sykepleie	19
Spesialskolene tar form	24
1952–1963	24
1963–1980	26
1980–1998	28
Beskrivelser og definisjoner av psykiatrisk sykepleie	30
Pleie, omsorg, behandling og problemløsning	33
Avslutning	35
Litteraturliste	37
<b>Ideologiske og teoretiske inspirasjoner i psykiatrisk sykepleie</b>	<b>41</b>
<i>Jan Kåre Hummelvoll og Arild Granerud</i>	
Innledning	41
Lærebøkene	42
Artiklene	43
Yrkesparadigme og kunnskapsteoretiske motsetninger	43
Humanvitenskapelig innflytelse	45
<i>Humanistisk-eksistensiell tilnærming</i>	45
<i>Dialogen og språkets betydning i humanistisk-eksistensiell         tradisjon</i>	46
Psykodynamisk tilnærming	48
Naturvitenskapelig innflytelse	50

<i>Biomedisinsk tilnærming</i>	50
<i>Generalisert, dekontekstualisert «faktakunnskap»</i>	50
Samfunnsvitenskapelig innflytelse	51
<i>Antipsykiatri</i>	52
<i>Modernitet – senmodernitet – risikosamfunnet</i>	53
Psykososial innflytelse	55
<i>Helhet og pluralisme</i>	56
<i>Brukerperspektivet</i>	58
Oppsummering og konklusjon	58
Litteratur	62
Vedlegg: Ideologiske inspirasjoner i lærebøker i psykiatrisk sykepleie (1950–2009)	70
<b>Tradisjon og fornyelse: Forholdet mellom praksis og teori</b>	<b>75</b>
<i>Gry Bruland Vråle</i>	
Innledning	75
<i>Merkestein 1. 1954</i>	76
<i>Merkestein 2. 1978</i>	83
<i>Merkestein 3. 1998</i>	89
<i>Merkestein 4. 2009</i>	93
Litteratur	93
<b>Fra likestilling til likeverd: Det psykiske helsevern i fortid og nåtid</b>	<b>97</b>
<i>Tore Frost</i>	
Innledning om hvorledes den norske demokratibyggning startet i etterkrigstiden	97
Likestilling ble selve signaturen for det norske sosialdemokrati	98
Den norske likestillingskulturens slagside	99
Fra likestilling til likeverd: To etiske imperativer på kollisjonskurs med hverandre?	100
De grunnleggende verdipremisser	102
Hva er viktigst – lovgivning eller yrkesetikk?	103
De to mangeltilstander	105
Veien blir til mens vi går oss vill?	106
Verdenshumanismens idé om menneskets iboende verdighet	107
Forsøk på en oppsummering	108
<i>Hvor reell er retten til selvbestemmelse?</i>	109

<i>Hva gjør vi når brukerens autonomi minimaliseres?</i>	110
<i>Respekt for brukernes integritet – hva mener vi med det?</i>	111
Litteraturliste	112
<b>DEL 2: ET NORDISK SAMTIDSBLIKK PÅ PSYKIATRISK SYKEPLEIE</b>	<b>115</b>
<b>En vetenskapsteoretisk betraktelse över den psykiatriske vårdvetenskapliga utvecklingen</b>	<b>117</b>
<i>Unni Å. Lindström</i>	
Introduktion	117
Vårdvetenskap som en akademisk disiplin eller ett tvärvetenskapligt forskningsområde	118
Den psykiatriske vårdvetenskapliga utvecklingen knuten till vårdvetenskapens rena ämne	119
Den verkliga verkligheten i ljuset av en ontologisk klarhet	121
Systematisk och klinisk vårdvetenskap	124
Konklusion	126
Litteratur	126
<b>Psykiatrisk sjukepleie i eit lokalsamfunnspektiv: Faget sitt bidrag i tverrfagleg arbeid</b>	<b>129</b>
<i>Helga Robberstad og Bjarne Lemvik</i>	
Innledning	129
Samtalen	130
Litteratur	146
<b>Ensomhet – noen refleksjoner</b>	<b>147</b>
<i>Brita Nilsson</i>	
Angstens ensomhet	147
Ensomhetens savn	152
Ensomhet og Lindring	153
Oppsummering	155
<i>Avsluttende kommentar</i>	156
Litteratur	156
<b>Att mista fotfästet mitt i livet – och möta hälsofrämjande omvårdnad</b>	<b>159</b>
<i>Birgitta Hedelin</i>	
Mitt i livet – mellan ungdom och ålderdom	159
Att mista fotfästet och den psykiska hälsan	160

Att leva med och i gränslandet till psykisk ohälsa	161
Att inte känna sig hemma i sin kropp	163
Psykiatrisk omvårdnad – att främja psykisk hälsa, oberoende av kontext?	164
Psykiatrisjuksköterskornas hälsofrämjande omvårdnadsansvar	168
Summering	169
Litteratur	169
<b>Hvordan har familien det når et familiemedlem har en alvorlig psykiatrisk lidelse</b>	<b>173</b>
<i>Nina Aarhus Smeby</i>	
Introduksjon	173
Hvordan har familien det?	173
Objektiv og subjektiv belastning	174
Sorg og empatisk sorg	175
Familien som «beholder» (container)	176
Omsorgsansvar som mer enn belastning	178
Belastning i forhold til barn	179
Konklusjon	182
Litteratur	183
<b>Humanistiske perspektiver i psykiatrisk sykepleie</b>	<b>187</b>
<i>Bengt Karlsson</i>	
Innledning	187
Humanistiske inspirasjoner – noen grunnleggende ideer	188
Den humanistiske tradisjonen i psykiatrisk sykepleie	190
Hvordan videreutvikle humanistiske praksiser i psykiatrisk sykepleie?	192
En urolig avslutning	199
Litteratur	202
<b>Fornyset professionel identitet i en tværfaglig virkelighet</b>	<b>207</b>
<i>Niels Buus</i>	
Det er ikke nemt at være en psykiatrisk sygeplejerske	208
Historiske nedslag i udviklingen af professionel identitet	210
Professionel identitet i et foranderligt sundhedsvæsen	213
Diskussion	217
Afslutning	219
Litteratur	220

<b>VEDLEGG</b>	<b>223</b>
<b>Nordisk Seminar om Psykiatrisk Sykepleie</b>	
<b>20. og 21. april 2009</b>	<b>223</b>
<i>Festtale: Marie Vånar Hermansen</i>	
<b>Om forfatterne</b>	<b>229</b>





**DEL 1: HISTORISKE OG  
IDEOLOGISKE UTVIKLINGSLINJER I  
NORSK PSYKIATRISK SYKEPLEIE**



# NOEN UTVIKLINGSLINJER I NORSK PSYKIATRISK SYKEPLEIE 1950–1998

INGER AANDERAA

## Innledning

I et kort foredrag om utviklingslinjer i norsk psykiatrisk sykepleie, er jeg nødt til å foreta en hårdhendt prioritering. Jeg får bare gitt noen glimt, vel vitende om at mange temaer vil bli savnet. Også navn på toneangivende personer og viktige publikasjoner vil nok mange savne. Det blir med andre ord et innlegg ikke preget av helhet. Det blir stykkevis og delt

## Fra sinnsykepleie til psykiatrisk sykepleie

Omsorgen for mennesker med psykiske lidelser har alltid vært der i en eller annen form. Men det var først på begynnelsen av 1950-tallet at betegnelsene psykiatrisk sykepleie og psykiatrisk sykepleier ble innført. Det skjedde da *Forslag til vilkår for offentlig godkjenning av spesialscole i psykiatrisk sykepleie* ble vedtatt i Sosialdepartementet 23. juni 1952.

For å få et inntrykk av hvordan sykepleien til psykisk lidende mennesker har utviklet seg, vil jeg trekke frem noen oppfatninger av denne pleien slik den har kommet til uttrykk i artikler og i lærebøkers beskrivelser og definisjoner. Den første læreboken i psykiatrisk sykepleie ble skrevet av den danske psykiateren Arild Faurbye (1954). Den kom ut i 1954 og var i mange år enerådende på fagfeltet. På den tiden var ettervernet i startfasen og de psykiatriske poliklinikkene og psykiatrisk helsetjeneste i kommunene

ennå ikke utbygget, Derfor er det først og fremst den psykiatriske sykepleien i sykehus forfatteren konsentrerer seg om. Han skriver: «Arbeidet på et sidsygehospital går ud på at helbrede patienterne eller bedre dem, og hvor dette ikke kan lade seg gjøre, at skaffe dem så god og tålelig en tilværelse som muligt.» Og videre: «I arbeidet med de sidsyge er sygeplejerskerne lægernes fornemste medhjælpere (s.13). Den psykiatriske sygepleierskes arbejde kommer til at bestå af den legemlige sygepleje, observation af den psykiske tilstand og psykoterapeutisk påvirkning af patienterne» (s. 16). Han avslutter sitt innledningskapittel med å si at «den spesialuddannede sygeplejerske vil få et meget selvstændigt arbejde med at tilrettelegge patientens tilværelse på hospitalet på rette måten, vejlede i beskæftigelsesbehandling, og præge omgangstonen og forholdene på afdelingen; alt dette er psykoterapi i videste forstand, og resultaterne heraf kommer først og fremmest til å bero på sygeplejerskens kunnen» (s. 16). Så gir han en meget grundig beskrivelse av det han kaller «den almindelige psykiatriske sygepleje». Først litt om sykepleierens personlighet, legemlig og psykisk sunnhet, modenhet, innfølingsevne og opptreden i forhold til pasienter samt viktigheten av samarbeid og av å arbeide med personalproblematikk. Deretter beskriver han detaljert og grundig hva psykiatrisk sykepleie handler om i en avdeling. Han forutsetter at avdelingen ledes og tilrettelegges av en spesialsykepleier. I den sammenheng sier han at renhold ikke kan betraktes som blott og bart et rutinearbeid. Svært mye av husholdet og rengjøring egner seg godt til å skape kontakt med pasientene og til å oppmuntre pasienten til å ta del i arbeidet. Pasientene og sykepleierne var sammen minst 8 timer per arbeidsdag og alle disse timene kunne utnyttes terapeutisk. Også arbeidet med pasientenes personlige hygiene mente han krevde høyt kvalifisert personale. Å bidra til at pasientene var velstelt hadde stor betydning. Mange pasienter var urenlige og kunne søle med urin og avføring. Pasientene selv kunne ikke alltid redegjøre for hvorfor de for eksempel var inkontinente eller hadde smerter. Derfor var en omhyggelig observasjon og eventuell undersøkelse og behandling nødvendig for å forebygge og forhindre somatiske sykdommer. Grunnleggende kunnskap i sykepleie var nødvendig for å kunne oppdage tegn til somatisk sykdom. Han vier i det hele tatt stor oppmerksomhet til dagliglivets gjøren og laten i avdelingen, og han beskriver inngående det Unni Lindstrøm kaller ansing (Lindstrøm 1987). Etter kapittelet om den alminnelige psykiatriske sykepleien, gjennomgår han ulike sykdommer og lidelsestilstander og hvordan

sykepleieren kan forholde seg nyansert til den enkelte pasient. Her blir det tydelig hvor viktig det var at sykepleieren var skolert i generell sykepleie. Mange behandlingsmetoder, som for eksempel insulinbehandling, krevde spesiell skolering. Han mente at psykotiske tilstander også innebar risiko for somatiske sykdommer og oppfordret sykepleierne til å vedlikeholde og videreutvikle sine kunnskaper innen somatisk sykepleie (Faurbye 1954).

Når jeg leser Faurbyes bok i dag, slår det meg hvor moderne han var i synet på pasienten som et særegent, unikt individ. Pasienter med samme diagnose kan være vidt forskjellig. De må også behandles forskjellig. En somatisk sykdom angår ikke bare det angrepne organet, men hele mennesket og hele hans situasjon i livet. På samme måte er ikke en psykisk lidelse bare noe som angår psyken eller hjernen, den berører hele personen, kropp, sinn, ånd og hans sosiale situasjon. Den psykosomatiske forståelsen var på full fart inn i psykiatrien og i medisinen for øvrig på 50-tallet. Som ung og uerfaren er man ofte ute etter å finne noe fast å holde seg til. Den tradisjonelle beskrivelsen av psykiske sykdommer og tiltak og holdninger i møte med pasienter med spesielle diagnoser, kan friste en til å oppfatte tiltakene skjematisk. Det var ikke Faurbyes intensjon.

I 1954 og ganske mange år fremover, utgjorde følgende lærebøker det obligatoriske pensumet: Arild Faurbye (1954) *Psykiatrisk sykepleie*, Erik Strömngren (1958) *Psykiatri*, Ørnulf Ødegård (1952) *Arv og miljø i psykiatrien*, Jak. E. Anderssen (1950) *Håndbok i norsk sinnssykerett*, Alf Brodal (1952) *Vår hjerne og hvordan den arbeider*, og Adolf Hals (1955) *Elementær psykologi*. I tillegg utarbeidet sykepleielærerne og timelærere stensiler som var tilgjengelig for elevene.

Sykepleieutdannelsen den gang oppfordret ikke først og fremst til refleksjon, stillingtagen, nytenkning. Ikke alle var innstilt på å endre det kustodiale systemet som var rådende på den tiden. Hovedsaken var å sørge for godt stell, renslighet og orden; rapportere til legen og gjennomføre hans forordninger. På noen kunne spesialskolens innhold og de entusiastiske elvene som gjerne ville prøve ut noe av det de hadde lært virke ganske provoserende. Men det gjaldt ikke alle. Mange var åpne for forandringer. Uansett, sykepleierne gjorde det de mente var rett, de ønsket pasientens beste, og ikke minst: de var der hos dem og holdt ut.

På Dikemark var det overlege Harald Frøshaug som tok initiativ til opprettelse av Spesialskole i psykiatrisk sykepleie. Den psykosomatiske forståelse, et gryende sosialpsykiatrisk perspektiv, flere former for psykoterapi og nye medisiner, krevde rett og slett et mer skolert pleiepersonell for at nye behandlingsformer kunne utvikles og utnyttes. Før utdanningene på Gaustad og Dikemark startet, hadde det pågått en diskusjon om utdanningen skulle bli en type miljøterapiutdanning der ikke bare sykepleiere hadde adgang. Mange krefter var i sving for å prioritere sykepleierne, ikke minst Norsk sykepleierforbund (*Sykepleien* 1951 nr.18, 1952 nr. 2 og nr. 3). Man ønsket å satse på sykepleierne av flere grunner. Kanskje først og fremst på grunn av deres ballast som utdanningen i generell sykepleie gav med trening i å observere både sykdomstegn og sunnhetstegn, med erfaring i samvær med pasienter og samarbeid med personalet, og med trening i stell og pleie gjennom hele døgnet. Dessuten var de velkjent med sykehuskoden. Vi bør ikke glemme at denne generelle kompetansen har psykiatriske sykepleiere fortsatt med seg og fortsatt bruk for.

Høsten 1961 holdt Harald Frøshaug tale ved innvielsen av nye undervisningslokaler for Spesialskolen der han blant annet sa:

Vår skole har satt seg store mål. Den pedagogiske målsetting er vidtfavnende, og den fagliste elevene gjennomgår er imponerende. Det er nødvendig slik. Det ligger i hele den arbeidssituasjonen vi lever i i dag, og som forutsetter et ganske nytt fellesskap i arbeidslaget i sykehuset. Sykepleierne utfører ikke lenger bare de detaljerte beskjeder som kommer fra legen. Han eller hun deltar aktivt så vel i diagnostikk som terapi, derfor må de være vel inne i grunnbegrepene i psykologi og psykiatri, være fortrolig med lovene for sjelelig forsvar, kunne bedømme sjelelig styrke og se hva som rører seg bak en aggressiv eller depressiv fasade.....og sykepleierne er særskilt ansvarlig for det som i terapien kanskje er det vesentligste: Det å skape et miljø som tjener pasienten best, ved sin måte å være på å gi hver enkelt avdeling en ramme og et innhold som ikke skremmer ved upersonlig strenghet eller gjør pasientene usikre ved konturløs velvilje, som ikke fratår pasientene deres selvrespekt og følelsen av eget ansvar, men stimulerer til personlighetens vekst og selvstendighet...Vi må være villige til å akseptere det med glede

når pasientene finner en løsning på sine problemer som ikke stemmer med hva vi ventet oss...La godheten, kjærligheten og varmen strømme frem; vær ikke redd for den verken hos dere selv eller hos dem dere møter. Og husk at selv den sykeste, selv den som ser ut som om han har brutt all kontakt med virkeligheten, har et budskap å gi. Ta imot det. (Frøshaug 1962).

Som den første lederen av Spesialskolene ved Dikemark sykehus og som underviser gjennom mange år, må en anta at noe av denne holdningen har preget ikke bare tonen på sykehuset, men også skolens virksomhet og de elevene som fikk sin utdanning der. Pliktåret på Dikemark gav en realistisk trening, både i det å møte og være sammen med pasientene og i samarbeidsproblematikk..

Psykiatrisk sykepleie som praksis ble ikke født i 1954. Sinnslidelser har så vidt vi vet alltid eksistert. Vi har til alle tider måttet forholde oss til mennesker som har falt utenfor det helt alminnelige, som har hatt opplevelser og atferd som avviker fra det vi har oppfattet som normalt og som har trengt hjelp. Sykepleie som praksis er vel like gammel som for eksempel forholdet mellom mor og barn. Lenge var både sykepleien og barndommen ureflektert og ikke objekt for forskning. Forholdet mellom mor og barn var der lenge før teorier om dette forholdet. På samme måten med sykepleien. Først flere år etter at Spesialskolene startet, begynte det å komme litteratur som handlet om psykiatrisk sykepleie. Det tok sin tid å samle erfaringer og å besinne seg på hva arbeidet inneholdt. De psykiatriske sykepleierne var før 1952 temmelig tause utad. Mellom 1952 og 1962 kom det etter hvert artikler i tidsskriftet *Sykepleien*.

Fra 1952 til og med 1959 var det 18 innlegg av sykepleiere relatert til psykiatrisk sykepleie i tidsskriftet *Sykepleien*. Noen var selvstendig bearbeidelse av et fagtema. De fleste var referater fra møter og konferanser og rapporter fra studiebesøk. I samme tidsrom var det innlegg om psykiatri og psykiatrisk sykepleie fra 10 leger.

## Spesialskolene tar form

Gjennom min oppvekst på Dikemark og ved at jeg har min utdanning og mine første arbeidserfaringer derfra, er det naturlig for meg å bruke Dikemark som eksempel. Det var overlege Harald Frøshaug som tok initiativ til opprettelsen av en komité bestående av ham selv, oversykepleier Magnhild Nilsen, diakon Bertin Skjold og daværende sekretær i Norsk Sykepleieforbund. 4. mai 1953 vedtok finanskomiteen i Stortinget å bevilge penger til opprettelse av spesialscole i psykiatrisk sykepleie. Det førte til Statens spesialscole i psykiatrisk sykepleie lokalisert på Gaustad sykehus og Spesialscolen i psykiatrisk sykepleie på Dikemark sykehus. Denne var kommunal. Begge skolene startet undervisning i september 1954, og begge fulgte Vilkår for offentlig godkjenning av spesialscoler, gitt av Sosialdepartementet 23. juni 1952.

Den psykiatriske sykepleien i praksis og spesialscolens undervisning påvirket hverandre gjensidig. På den tiden scolen startet var det vanlig at sykepleierne bodde på loftet over avdelingene. Elevene hadde også hybler på ett av loftene. Det første undervisningslokalet var en tidligere vevstue på avdeling Pensjonatet på mannsavdelingen. For å komme til vevstuen måtte man gjennom en gang der det ferdes pasienter. Pasientenes atferd fulgte ikke alltid de vanlige sosiale normer for takt og tone, og elevene fikk seg nok en og annen overraskelse. Med andre ord: elevene var tett på den virkeligheten de skulle lære å betjene. Oslo kommune sørget for at elevene fikk kr. 170 per måned samt kost og losji. For disse gode betingelsene skulle elevene ha et års tjeneste ved Dikemark sykehus etter endt utdanning.

### 1952–1963

Jeg skal presentere en oversikt over forandringene i *Vilkår for offentlig godkjenning av Spesialscoler i psykiatrisk sykepleie* som var styrende for virksomheten fra 1954 til 1998 da utdanningen ble tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Vilkår for offentlig godkjenning av Spesialscoler i psykiatrisk sykepleie, vedtatt av Sosialdepartementet 23. juni 1952:



Opptakskravet den gang var: offentlig godkjente sykepleiere mellom 22 og 35 år, og de måtte være sunne og friske. Krav til lærere var at det skulle være et tilstrekkelig antall kvalifiserte. Utdanningstiden var et skoleår med jevnstid teoretisk og praktisk undervisning. Teoriundervisningen skulle være 180 timer, teoretisk/praktisk undervisning ble anslått til 120 timer og praktisk turnus besto av 44 uker. Eksamen var skriftlig prøve, muntlig høring og praktisk prøve. All undervisning var obligatorisk.

Disse vilkårene styrte skolen i 9 år, fra 1954 til 1963. For Dikemarks vedkommende var dette en blomstringstid. Ja, den varte vel ut 60 årene også. Den var først og fremst initiert og utviklet av leger og psykologer, men sykepleierne ble etter hvert sentrale bidragsytere og deltok i ledelsen av moderniseringen. Takket være pliktåret, fikk elevene ta del i omstrukturering av avdelingene der målet var å bygge ulike former for terapeutiske miljøer, for- og ettervern og poliklinikker. Dette arbeidet gikk naturligvis ikke uten gnisninger. Ikke alle sykepleiere var like begeistret for det større ansvar som fulgte med kravet om mer selvstendig vurdering og deltakelse i uvante oppgaver som det å lede ulike grupper. Noen av de «gamle» sykepleierne som trofast år etter år hadde sørget for pasientenes ve og vel og som lydige hadde forholdt seg til det legen sa, hadde problemer med å komme inn i rollen som aktiv samtalepartner, som en det ble forventet skulle delta med egne oppfatninger. Omstillinger tar tid. Samarbeid er en vanskelig kunst. Mange elever opplevde nok at det de lærte på skolen ikke så lett lot seg gjennomføre i praksis, at det i mange tilfeller kunne være stor forskjell på virkeligheten og idealene. Uansett gav pliktåret muligheter til å lære av de erfaringer man gjorde både vis a vis pasientene, pårørende og medarbeidere. Dette var en forholdsvis rolig konsolideringsperiode i norsk psykiatrisk sykepleies historie..

## 1963–1980

Første april 1963 ble det vedtatt nye *Vilkår for offentlig godkjenning av spesialskoler i psykiatrisk sykepleie*. Fortsatt var det Sosialdepartementet som fastsatte vilkårene og som hadde det administrative hovedansvaret. Det nye ved vilkårene av 1963 var:

Opptakskravene: Offentlig godkjente sykepleiere mellom 22 og 40 år og helst noe praksis som sykepleier. Kravet til lærerne ble skjerpet: De skulle være offentlig godkjente sykepleiere og i tillegg ha faglig og pedagogisk utdanning som for eksempel lærerlinjen ved Norges Sykepleierhøyskole eller tilsvarende pedagogisk utdanning, og spesialutdanning i psykiatrisk sykepleie. Utdanningstiden var satt til 12 måneder, inklusiv 4 ukers ferie. Teoriundervisningen økte fra 180 til 400 timer, og den praktiske delen ble redusert fra 44 uker til 30 uker. Det ble fastsatt at eksamen skulle være offentlig: skriftlig prøve i psykiatrisk sykepleie, psykologi og psykiatri. Muntlig høring i psykiatrisk sykepleie og godkjent praksis. Også i dette tidsrommet var undervisningen obligatorisk.

Det gikk nå 17 år til disse forskriftene ble endret. Og mye skjedde i løpet av denne tiden. Sektorisering av den psykiatriske helsetjenesten var under utarbeiding og gjennomføring. De psykiatriske poliklinikkene, dagsentere, alternative bofellesskap for langtidspasienter, økt arbeid med hjemmeboende pasienter og rehabilitering sto sentralt. Psykofarmakologien hadde en sterk utvikling, noe som gjorde at stadig flere pasienter kunne gjøre seg nytte av psykoterapeutiske behandlingstilbud. Sosialpsykiatri med miljøterapi kom stadig sterkere i fokus og det ble praktisert et mangfold av kliniske tilnærminger og måter å organisere avdelingene på. Det ble etter hvert mer gjennomtrekk av pasienter, og sykepleierne måtte orientere seg mot stadig nye arbeidsoppgaver. Sakte men sikkert begynte det å komme bøker og artikler fra psykiatriske sykepleiere. Omfanget av norske lærebøker og fagbøker i psykologi og psykiatri økte sterkt, og engelskspråklig faglitteratur i sykepleie, psykiatri og psykologi supplerte den nordiske. Noen eksempler: *Lærebok for sykepleieskoler*, bind VI: Psykiatri (1972), (redaktør Kjellaug Lerheim), Ingebjørg Løkensgard (1977): *Psykiatrisk sykepleie*, Eitinger & Retterstøl (1970): *Nevroser*, (1973): *Psykososer og* (1972): *Rettspsykiatri*, for å nevne noen.

I samme periode satset samfunnet stadig sterkere på utdanning og på å høyne befolkningens kunnskapsnivå. Det ble vedtatt 9 års skolegang for alle. Den videregående skolen gjennomgikk en reorganisering som bl.a. førte til at de tidligere gymnasene og yrkesutdanningene ble innlemmet i samme system. Slagordet livslang læring ble lansert. Voksenopplæring på et utall områder, med mulighet til å ta enkeltfag for å oppnå studiekompetanse ble bygget ut. Sykepleievitenskap var i ferd med å etablere seg som eget fagfelt på universitetene. Fra 1969/70 kom de første distrikthøgskoler i gang og i 1977 ble postgymnasiale høgskoler organisert som regionale høgskoler. Jeg nevner dette for å minne om at verken sykepleie eller skole utvikler seg bare i kraft av seg selv. Den psykiatriske sykepleien og spesialutdanningen gjennomgikk en gjennomgripende utvikling i vekselvirkning med nærliggende fagområder og med samfunnsutviklingen for øvrig. Egenutvikling ble populært og tilbudene var mange og inspirert av psykologisk nytenkning og eksperimentering. Gestaltpsykologiske utviklingsgrupper, nevrologvistisk programmering, utviklingsgrupper inspirert av konfluent pedagogikk, psykodrama, gruppepsykoanalytisk orienterte tilbud m.m. var aktuelle tilbud på den tiden. Det var spennende tider med mye utprøving av det man hadde erfart i de forskjellige kursene og seminarene man hadde deltatt i. En kan fristes til å si at sykepleien og utdanningen kunne få noe pubertetsaktig og megalomant over seg. Det var penger til studieturer og kursvirksomhet. Vel og bra! Men det ble ikke alltid like lett å holde fast ved hva psykiatrisk sykepleie i bunn og grunn skulle dreie seg om. Det kom inn en rastløshet som ikke hadde vært der tidligere. Til tross for kunnskapen om at hver enkelt pasient utfolder og lever sin psykiske lidelse på sin egen karakteristiske måte, og derfor har behov for ulike terapeutiske tilnærminger selv om de har samme diagnose, var den miljøterapeutiske utviklingen delvis stoppet opp. Pasientene fulgte sin gruppe gjennom et fastlagt program. Det kunne være for eksempel en uke kjøkkentjeneste, en uke med sammensetting av klesklyper, en med rulling av knallbongbonger osv. Det var som om man hadde glemte nødvendigheten av en nyansert og individuell tilpasning av behandlingen, slik Faurbye tidligere hadde oppfordret til.

I boken *De siste årene? Dikemark sykehus 1955–1995* er det gjengitt en tabell over bemanningen (Alten, Flage og Zeiner-Henriksen (1995)). Den viser at antallet sykepleiere økte fra 50 i 1955 til så vidt over 150 i 1971.

I årene 1971 til 1985 varierte antallet mellom 100 og 150, før det igjen begynte å stige. I 1993 var det 250.. I samme periode, nærmere bestemt fra 1961 til 1980 økte antallet pleieassistenter som var ufaglærte og som ofte ble på sykehuset en kort tid, fra 0 i 1961 til 400 i 1980. Det sier seg selv at den psykiatriske sykepleien led under disse forhold. Mye tid gikk med til å skaffe nok antall personer til de forskjellige turnusene. Det utviklet seg dessuten en utstrakt møtevirksomhet. Alle møtene sykepleierne var forventet å skulle være med på tok dem bort fra der pasientene befant seg. Noen var sikkert nødvendige som ledd i pasientbehandlingen og som en del av samarbeidsoppgavene. Men ikke all møtevirksomhet var like godt gjennomtenkt. Den kompetanse sykepleierne innehadde ble ikke alltid utnyttet til beste for pasientene. Det ble viktig å holde hjulene i gang, og også i disse tider fantes det en trofast gruppe sykepleiere som ble på sin post, til tross for de mange hindringer som gjorde det vanskelig å gjennomføre den optimale psykiatriske sykepleien, slik det ble dosert i lærebøker og i undervisningssammenheng. Faglig veiledning ble etter hvert en naturlig del av arbeidsdagen, og det bidro antakelig til at mange sykepleiere holdt ut i en hverdag preget av stadig nye faglige utfordringer etter hvert også administrative forandringer og mangel på kvalifisert personell.

## 1980–1998

De nye forskriftene varte fra 1981 til 1998. 1. juni 1980 fastsatte Sosialdepartementet nye *Forskrifter for offentlig godkjenning av spesialskoler i psykiatrisk sykepleie*. Fra 1. januar 1981 overtok Kirke- og undervisningsdepartementet det administrative ansvaret. Forskriftene innebar en god del forandringer. Som opptakskrav ble aldersbegrensningen borte. Det eneste opptakskravet var offentlig godkjent sykepleier og et års praksis som sykepleier. Krav til lærere var tilstrekkelig antall i tillegg til rektor. Lærerne skulle være offentlig godkjente sykepleiere med faglig og pedagogisk tilleggsutdanning (Spesialskole i psykiatrisk sykepleie, pedagogisk utdanning fra universitet eller Norges Sykepleierhøgskole). Utdanningstiden var på 40 uker, fordelt på to semestre. Skoleplanen var utformet som en rammeplan og innebar en utdanning på høgskolenivå. Psykiatrisk sykepleie skulle utgjøre 2/3deler av det samlede studiet. Det ble krevd et pensum på 4000 sider, og det ble stilt krav om utarbeiding av et større skriftlig arbeid etter bestått offentlig eksamen i psykiatrisk syke-

pleie. For å få vitnemål måtte praksis gjennom studietiden være godkjent. Heretter var elevene studenter og pliktår fantes ikke lenger. Studentene var heller ikke regnet med som arbeidshjelp. Etter hvert ble bare deler av undervisningstilbudet obligatorisk. Utdanningen ble etter hvert kalt videreutdanning i psykiatrisk sykepleie.

1980- og 90årene var også preget av store forandringer. Reitgjerdet sykehus, som var et spesialsykehus for personer som hadde begått kriminelle handlinger men som ikke var egnet til å sone straff i fengsel på grunn av alvorlige psykiske lidelser, ble nedlagt. I stedet ble det opprettet sikkerhetsavdelinger ved de psykiatriske sykehusene rundt om i landet. En stor utfordring for sykepleierne. Stadig flere pasienter ble behandlet utenfor institusjonene, og sykepleierne måtte innstille seg på nye måter å arbeide på. Det førte blant annet til at mange tok tilleggsutdanninger. Et eksempel på dette finner vi i artikkelen: «Skapende virksomhet i en psykiatrisk dagavdeling» (Gammersvik, Torgersen & Albretsen 1986). Sykepleierne var utdannet i Korda-metodikk som handler om gruppeprosesser og kreativitet.

Primærsykepleie og gruppesykepleie ble utprøvd og diskutert (*Sykepleien* 1986 nr. 2, s. 4). Dokumentasjon av sykepleien og individuelle pleieplaner sto på dagsorden. Sykepleieloven av 1960 ble revidert med hensyn til plikt til dokumentasjon (*Sykepleien* 1986 nr. 18, s. 8). I 1985 vedtok Landsforeningen for psykiatriske sykepleiere (LPS) godkjenningsregler for formell godkjenning av veiledere og det ble opprettet et kompetanseråd (*Sykepleien* nr.18, s. 22). Det ble satt i gang pleietyngdemåling, bla. i et forsøk på å dokumentere behovet for sykepleiere (*Sykepleien* 1986 nr. 11, s. 4, nr. 12, s. 21, nr. 13, s. 11).

Stikkprøver fra tidsskriftet *Sykepleien* viser at perioden fra 1970 og fremover hadde mange artikler som viser at sykepleiere opplevde usikkerhet mht yrkesidentitet («Sykepleier-hva vil du», (Hansen i *Sykepleien* 1970 nr. 3, s. 75), debattinnlegg vedrørende overgang fra sykepleieskoler til høyskoler, 1973 nr. 8, s. 326, Om reaksjoner på den psykiatriske sykepleier, (Ellingsrud, nr. 9, s. 378). På mange arbeidsplasser hersket det en slags «overdemokratisk» kultur der alle skulle bestemme og alle skulle komme til orde. Det kunne være svært uklare grenser mellom faggruppene, slik at alle gjorde det samme. Hva var egentlig psykiatrisk sykepleie når alle

gjorde det samme? (Krabbe og Hjort, 1997). Samtidig kom det utover nitallet stadig tydeligere dokumentasjon på at sykepleierne arbeidet mer selvstendig enn tidligere, og at evnen til å ta i bruk teori både i selve arbeidssituasjonen og i formidling av hva arbeidet besto i, økte. Et eksempel på dette er publikasjoner som kom fra Stavanger, der sykepleierne var meget aktive i miljøterapi (Miljøterapi 1998).

I 1994 ble de 98 høgskolene i landet, slått sammen til 26. Sykepleiehøgskolene ble lagt inn under forskjellige avdelinger ved høgskolene rundt i landet. Noen hadde ikke egen avdeling for sykepleierutdanning. Samtidig ble det krevd generell studiekompetanse for søkere til de regionale høgskolene. Lærerne måtte ha høgere utdanning som gav lektorkompetanse for å få fast tilsetning. Fagutvikling og forskning ble etter hvert innarbeidet som en del av arbeidstiden.

## Beskrivelser og definisjoner av psykiatrisk sykepleie

Jeg vil i det følgende referere og kommentere et utvalg definisjoner og beskrivelser av psykiatrisk sykepleie. Arild Faurbyes beskrivelse:

Den psykiatriske sygeplejerskes arbejde kommer til at bestå af den legemlige sygepleje, observasjon af den psykiske tilstand og psykoterapeutisk påvirkning af patienterne. Den specialuddannede sygeplejerske vil få et meget selvstændigt arbejde med at tilrettelegge patientens tilværelse på hospitalet på rette måten, vejlede i beskæftigelsesbehandling, og præge omgangstonen og forholdene på afdelingen; alt dette er psykoterapi i videste forstand, og resultaterne heraf kommer først og fremmest til å bero på sygeplejerskens kunnen.(Faurbye 1954).

Denne beskrivelsen faller sammen med det Harald Frøshaug har gitt uttrykk for gjennom taler og artikler og i *Lærebok for sykepleieskoler*, bind VI: *Psykiatri* (1972). Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av psykiatriske sykepleiere beskrev psykiatrisk sykepleie på følgende måte: Psykiatrisk sykepleie omfatter:

- omsorgen for pasientens psykiske, fysiske, sosiale og åndelige behov,
- forebygging av psykiske lidelser, opplysningsvirksomhet, observasjon av den psykiske og somatiske situasjon, elementær sykepleie og terapi med sikte på rehabilitering,
- administrasjon, veiledning og undervisning til sykepleiere, hjelpepleiere og annet helsepersonell, samt til pasienter og deres familier.

Psykiatrisk sykepleie innebærer en målrettet og systematisk utforming av det fysiske og psykiske miljø i eller utenfor en institusjon (avdeling) i den hensikt å sette i gang en prosess med sikte på å føre pasienten fra en dårligere situasjon hen imot en bedre.

Den psykiatriske sykepleie faller i 4 hovedfaser:

1. Observasjon av situasjonen og den enkelte pasient.
2. Diagnostisk vurdering og planlegging med sikte på mest mulig hensiktsmessige holdninger og behandling.
3. Psykiatriske sykepleiemodeller omfattende generell sykepleie og omsorg, miljøterapi og sosial læring.
4. Etterprøving og vurdering av pasientens funksjonsnivå som grunnlag for registrering av oppnådde resultater og eventuell korreksjon av behandling.

Denne definisjonen ble gjengitt i Ingebjørg Løkensgards bok: *Psykiatrisk sykepleie* og den dannet grunnlaget for de beskrivelsene av den psykiatriske sykepleiers funksjoner som utdypes i boken (Løkensgard 1977). Arbeidsgruppen som utredet *Retningsgivende normer for bemanning for pleiepersonell i psykiatriske sykehus*, (NOU 1981: 38) slutter seg også til ovennevnte definisjon, men har følgende tilleggskommentarer:

Psykiatrisk sykepleie bygger på grunnutdanning i sykepleie og utføres av sykepleiere i samarbeid med offentlig godkjente hjelpepleiere.

Psykiatrisk sykepleie forutsetter:

- Spesielle kunnskaper innenfor biologi, psykiatri, psykologi og sosiologi, slik at dette gir grunnlag for forståelse og hjelp med tanke på forebyggende, behandlende og rehabiliterende virksomhet i forhold til det psykisk syke menneske.
- Spesielt kjennskap til årsaksforklaringer og beskrivelse av psykiske sykdommer slik at det er mulig å gjenkjenne og beskrive disse.
- Spesielle kunnskaper om psykiatriske terapiformer, også kjemoterapi og dens virkninger/bivirkninger, slik at det er mulig å medvirke i de ulike behandlingene.
- Spesielt kjennskap til viktige sider ved samsillet mennesker imellom og hvordan en kan gjenkjenne inadekvat kommunikasjon og selv anvende adekvat kommunikasjon (NOU 1981: 38, s.13).

I Norsk kommuneforbunds definisjon av psykiatrisk sykepleie/behandling brukes betegnelsen *klient* i stedet for *pasient*. I 1980 fikk vi Jan Kåre Hummelvolls definisjon av psykiatrisk sykepleie:



Psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/ redusere hans helseproblem.

Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne egne holdbare livsverdier.

Når pasienten selv ikke er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og som pasientens talsmann.

Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at individet får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer (Hummelvoll 1980, s. 77–88).

Vi ser at definisjonene var mer detaljert og konkret i de to midterste, mens Hummelvolls definisjon er bredere og mer overordnet. Den må fylles med innhold i forhold til hvilke arbeidsoppgaver og virksomhetsområder det er snakk om. Noe han selv har gjort i sine publikasjoner og andre som har hans definisjon som utgangspunkt (Hummelvoll, Nordby og Sundmoen 1988 og Strand 1990).

## Pleie, omsorg, behandling og problemløsning

Til tross for at sykepleiere har påberopt seg et helhetssyn på mennesket, snek det seg gjennom årene, etter min mening, inn et instrumentalistisk syn på virksomheten. I alle fall i visse bøker, særlig inspirert av sykepleieteoretikere fra USA. Jeg tenker blant annet på ordet problemløsning. Det er vel og bra å beskrive sykepleien som en prosess, men det ligger implisitt i problemløsning at det foreligger et problem som skal løses. Satt på spissen kan man si at pasienten blir problemet som sykepleieren skal løse. Sykepleieren kartlegger pasientens problemer og setter deretter i gang tiltak for å løse dem. Det kunne nok i enkelte tilfeller dreie oppmerksomheten bort fra pasienten selv, pasienten som menneske. Det kunne bli noe mekanisk over denne måten å uttrykke seg på og å gjennomføre en omsorgsfull sykepleie på. Noe av gjensidigheten i forholdet kunne blekne.

Det var sykepleieren som gjorde noe med pasienten. Man var ikke like oppmerksom på hva pasienten gjorde med sykepleieren. Denne problem-løsningsorienteringen holdt seg samtidig side om side med vektleggingen av pasienten som et unikt individ som skulle oppmuntres til selvstendige valg. Ikke alle valgene var til det beste for pasienten, men det var altså hans valg!

Noen ganger kan det se ut som om sykepleierne simpelthen glemte at pasienten har en kropp. Man ble så fasinert av den mengden av psykodynamisk inspirert teori og behandlingsmåter at interessen for pasientens følelser og psykologiske traumer i enkelte tilfeller tok overhånd. Observasjon av bivirkninger av medisiner og uttrykk for somatisk sykdom eller psykisk funksjonshemming kunne bli oversett eller bortforklart. Diverse motebølger har skyllet inn over psykiatrien og psykiatrisk sykepleie. Her kan nevnes gestaltpsykologi, realitetsterapi, primalterapi, atferdsterapi integrativ kroppsterapi, ekspressive terapier, sensitivitetstrening, ulike former for systemiske terapier og et stadig større tilsig av sykepleieteorier. I videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie har det også vært et press i retning av å følge de skiftende motebølgene ikke bare innen psykiatri og sykepleie, men også innen pedagogikk. Innenfor pedagogikken har det vært lansert ulike løsninger på undervisnings- og læringsoppgaver. Eksempler er studentstyrt undervisning, gruppeundervisning/arbeid, vektlegging av veiledning fremfor forelesning, opplevelsesorientert fremfor kunnskapsorientert undervisning og læring, prosessorientert læring, konfluent undervisning, frigjørende undervisning og lignende. Både den psykiatriske sykepleien i praksisfeltet og studentene i videreutdanningen har vært utsatt for en mengde stimuli. Nye pasientgrupper og nye diagnoser dukket opp. Spiseforstyrrelser, krisepsykiatri, stoffmisbruk alene og kombinert med psykisk lidelse, personlighetsforstyrrelser av ulike slag, for å nevne noen. Det har ikke alltid vært like lett å holde tungen rett i munnen eller bena plantet på jorda. Og jeg har da bare så vidt nevnt de påvirkningene sykepleieren ble utsatt for i forbindelse med omorganisering og desentralisering av helsetjenesten. Det har vært en ganske urolig tid sammenlignet med tiden før 1960.

## Avslutning

Frem til 1950-årene ble sinnsykepleien, som det het den gang, sett på som et praktisk yrke der hovedoppgavene var å tilrettelegge døgnet for pasienten i avdelingen og skape et så gunstig miljø som mulig. Det handlet om måltider, hygiene, klesdrakt, anvendelse av tvangsmidler, overvåking for å forhindre selvskading, skading av andre eller suicid og observering med henblikk på forandringer i den psykiske lidelsen og eventuell utvikling av somatiske sykdommer. Før spesialskolene ble etablert skjedde det også en form for utdanning. Det skjedde i og gjennom yrkesutøvelsen, «learning by doing». En lærte av hverandre. De dyktige og erfarne sykepleierne ble forbilder. Den enkeltes personlige og konkrete erfaring var utgangspunkt for kunnskapsutvikling. Erfaringene og dermed kunnskapen, ble delt i et arbeidsfellesskap og utviklet der. Muntlige overleveringer og eksempelets makt formidlet kunnskapen videre til de nye i yrket. Slik var det i hovedsak i spesialskolenes første leveår. I en yrkesopplæring legges det vekt på at elevene får et bredt kjennskap til yrkets virkefelt. En praksisundervisning/opplæring på 44 uker sier noe om kunnskapssynet den gang; nemlig at kunnskapen tilegnes ved å lære og erfare i det kliniske felt via møte med ulike pasienter, møte med ulike måter å tilrettelegge arbeidet på, gjennom eksempler og egen erfaring. Yrkesskoler, innbefattet sykepleieskoler, hadde liten tradisjon med å reflektere over handlingene. Det var heller ikke vanlig å legge vekt på å reflektere over egne yrkeshandlinger og opplevelser og følelser knyttet til disse. For å reflektere trenger en begreper. For å føre faglige samtaler og for å utvikle faget slik at det kan kommuniseres til andre, er begreper nødvendig. Men uten egen erfaring, kan begrepene bli tomme og uforpliktende.

Etter hvert som det kom nye Vilkår og Forskrifter, beveget utdanningen seg stadig lenger vekk fra praksisundervisning/læring, fra 44 uker på femtitallet til mellom 6 og 12 uker på midten av nittitallet. 12 uker ble regnet som lang praksistid. Praksistiden oppfattes nå mer som kliniske studier enn som direkte opplæring. Kravet til teoriundervisning økte, likedan krav om å formidle psykiatrisk sykepleie gjennom skriftlige arbeider. Undervisningen skulle være forskningsbasert. Gjennom de veiledningserfaringene sykepleiere og studenter fikk, ble det stadig mer vanlig

å uttrykke opplevelser i forbindelse med pasientarbeidet og å reflektere over dem. Det kom stadig flere publikasjoner fra psykiatriske sykepleiere utover åtti- og nittitallet.

Helt til slutt vil jeg sitere fra Stortingsmelding nr. 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Høgskoleutdannet personell:

Det er stor mangel på sykepleiere og andre høgskoleutdannede med spesialutdanning i psykiatri, og videreutdanningstilbudene for disse gruppene må trappes opp. Arbeidsoppgavene for psykiatriske sykepleiere er under omforming, og det er viktig å vurdere forholdet til andre grupper med 3-årig høgskoleutdanning. Generelt bør det bli mindre rigide grenser mellom disse gruppene, og en del stillinger i psykisk helsevern bør kunne lyses ut for høgskoleutdannet personell generelt og besettes av flere grupper. Den nye tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid er et ledd i å bygge ned profesjonsgrensene mellom de høgskoleutdannede gruppene, og vil gi relevant videreutdanning til flere grupper som har manglet slike tilbud til nå. Psykiatriske sykepleiere må i større grad arbeide i desentraliserte fylkeskommunale tilbud og i kommunene, samtidig som flere grupper rekrutteres til sykehusene. Sykepleierne må imidlertid fortsatt ha en viktig rolle i sykehus, og særlig i akuttpsykiatriske avdelinger, med sin medisinske kompetanse. Spesialsykepleiernes kompetanse innen akuttpsykiatri og medikamenthåndtering må videreføres i videreutdanningen (s. 135).

Her ser det ut til at pasienter i alderspsykiatrien er utelatt. Det er en voksende pasientgruppe som innebærer store utfordringer til både grunnleggende og psykiatrisk sykepleie. Og hva med langtids syke pasienter og deres behov for hjelp?

I samme melding står det om Videreutdanning at den «bygger på en grunnutdanning og brukes om formalisert utdanning, og avsluttes vanligvis med eksamen. Videreutdanning innebærer spesialisering innen et fagområde» (s.125).

Den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid som ble vedtatt i 1997 skulle i følge Stortingsmeldingen «på sikt erstatte dagens fagspesifikke videreutdanninger ved høgskolene (psykiatrisk sykepleie, psykiatrisk sosialt arbeid, psykosomatisk og psykomotorisk fysioterapi)» (s.125). Samtidig står det i meldingen at «hver utdanning er tilstrekkelig spesialisert til at hver yrkesgruppe kan ivareta spesialiserte arbeidsoppgaver som er nødvendige for at brukerne skal få de tjenester som trengs. Paradoksalt nok medfører dette både behov for samordning mellom utdanningene, og behov for økt spesialisering» (s.126).

Samtidig som myndighetene analyserte behovet for tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser og behov for endringer i utdanningene, arbeidet sykepleierne jevnt og trutt. Man kan lure på om yrkesidentiteten ble styrket eller svekket.

Spesialskolen ble opprettet fordi det var nødvendig. Ordet nødvendig betyr å vende (snu) en nød. Og det var pasientenes nød det dreide seg om. Det dreier seg fortsatt om å gi pasientene den faglige hjelp de har krav på. Det handler om mennesker som ikke bare har et psykisk problem eller en psykisk lidelse, men også en kropp og en sosial sammenheng, en fortid og en fremtid.

## Litteraturliste

- Alten, W., Flage B. K. & Zeiner-Henriksen K. (1995) *De siste årene? Dikemark sykehus 1955–1995*. Eget forlag.
- Anderssen, J. E.(1950) *Håndbok i norsk sinnssykerett*. Oslo: Aschehoug.
- Bonsdorff,v. (1951) Tale til svensk sykepleierhelsesøsterskole (spesielt om psykiske faktorerens virkning på lidelser) *Sykepleien* nr. 1.
- Brodal, A.(1952) *Vår hjerne og hvorledes den arbeider*. Oslo: Tanum.
- Carlsen, L. B., Hermansen, M. V. & Vråle, G. B. (1984) *Sykepleiefaglig veiledning. En innføring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

- Eitinger, L. (1952) Psykiske kampskader, for- og etterbehandling. *Sykepleien* nr. 18.
- Eitinger, L. & Retterstøl, N. (1970) *Nevroser* Oslo – Bergen – Tromsø: Universitetsforlaget.
- Eitinger, L. & Retterstøl, N. (1973) *Psykosser* Oslo – Bergen – Tromsø: Universitetsforlaget.
- Eitinger, L. & Retterstøl, N. (1976) *Rettspsykiatri*. Oslo – Bergen – Tromsø: Universitetsforlaget.
- Evang, K.(1952) Sykepleien ved psykiatriske sykehus *Sykepleien* nr. 2.
- Faurbye, A. (1954) *Psykiatrisk sygepleie. En vejledning for sygeplejersker*. København: Dansk videnskabs forlag A/S, København.
- Frøshaug (1953), H. Tale ved Oslo Komm. Sykepleieskoles eksamensfest i Rådhuset, november 1952. *Sykepleien*. Nr. 1 s. 4.
- Frøshaug, H. (1962) Psykiatrisk sykepleie. *Sykepleien* nr. 3.
- Frøshaug, H. (1972) *Lærebok for sykepleieskoler*, bind VI: Psykiatri. Oslo: Fabritius & sønners forlag.
- Gammersvik, B., Torgersen, T. & Albertsen, C. S. (1986) Skapende virksomhet i en psykiatrisk dagavdeling. *Sykepleien*, nr.21.
- Hals, A.(1955) *Elementær psykologi*. Oslo: Fabritius.
- Hummelvoll (1980), J. K. (red.) *Innsikt – en kilde til liv*. Oslo: Tanum-Norli.
- Hummelvoll, J. K., Nordby og K. E., Sundmoen, V. (1988) Oslo: *Samarbeid med psykotiske mennesker.*: Gyldendal.
- Krabbe, M. og Hjort, H. (1997) *Sykepleien* nr.2, s. 34.

- Langfeldt, G. (1954) Hva er sinnssykdom? *Sykepleien* nr. 20.
- Lofthus J. (1954) Privatforpleining av sinnssyke. *Sykepleien* nr. 21.
- Lohne-Knudsen, Chr. (1952) Omsorgen for de sinnslidende og nervøse. *Sykepleien* nr. 5.
- Lindström (1987), U. Å., *Psykiatrisk vårdlära*. Stockholm: Liber Utbildnes AB
- Løkensgard (1977), I. *Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU (1981): 38 Retningsgivende normer for bemanning for pleiepersonell i psykiatriske sykehus.
- Miljøterapi (1998) MILJØTERAPI en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Odegard, J. (1952) Trekk fra arbeidet ved en psykiatrisk klinikk i USA. *Sykepleien* nr. 19.
- Sirnes, T. (1957) Nyere medikamenter i psykiatrien. *Sykepleien* nr. 18.
- Sosialdepartementet 23. juni 1952: *Forslag til vilkår for offentlig godkjenning av spesialscole i psykiatrisk sykepleie*.
- Sosialdepartementet (1963) april, Vilkår for offentlig godkjenning av spesialscole i psykiatrisk sykepleie.
- Sosialdepartementet 11. juni 1980: *Forskrifter for offentlig godkjenning av spesialscole i psykiatrisk sykepleie*.
- Stortingsmelding nr. 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.
- Strand, L. (1990) Fra Kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

*Sykepleien* (1986) Diskusjon om primærsykepleie og gruppesykepleie: nr. 2, s. 4, Om pleietyngdemåling nr. 11, s. 4, nr.12, s. 21, og nr. 13, s.11.

Godkjenningsregler for formell godkjenning av veiledere og opprettelse av et kompetanseråd. nr. 18 s. 22. Revisjon av sykepleieloven med hensyn til plikt til dokumentasjon. Nr. 18, s. 8.

Strömngren, E. (1958) *Psykiatri*. København: Munksgaard.

Ødegård, Ø. (1952) *Arv og miljø i psykiatrien*. Oslo: Aschehoug.



# IDEOLOGISKE OG TEORETISKE INSPIRASJONER I PSYKIATRISK SYKEPLEIE

*JAN KÅRE HUMMELVOLL OG ARILD GRANERUD*

## Innledning

Using an approach that is not ‘label-oriented’ and that values the experience of the patient as opposed to the expectations envisaged as normal for the disorder, is one of the ways to enable individuals to find themselves. (O’Brien et al. 2001, s. 9)

Dette kapitlet undersøker hvilke grunnsyn og teoretiske inspirasjoner som har preget utviklingen av psykiatrisk sykepleie. Vi vil ta utgangspunkt i 1950-tallet. Det er ikke et tilfeldig valgt decennium; det var i det tiåret det ble videreutdanningsmuligheter i psykiatrisk sykepleie i Norge; det var da Russel Bartons studie fra 1959 om «institusjonsnevrosen» for alvor startet institusjonskritikken; nye psykofarmaka kom og lokalsamfunnstilnærmingen fikk sin spede begynnelse – og det var i dette tiåret at den første doktorgraden innen fagområdet ble publisert (Peplau 1952). Fra England kom gradvis ideer om at institusjonslivet kunne omformes til et terapeutisk samfunn (Jones 1971) med vekt på personlig vekst gjennom mellommenneskelig læring, ansvarliggjøring og åpen kommunikasjon.

Vi vil først presenteres et konsentrert overblikk over teoretiske føringer som gjenfinnes og speiles i kunnskapsgrunnlaget i lærebøker i psykiatrisk sykepleie. Dernest følger en eksposé over ideologiske strømninger

slik de kan spores ut fra forsknings- og faglige refleksjonsartikler fra 1960 til 2008. Avslutningsvis sammenfattes utviklingslinjene og utfordringer for fagområdet.

## Lærebøkene

Det som har kjennetegnet psykiatrisk sykepleie som fagområde siden 1950 i angelsaksisk og nordisk sammenheng, kan sammenfattes i tre tradisjoner, nemlig relasjonstradisjonen, miljøterapi tradisjonen og tradisjonen fra psykiatrisk sykepleie i lokalsamfunnet. Disse tradisjonene gjenspeiles også i flertallet av lærebøkene. Gjennomgangen av det teoretisk-ideologiske grunnlaget i lærebøkene i psykiatrisk sykepleie (se vedlegg) viser en utvikling fra tekster som i stor grad bygger på tradisjonsformidlet sykepleiekunnskap, medisinsk-psykiatrisk modelltenkning – via en psykodynamisk og humanistisk-eksistensiell inspirasjon (særlig ift relasjonsarbeidet) – til en mer holistisk tilnærming som erkjenner betydningen av perspektivbevissthet og pluralisme i møtet med personer med psykiske lidelser og funksjonshindringer. Spenningen mellom den psykiatrisk-diagnostiske orienteringen som grunnlag for å forstå pasientens situasjon og behov for sykepleieomsorg, og den mer fenomenologiske tilnærming, er tydelig tilstede. Denne spenningen søkes løst på flere måter; gjennom å avlede sykepleieintervensjoner fra diagnosene; å anvende sykepleiediagnoser basert på et sykepleievitenskapelig begrepsapparat – eller å ta utgangspunkt i det fenomennære som personen opplever og som han/hun har behov for å komme til rette med. Samfunnspektivet har vokst frem gradvis – særlig fra midten av 1970-tallet. Det samme gjelder det medfølgende forebyggende og helsefremmende perspektiv som bl.a. kommer til uttrykk ved at mental helse inngår i bøkens tittel. Det er ellers verdt å merke seg at åndelige behov og åndelig omsorg har blitt viet større oppmerksomhet på 1990-tallet og frem til i dag. Dette kommer tydeligst til uttrykk i de engelskspråklige tekstene.

## Artiklene

I det følgende presenteres en eksposé over innholdet i en del artikler i vitenskapelige tidsskrifter fra 1960–2008 som viser aktuelle og mer vedvarende teoretisk-ideologiske påvirkninger i psykiatrisk sykepleie.<sup>1</sup>

## Yrkesparadigme og kunnskapsteoretiske motsetninger

Om psykiatriske sykepleiere blir spurt hva som er de bærende ideer i deres yrkesforståelse, og hvor de henter sine teoretiske inspirasjoner fra, vil ikke ett paradigme fremstå, men derimot flere som er mer eller mindre sykepleievitenskapelig forankret. Unni Lindström (1995) gjennomførte en undersøkelse av psykiatriske sykepleieres yrkesparadigme. Hensikten var å bestemme yrkesgruppens paradigme og de faktorer som influerte på dannelsen av dette. Et paradigme er sammensatt av interesse, kompetanse, verdensbilde og vitenskapssyn. Lindström fant fire hovedtyper som representerer ulike interesse- og kompetanseprofiler: 1. *Den sykepleieintegreerte* (uttrykker en konsekvent sykepleietenkning mht begrepsbruk og sykepleieteoretisk/-vitenskapelig begrunnelse); 2. *Den delvis sykepleieintegreerte* (uttrykker iblant en sykepleieholdning som henviser til sykepleieteori/-vitenskap); 3. *Humanisten* (forholder seg verken til sykepleievitenskap eller sykepleieteori, men legger vekt på allmenne humanistiske verdier og å være medmenneske) og 4. *Den personlighets- og erfaringsorienterte* (understreker personlighetens betydning som arbeidsinstrument, vektlegger livs- og arbeidserfaring og henviser ikke til sykepleieteori/-vitenskap). Videre ble det funnet at livsparadigmet og yrkesparadigmet i høy grad er sammenvevd hos den psykiatriske sykepleier. Av dette går det frem at for praktiserende psykiatriske sykepleiere er det ulike grunnsyn

---

<sup>1</sup> Nøkkelordene for litteratursøket har vært: *Psychiatric nursing* (practice) og *mental health nursing* (practice) kombinert med *ideology, theory, evidence based*. Søket ble foretatt i EMBASE, Ovid, PsychInfo og SveMed. Det kom opp et stort antall artikler, spesielt fra de siste 10 årene. Titlene på artiklene ble gjennomgått, og abstrakter (250) av artikler som virket relevante for formålet ble undersøkt. Av disse ble ca 70 artikler gjennomlest i sin helhet.

som preger tenkningen om fagspesialitetens fokus, forklaringsmodeller og sentrale begreper – og hvilke perspektiver som best fanger inn den psykiatriske sykepleiefaglige virksomhet.

Spenningsene relatert til hva som skal være *kunnskapsgrunnlaget* i psykiatrisk sykepleie behandles bla av Jan Horsfall (1997). Hun hevder at psykiatrisk sykepleie har hatt og har preg av epistemologiske motsetninger, og at psykiatrisk sykepleie er «trellbundet» av den dominante medisinsk-psykiatriske teori og praksis med dens fokus på medikamentell behandling. Da betydningen av objektivitet, splittelsen mellom kropp og sjel og en materialistisk oppfatning av personen økte, minsket verdien av omsorg, interaksjon, helhet og egenekspertise – både for pasienten og sykepleieren. En slik situasjon kan etterlate både pasienten og sykepleieren hjelpeløse siden årsaken til lidelsen oppfattes å være av biokjemisk karakter. Den medisinske modell begrenser pasientens opplevelse av kompetanse, kontroll og ansvar, og den overser betydningen av sykepleierens mellommenneskelige ferdigheter når det gjelder å støtte og fremme pasientens ressurser og velvære. Horsfall mener at den psykiatriske sykepleien har utviklet seg under det medisinsk-psykiatriske paradigme og har antatt dette som om det var psykiatrisk sykepleiekunnskap. Konsekvensen av denne forbindelsen har blitt at samfunnsmessige kilder til psykisk lidelse og funksjonshindringer, slik som klasse, kjønn og etnisitet har blitt oversett eller ignorert. Det samme gjelder levekårsproblemer som fattigdom og arbeidsløshet. På relasjonsnivå kan den medisinsk-psykiatriske kunnskapsmodell, med dens fokus på diagnoser og medisinsk behandling, bidra til en praksis som lett blir depersonalisert og umyndiggjørende. Horsfall stiller den holistisk og humanistisk orienterte sykepleien i motsetning til den medisinske. Denne tilnærmingen kan bidra til å møte pasienters/brukeres livsproblemer gjennom å lytte til deres erfaringer og kunnskap, utvikle et språk som oppleves meningsfylt og kjent (jf. Hummelvoll 1996; Hamilton & Manias 2006). Derigjennom kan man møte pasientene som hele personer i en sosial kontekst som opplever emosjonell smerte og praktiske livsproblemer. Det sentrale i den humanistiske sykepleieomsorg er det likeverdige samarbeidsforhold. De personlige kvalitetene hos den psykiatriske sykepleier er å vise ekte interesse og tålmodighet, vennlighet og omsorg. Dette må skje innen en tilnærming som tar hensyn til klasse, etnisitet, kjønn i arbeidet med den enkelte pasient og må sikte mot pasientens bemyndigelse.

De ideologiske inspirasjoner, som kommer til uttrykk i artiklene, kan relateres til humanvitenskapelige, naturvitenskapelige og samfunnsvitenskapelige kunnskapsbaser.

## Humanvitenskapelig innflytelse

### Humanistisk-eksistensiell tilnærming

En vedvarende inspirasjon gjennom hele perioden har vært den humanistisk-eksistensielle inspirasjon. En rekke artikler fra den aktuelle perioden, som eksplisitt omtaler det filosofisk-ideologiske grunnlag, knytter seg til en humanistisk og eksistensiell tilnærming. Dette gjelder artikler som omhandler utdanningen i psykiatrisk sykepleie (Mansfield 1980; Middleton 1979; Scanlon 2006) og artikler som omtaler det filosofiske grunnlaget for praksis (Black 1968; Hummelvoll & Barbosa da Silva 1994; Jones 2001; Raymond 1968; Roberts, 2007; Ulsafer, 1976). Det sentrale filosofiske innholdet dreier seg om at mennesket utformer sin eksistens gjennom de valg det gjør, at den menneskelige eksistens ikke kan beskrives eller forklares med objektive begreper og at mennesket er fritt og at frihet medfører ansvar. Angst betraktes som grunnleggende i menneskelivet og oppstår i valgsituasjoner og i forhold til dødens realitet. Menneskets eksistens er rettet mot fremtiden og den skapes gjennom nåtidens valg og handlinger. Videre poengteres at eksistensialistiske filosofer og praktikere er humanister, dvs at menneskets eksistens, frihet, verdighet og livets mening står i sentrum for deres analyse. Eksistensialisme er imidlertid ingen enhetlig filosofi. Den kan best forstås som en livsholdning og som en måte å tenke på (Ulsafer 1976), og tilnærmingen til menneskets situasjon vil være preget av et helhetssyn hvor både individualitet, relasjoner, omgivelser og ideologi fokuseres. Som det fremgår senere, vil det eksistensielle perspektiv også relateres til en samfunnskritisk holdning (jf. antipsykiatri og modernitet). Flere artikler anvender eksistensielt orienterte filosofer (Sartre, Heidegger) for å få grep om sentrale fenomener i pasientarbeidet slik som det terapeutiske møte (Orbanic 1999; Walsh 1999), ensomhet (Nilsson et al. 2006) og å bli forstått (Shattell et al. 2006).

Noen forfattere drøfter likheter og forskjeller mellom den rogerianske humanistisk orienterte tilnærming og den eksistensielle (Burnard 1989; Middleton 1979). Et vesentlig skille går mellom bruk av teknikker og forståelsen av relasjonen. Den klientsentrerte retningen benytter teknikker og understreker en ikke-dirigerende holdning med en total akseptasjon av klientens verden. Den eksistensielle tilnærming derimot er opptatt av en dialogisk prosess hvor både sykepleieren og pasienten fremstår som personer med sine «verdensoppfatninger». Siden begge parter er ansvarlig for hvordan de forstår verden, er det rimelig å forvente at de til tider vil være uenige og argumentere. Sykepleieren er ikke en passiv hjelper, som ikke forandres i møtet; begge parter forandres. Det betyr at «virkeligheten» må forhandles gjennom dialog. Følgelig er det en mer likeverdig prosess enn i den klientsentrerte, rogerianske retning. Problemer løses ikke, men det er pasientens oppfatning av verden som endres for å tilpasse seg forskjellige måter å se problemene på (Burnard 1989). På mange vis er dette en tilnærming som ligner Paulo Freires kritiske problemutforskning i undervisningssammenheng, som antar at ny kunnskap oppstår gjennom en ekte dialog mellom partene. Det sentrale i eksistensiell rådgivning er å undersøke pasientens egne oppfatninger, verdier og avgjørelser. Etter en slik beskrivelse vil sykepleieren og pasienten arbeide seg gjennom oppfatningene – og så gjennom diskusjon og argumenter se på alternativene – med respekt for pasientens valg.

## Dialogen og språkets betydning i humanistisk-eksistensiell tradisjon

I den humanistiske og eksistensielle posisjon er dialogen og den dialogiske innstilling fremtredende. Å ta den andres perspektiv er viktig for å forstå personer med psykiske problemer. En åpen, dialogisk orientert relasjon innebærer at begge parter lærer av hverandre og bidrar til selvforståelse og fremmer kreativitet i forståelse og handling (Roberts 2005). Gjennom en narrativ tilnærming, med fokus både på det manifeste og latente innhold, kan det karakteristiske ved språkets betydning bli identifisert og bidra til at psykiatrisk sykepleie blir en individuell, omformende erfaring for mennesker, og som gir en opplevelse av tilknytning og bekreftelse (Crowe & Alavi 1999).

Fortellinger/narrativer er en grunnleggende og kraftfull kulturell uttrykksform for å formidle menneskelige erfaringer og liv. De refererer til 'levd erfaring'. For å være i stand til å leve og forstå våre liv, gir vi mening til opplevelser og erfaringer gjennom å fortelle historier. Fortellingene utvikler seg, forandres og videreføres gjennom samtale. Fortellingene skaper og formidler mening. I sykepleiepraksis har fortellingen om pasienten og relasjonen vært en tradisjonell og sentral kunnskapskilde. I økende grad har fortellingen også blitt en viktig datakilde i vitenskapelig sammenheng. Fortellingen anvendes når for eksempel fenomener, utfordringer eller problemer i hverdagsverdenen skal skildres (Pejlert et al. 1995). Det narrative perspektiv betraktes også som fruktbart i pasienters bedring (recovery). Her beskrives ikke bedring som fjerning av alle symptomer og plager eller å gjenvinne full funksjonsevne, men å kunne leve meningsfylt på tross av lidelsens begrensninger (Kirkpatrick 2008). En narrativ tilnærming viser at enhver person er unik, den verdsetter individuelle erfaringer og gir ansikt og stemme til erfaringene. Ved å lytte til fortellingene vil sykepleiere få innsikt i konteksten i personens historie, og kan dermed se at for eksempel diskriminering, vanskeligheter med utdanning, boligforhold og inntekter kan ha større personlige konsekvenser enn selve lidelsen.

Språket konstruerer og bidrar til makt i relasjoner. Et standardisert «psykiatrispråk» er en slik maktfaktor. Det gir også et bilde av makten i sykepleie ved språklige forandringer. Sykepleiere kan kjenne igjen egne standardiserte måter å snakke på med psykisk lidende mennesker. De som bevisst bruker et ikke-standardisert og hverdagsnært språk, gjør dette som reaksjon mot den biomedisinske standardiserte språkbruken (Hamilton & Manias 2006). Det samme poengterer Happell (2007) som mener at språket er et meget kraftfullt redskap når virkeligheten skal defineres. Personer med psykiske problemer erfarer ofte hjelpeløshet i møte med psykiatrisk terminologi. Derfor kan bruk av fagspråk motvirke likeverdighet i omsorgsrelasjonen og utgjøre en vesentlig barriere i den terapeutiske relasjonen.

Omsorgssamtalen (caring conversation) har som grunnleggende antagelse at pasienter gjennom narrativer kan skape mening både i og med lidelsen. Denne humanistiske influerte narrative tilnærmingen kan relateres til hele pasientens liv, og gi grunnlag for vekst, forsoning og å finne mening i lidelsen. Det kan bygge en indre bro som gjør at de får et fornyet forhold både

til seg selv og andre (Fredriksson & Lindström 2002). Å finne sin identitet og å oppnå helse kan skje gjennom gjenfortelling av eget liv sammen med en perspektivskapende lytter (Barker et al. 1997). Den åpne dialogen blir aldri blir ferdig. Den pågår så lenge relasjonen varer, og klinger ved etter relasjonens opphør. Denne dialogiske prosessen er kjernen i psykiatrisk sykepleie. Gode dialoger forutsetter at sykepleieren reflekterer over egne dialogiske prosesser både med seg selv og andre. Å ha frihet i ens egne refleksive prosesser er nødvendig for å forstå og hjelpe mennesker med psykiske problemer (Freshwater 2007).

## Psykodynamisk tilnærming

Psykoanalytisk og psykodynamisk teori har fungert som forståelsesramme for både individuelt og miljøterapeutisk arbeid. Det er en tilnærming hvor mennesket forstås som et historisk vesen som søker selvinnsikt og forståelse av sin egen utvikling/historie. Freud har hatt stor betydning bl.a. gjennom sin påvisning av det ubeviste sjelsliv og beskrivelse av personlighetens instanser (Id, Ego og Superego). Det har vært en betydelig utvikling i forståelsen av menneskets psykologiske utvikling og forståelsen av menneskets ubeviste sjelsliv. Den psykodynamiske teori representerer viktig og relevant kunnskap for psykiatriske sykepleiere ved at den gir mulighet til å forstå for eksempel angst og andre psykiske fenomener, og gi adekvate responser hvis han/hun forstår de underliggende psykodynamiske prosessene (Wheeler 2005). Psykodynamisk teori fokuserer på å forstå hvordan tidlige relasjonelle erfaringer er avgjørende for personlighetsutvikling og for å skape gode mellommenneskelige forhold som voksen. Gallop & O'Brian (2003) argumenterer for at psykodynamisk teori må reetableres som grunnleggende kunnskapsbase for psykiatrisk sykepleie. Psykiatrisk sykepleie er basert på en mellommenneskelig prosess som er avhengig av at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk for å gi god pasientbehandling. Den *psykoterapeutiske* virksomheten må grunnes i en dyp forståelse i psykodynamisk teori; sykepleiere må forstå betydningen av det ubeviste – dvs forstå seg selv for å forstå hva som kommer fra deres egen indre verden versus klientens. Derfor må sykepleieren ha en innforlivet forståelse av fenomener overføring, motoverføring og splitting og forstå hvordan disse



påvirker relasjonen og muligheter for innsikt. Målet er å hjelpe pasienter til å forstå sine problemer i lys av deres historie, løse opp i gamle vanskeligheter og prøve ut nye måter i samhandling med andre mennesker.

Flere forfattere argumenterer for betydningen av å anerkjenne den innflytelse som det *psykoanalytiske* begrepsapparat har hatt for utviklingen av psykiatrisk sykepleie – særlig i institusjonsbehandling for å forstå det som skjer på relasjons- og gruppenivå (Winship 1995; BurrIDGE 1996). Allerede i 1968 publiserte Hildegard Peplau (1999) artikkelen «Psychotherapeutic Strategies», som utdyper hvordan psykiatrisk sykepleie kan utøves innenfor en psykodynamisk referanseramme. Den vektlegger utvikling av ny adferd – samt en presentasjon av verbale strategier som kan stimulere øket selvinnikt. Psykiatrisk sykepleie er en kompleks virksomhet, og gjennom et psykodynamisk perspektiv og psykoterapeutiske strategier kan sykepleiere hjelpe pasienten å leve det livet han/hun ønsker i lokalsamfunnet. Den såkalte *egostyrkende sykepleie* inneholder en klar påvirkning fra psykoanalysen. Det samme gjelder for det opprinnelige *terapeutiske samfunn*.

Mary Turner (1992) har i en artikkel om psykoterapi hos eldre særlig understreket de positive mulighetene ved en psykodynamisk terapiform med *ego-integrasjon* som mål. Tilnærmingen bygger i hovedsak på E.H. Eriksons utviklingsmodell. Sentrale tema i psykoterapi med eldre er opprettholdelse av selvaktelse, hjelpeløshet og håpløshet, frykt for smerte og lidelse, psykisk og fysisk svekkelse, eksistensielle spørsmål. Psykoterapitilnærmingene varierer noe avhengig av pasientens funksjonsnivå. For eldre uten kognitiv svikt er målet en strukturell endring gjennom innsiktsorientert terapi. For eldre med demens er målet en bedring av funksjonsnivå gjennom familierapi og undervisning. Når det gjelder eldre med kriseopplevelser er målet å gjenvinne best mulig fungering gjennom sorg- og kriseterapi. En innsiktsorientert terapi med vekt på støtte vil også være til god hjelp. I psykodynamisk teori blir det poengtert at alle livsfaser er viktige og bærer i seg muligheter for vekst og utvikling.

# Naturvitenskapelig innflytelse

## Biomedisinsk tilnærming

Det er få forfattere som aktivt og ensidig relaterer seg til den biomedisinske modell. I den grad slike synspunkter artikuleres, er de knyttet til betydningen av å ha grundig biokjemisk kunnskap om virkninger og bivirkninger når medikamenter skal administreres – og nødvendigheten av å møte pasientenes fysiske helsebehov gjennom observasjon, motivasjon, tilpasset undervisning og fysisk omsorg (Gournay 2005). Likevel er den biomedisinske modellen tydelig i mange av artiklene. Oftest benyttes modellen som en negasjon – noe som man beskriver for så å definere seg bort fra den. Et eksempel på dette er en artikkel av Barker et al. (1997) som beskriver den humanvitenskapelige basis for psykiatrisk sykepleie. Forfatterne tar utgangspunkt i at en del psykiatrisk sykepleieforskere (f.eks Wray 1994; Gournay 1995) oppfordrer til at man i stedet for å videreutvikle sykepleieteorier, tar inn over seg den store biomedisinske kunnskapsbasen. Det er særlig to forhold som har fornyet interessen for den biomedisinske tilnærmingen: 1. Den økte oppmerksomhet om biologiske hypoteser relatert til ulike psykiske lidelsers årsaker og løsninger; 2. Forventningen om at sykepleiere skal videreutvikle sin rolle som en agent for medisinsk-psykiatrisk behandling, for eksempel ved å delta i diagnostisering av positive og negative symptomer ved schizofreni, at de skal oppnå retten til å forskrive psykofarmaka og bidra i opplæring av pasienter og deres familier i den medisinske konstruksjonen av psykisk lidelse.

## Generalisert, dekontekstualisert «faktakunnskap»

Betydningen av evidensbasert praksis blir poengtert i flere artikler. Dens teoretiske plattform forutsetter en naturvitenskapelig, reduksjonistisk tenkning. Stuart (2001) mener at hvis sykepleiere skal kunne gi en riktig behandling, må den være evidensbasert gjennom randomiserte og kontrollerte forsøk og følges opp av metastudier. God og effektiv sykepleie må bygge på et evidensbasert diagnosesystem. Selv om ikke all klinisk praksis kan være evidensbasert på grunn av dens kompleksitet, må dette være målet (Stuart 2001; Bahtsevani et al. 2005). Artikkelforfatterne diskuterer ikke teoretiske modeller for evidensbasert sykepleie eller hvilke konsekvenser en slik teoretisk plattform kan gi, men mener at den evidens-

baserte praksis bør være hovedstrategien for å utøve psykiatrisk sykepleie på en sikker måte. Phillips og McCann (2007) understreker at en biomedisinsk modelltenkning er langt mer enn medikamentell administrasjon og observasjon av virkningen av disse innen psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten. Sykepleiere forventes å kunne vurdere pasientens helse-tilstand, formidle kunnskap og informasjon om tilgjengelige ressurser for pasienten og å skape en tillitsfull relasjon.

At psykiatrisk sykepleiepraksis er styrt av den medisinske modell, blir vist i en studie av Hummelvoll og Severinsson (2001). De undersøkte hvilke idealer og realiteter som dominerte tenkning og praksis på en psykiatrisk akuttavdeling. Studien viste en markant ideologisk diskrepans mellom den medisinske og den humanistisk-eksistensielle modell. I det daglige, praktiske arbeid dominerte den medisinske modelltenkning på grunn av kravet til behandlingseffektivitet og akuttpsykiatriens uforutsigbare preg som fremmet en kontrollorientert holdning hos personale. På det ideologiske plan fremholdt imidlertid personalet et humanistisk grunnsyn. Hovedvekten av arbeidet lå på observasjoner og å sørge for sikkerhet for pasienter og personale. Beslutning om behandling ble tatt på basis av pasientenes symptomatiske uttrykk for patologi. Medikamentell behandling ble startet etter bare kort tids kjennskap til pasienten. Wheeler (2005) hevder at «å se psykiske lidelser bare som biologisk bestemt og å benytte kjemisk manipulering som svar på lidelsen, lindrer vår egen angst, men holder oss i mørket om personen vi behandler» (s. 151).

## Samfunnsvitenskapelig innflytelse

I artikkelen «Towards a critical theory of mental health nursing» påpeker Hopton (1997) at britisk psykiatrisk sykepleie aldri egentlig har tatt institusjonskritikken fra antipsykiatrien på alvor. Han hevder at psykiatrisk sykepleie i for stor grad ukritisk har omfavnet humanistisk psykologi og rådgivning – i stedet for å ta Bartons (1959) «institusjonsnevrose» (og sykepleiernes bidrag til den) og den eksistensielle, antipsykiatriske kritikken inn over seg. Han mener at det er en tendens til overidealiserings av relasjonsarbeidet. Søkelyset burde i langt sterkere grad rettes mot strukturelle, historiske og politiske forhold som bidrar til å holde brukere nede i en

underprivilegert posisjon. Det er avgjørende at psykisk lidende personers stemme kommer til uttrykk og at psykiatrisk sykepleiepraksis kritiseres – slik at man ikke forblir i den overidealisererte forståelsen av arbeidet.

Huges (2006) understreker at psykiatriske sykepleiere har en advokatrolle i forhold til sine klienter. For å virkeliggjøre denne rollen må sykepleierne bli mer synlige, spesielt på den politiske arena. Det forutsetter kjennskap til og forståelse av politiske prosesser. Innsikten må utnyttes slik at beslutningstagere gjennom informasjon bedre kan forstå brukeres verden og utforme strategier som fremmer bedre service/tilbud. Psykiatriske sykepleiere kan gjennom sin innflytelse og aktivisme fungere som brukernes agenter og sikre at deres synspunkter høres og tas hensyn til. Dette bør skje gjennom samarbeid med brukergrupper. Generelt konkluderer Hughes med at interessegrupper som har en sterk verdiforankring også vil ha større innflytelse på politiske avgjørelser enn andre grupper.

En studie beskriver hvordan Foucaults teori om makt og kunnskap kan benyttes til å forstå hvordan maktens natur, tilstedeværelse og utøvelse kommer til uttrykk i dagens psykiatri (Roberts 2005). Forfatteren viser hvordan Foucaults teori kan utgjøre en fundamental og radikal utfordring til psykiatrisk teori, diagnostikk og til psykiatrisk sykepleiepraksis. Psykiatriske sykepleiere må ha en holdning preget av forståelse gjennom en gjensidig opplysning, for å unngå at brukeren blir et psykiatrisk subjekt og derved tilskrives en psykiatrisk identitet. Åpne dialoger og diskusjoner om makt og kunnskap – samt en kritikk av kunnskapsbasen i psykiatri og i psykiatrisk sykepleie, kan bidra til at brukerne blir personer og ikke psykiatriske subjekter.

## Antipsykiatri

Den antipsykiatriske tankegods er stadig vitalt og omdiskutert. Clarke (1999) viser dette i artikkelen «Ten years on: the abiding presence of R.D. Laing» hvor Laings liv og filosofisk-teoretiske refleksjoner knyttet til psykiatrisk praksis analyseres. Det overordnede mål for antipsykiatrien var å forandre psykiatrien innenfra, og dette ble forsøkt gjennomført ved å anta en eksistensialistisk tilnærming som fremhever betydningen av å verdsette menneskelige erfaringer og opplevelser til fordel for å behandle

personer ut fra diagnostiske merkelapper som er underlagt det dominante medisinske hegemoni. Schizofreni betraktes derfor som «another way of being human».

O'Brien et al. (2001) kombinerer antipsykiatrisk tankegods (og dermed eksistensialisme og fenomenologi) med ideologien fra det terapeutiske samfunn innen en lokalsamfunnssammenheng. Denne tilnærmingen er bl.a. benyttet i gruppeboliger for mennesker med psykiske problemer og funksjonshindringer. En slik tilnærming legger vekt på den enkelte persons eksistens og på den frihet og det ansvar personen har i forhold til å bearbeide sine livserfaringer. Det terapeutiske samfunn vektlegger at mennesker skal få mulighet til å arbeide med personlige forhold i forbindelse med å leve selvstendig i lokalsamfunnet. Dette skjer også gjennom samliv med andre beboere. Slik sett skal et terapeutisk samfunn være et sted for læring og mestring som er strukturert slik at det fremmer muligheter til å utvikle de sosiale ferdigheter som trengs for et selvstendig liv. Beboernes egne erfaringer med det å leve med lidelse fokuseres. Beboerne må stimuleres slik at de ser hvordan de selv kan bidra både i husfellesskapet og i lokalsamfunnet. Målet for hjelpen er å 'hele' heller enn å behandle – dvs å hjelpe personen til å gjenvinne helse. Derfor vil fokus på det som virker helsefremmende være en sentralt i personalets arbeid. Sykepleiepraksis kan bli 'frigjort' om pasienten møtes som person – noe som medfører en radikal medmenneskelig væremåte og som innebærer å søke pasientens verdensoppfatning og å ta denne på alvor i samarbeidet om pasientens personlige tilfriskning og sosiale rehabilitering. Wright et al. (2007) mener at en sosialkonstruktivistisk modell vil kunne bidra til erkjennelsen av det fellesmenneskelige som grunnlag for å forstå og å hjelpe personer med ulike psykiske funksjonshindringer – og bør være et kjennetegn på psykiatriske sykepleieres personorienterte arbeid. Den sosialkonstruktivistiske teoritilgang vil kunne bidra til en fruktbar faglig fornyelse.

## **Modernitet – senmodernitet – risikosamfunnet**

Lakeman (2006) tar utgangspunkt i tendensene innen psykisk helsearbeid til å beskytte seg mot tidens kollektiv angst og frykt for det fremmede og det som er annerledes gjennom forsvarspregede reaksjoner. Dette kommer bl.a. til uttrykk i ulike former for risikovurdering. I et større perspektiv

oppstår lignende reaksjoner i forhold til for eksempel frykt for terrorisme. Flere forfattere innen fagfeltet behandler tema knyttet til usikkerhet, risiko og frykt på individuelt, relasjonelt og samfunnsnivå ved årtusenskiftet. De viser at vi både kollektivt og individuelt blir trukket mot defensive krefter og reaksjoner i relasjon til frykt. Delvis kan dette forklare den polarisering som opptrer rundt definering og reaksjoner på psykisk lidelse. Angst og frykt (for det ukjente) fører også til psykiatrisk behandling skal sikres gjennom en standardisert og manualisert praksis. Evnen til å se ting fra andres perspektiv, til å ta opp i seg nødvendigheten av terapeutisk og forklaringsmessig mangfold i møte med psykisk lidelse, er avgjørende for å motvirke frykt og en mulig depersonalisert praksis. En slik perspektivbevissthet – som erkjenner at vi forstår stykkevis og delt – kan fremme en ydmyk og omsorgspreget holdning i møte med det ukjente – slik som psykisk lidelse.

Roberts (2007) reflekterer over den krise i moderniteten som slår tilbake i alle menneskers liv i og med at tradisjonen og overleveringen av de meningsskapende fortellinger og sammenholdte forklaringer, ikke lenger fungerer. For å forstå og møte denne meningskrisen, griper forfatteren tilbake til eksistensielle perspektiver for å få større grep om situasjonen/utfordringen. Det dreier seg om Thomas Szasz, Friedrich Nietzsche og Viktor Frankl. Szasz mener at mentale lidelser er en myte, og at det i stedet dreier seg om moralske problemer i forhold til problemer knyttet til hvordan man skal leve. Det er i moderniteten, med den medfølgende forståelsesbyrde som har fulgt tapet av det teologiske verdensbilde, at den enkelte er overlatt til sin frihet og ansvar for å mestre sine livsproblemer. Løsningen mer forståelse og passende handling – og å søke mening i livet (jf. Frankls logoterapi).

Eriksson og Hummelvoll (2008) har i artikkelen «People with mental disabilities negotiating life in the risk society: a theoretical approach» antatt et samfunnsvitenskapelig perspektiv på utfordringer for psykiatrisk sykepleiepraksis: Forandringer på samfunnsnivå i senmoderniteten påvirker den enkeltes hverdagsliv både direkte og indirekte. Disse forandringene skjer i så vel umiddelbare og påtagelige henseender som gjennom langvarige og «usynlige» hendelser. Eksempler på slike forandringer er: Folk flytter til byene fremfor å bo i distriktene; offentlige tjenester erstattes av private

og det er et sterkere fokus på individet på bekostning av fellesskapet – noe som innebærer større muligheter og utfordringer når det gjelder å ta valg og et tilsvarende ansvar for den enkelte når det gjelder å skape sitt eget liv. Den raske teknologiske utviklingen, rasjonalisering og krav om effektivitet fører til at tilværelsen blir vanskeligere å begripe og hankses med. Det synes å være en utvikling mot det enkelte kaller *risikosamfunnet* hvor nye trusler, risikoer og usikkerhet opptrer. Å skulle finne seg til rette i det «nye samfunnet» stiller stadig større krav til den enkeltes evner til å orientere seg og finne frem. Det er grunn til å tro at visse sider ved risikosamfunnet gjør situasjonen ekstra vanskelig for mennesker med psykiske problemer og funksjonshindringer. Derfor utfordres bl.a psykiatriske sykepleiere til å se hvilke muligheter og utfordringer som denne nye situasjonen gir for personer med psykiske funksjonshindringer. For å kunne være til hjelp trenger de profesjonelle å lære av personer med funksjonshindringer om hvordan de oppfatter og forstår usikkerheten og hvordan de forsøker å mestre den. En slik forståelse kan gi hjelperne kunnskap om hvordan de kan hjelpe, og slik bli bemyndiget av pasienten/brukeren.

## Psykososial innflytelse

I lokalsamfunnet har psykiatriske sykepleiere fått andre roller og derfor må deres teorigrunnlag også ta opp i seg endringene som har skjedd i samfunnet. Den tradisjonelle en-til-en-relasjonen er ikke lenger tilstrekkelig som arbeidsform når konteksten er lokalsamfunnet (Evans, 2001). Holmes (2001) mener at psykiatrisk sykepleie er i en identitetskrise pga den biomedisinsk-psykiatriske innflytelse på den ene siden og på den andre siden et språk med begreper i psykisk helsearbeid som er mer beskrivende og brukerstyrt. Arbeidssted og fokus har også forandret seg for mange – fra institusjon til lokalsamfunn. Dette krever en psykososial tilnærming og forståelse. Det har gitt psykiatriske sykepleiere en utfordring i forhold til begrepsbruk og presisering av sitt filosofiske grunnlag: Hva gjør at psykiatrisk sykepleie er mer enn 'common sense'?

Den psykososiale modelltenkningen er også inkludert i artikler som har en eksistensiell forståelse som basis. Psykiatrisk sykepleiere må arbeide for å motvirke stigmatisering av mennesker med psykiske problemer, stimu-

lere inkludering i lokalmiljøet og utvikle nettverk som kan fremme sosial integrering. Granerud og Severinsson (2006) viser i sin studie at mennesker med psykiske problemer opplever dagliglivet som ensomt og langsomt – selv med kontakt med familie og venner. Opplevelsen av «utenforskap» har også sammenheng med få muligheter til daglig virksomhet, begrensede økonomiske ressurser og brutte kontakter med nettverket. De viktigste faktorene for å unngå å oppleve utenforskap er aktive dager og sosiale relasjoner. Behandlingspersonalet oppleves av brukere som for passive innen dette feltet. Dette bør være i fokus for psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet.

## Helhet og pluralisme

En rekke artikler fra 1980-tallet argumenterer for en holistisk og pluralistisk tilnærming og holdning til kunnskapsdannelse og praksis i psykiatrisk sykepleie for å møte dagens og samfunnets behov for funksjonelle og responsive psykiske helsetjenester (Carter 1986; Adams 1991; Nolan 1999; Evans 2001; Boling 2003; Cotroneo et al. 2001).

Trevor Adams (1991) argumenterer for en holistisk forståelse av psykiatrisk sykepleie i stedet for tradisjonelle paradigmer som det medisinsk-kustodiale og det interpersonlige fordi begge skiller ut hendelser og situasjoner ved å fokusere på enkeltaspekter. Han påpeker at de sentrale kjennetegn på et holistisk paradigme er: Vekt på det unike menneske som krever en individualisert tilnærming til personens helse og lidelse – noe som forutsetter en pluralistisk innstilling til behandling og omsorg; helsens og lidelsens kontekst må sees i forhold til resten av personens liv; lidelse er en mulighet for ny mening og retning i livet; samarbeid mellom sykepleier og pasient for å finne de rette betingelser for helsefremme og heling; stimulere personens ansvar for og kapasitet til egenomsorg; helse betraktes som en prosess mer enn som fravær av sykdom. Adams peker på at eksistensielle og humanistiske antagelser i sterk grad har påvirket utviklingen av det holistiske paradigmet.

Det kan synes som om den eneste konstante faktor i dagens helsetjeneste er forandring. Det gjelder mange forhold slik som folks forventninger, hvor og hvordan tjenestene ytes, helsetjenesteideologi – og de måtene som



helsetjenestene blir organisert, finansiert og administrert på. Cotroneo et al (2001) hevder at den drivende kraft bak forandringene er kostnadene. I slike forandringstider blir praksis det levende laboratorium som skaper og informerer både forskning og utdanning. Praksisfeltet påvirkes av endringer i helsetjenestens demografi i og med at større oppmerksomhet vies minoriteters behov, identifisering av kulturelle risikofaktorer bak mental uhelse, at lokalsamfunnet forventes å ta hånd om psykisk uhelse i befolkningen. Belastningen på familien øker siden tjenestene tenderer mot fragmentering. Cotroneo et al. påpeker at denne situasjonen krever en integrert biopsykososial og kulturell tilnærming i psykiatrisk sykepleie, og at samarbeid og partnerskap med personer, grupper og lokalsamfunn må stimuleres. Tjenestene må baseres på kjennskap til lokalsamfunnets behov gjennom utvikling av lokalsamfunnsprofiler. Det grunnleggende i den kontekstuelle tilnærming er en tro på at helse må defineres bredt og multidimensjonalt og inkludere ulike former for erfaring og teoretisk kunnskap (fysisk, psykisk, åndelig, miljømessig og kulturelt) for å være komplett. Utdanningsprogram for psykiatriske sykepleiere må bidra til at det faglige særpreg opprettholdes, temaene må være brukerorienterte, fleksible og ta opp i seg aktuelle og praksisrelevante tema. Samtidig skal programmene være responsive ift budsjettbegrensinger, tverrfaglig orientering og integrere praksis- og forskningsbasert kunnskap.

Den åndelige dimensjonen er vesentlig for en holistisk praksis, og har vært til stede så lenge sykepleie har vært et fag. Innen *psykiatrisk sykepleie* har den åndelige dimensjon derimot i begrenset grad blitt ivaretatt. Wilding et al. (2006) oppfordrer psykiatriske sykepleiere til å bli mer åpne for pasienters åndelige erfaringer og ta pasientens tro på alvor. En holistisk tilnærming forutsetter at man lytter åpent og interessert uten bedømmelse. Den åndelige dimensjonen er viktig og svært personlig, også for mennesker med psykiske problemer. Wong et al. (2006) poengterer at et holistisk perspektiv på tilværelsen innbefatter optimal fungering og velvære, og det medfører at den åndelige dimensjonen må få større oppmerksomhet i relasjonsarbeidet gjennom å samtale om den betydning det åndelige liv har for personens helse.

## Brukerperspektivet

Brukerperspektivet har blitt stadig mer fremtredende siden 1980-tallet. Som det går frem av presentasjonen av den humanistisk-eksistensielle tilnærming, har fokus på den enkeltes opplevelse av sin lidelse og situasjon vært en sentral kilde til kunnskap om hvordan man skal kunne hjelpe personer til å komme til rette med sin situasjon (Walsh 1999; O'Brien et al. 2001; Hummelvoll 2006). Men brukerperspektivet har også blitt influert av det helse- og sosialpolitiske engasjement som funksjonshemmedes organisasjoner har stått for og som har kjempet frem demokratiske rettigheter og retten til å bestemme over eget liv (jf. «nothing about me/us without me/us»).

I artikkelgjennomgangen finnes i økende grad en understrekning av betydningen av samarbeid, partnerskapstenkning og medvirkning som nødvendige forutsetninger for å fremme personlig rehabilitering og tilfriskning/bedring (Anthony & Crawford 2000; Shattell et al. 2006; Kirkpatrick 2008). Brukerperspektivet omfatter kunnskaper om hvordan lidelse oppleves, hvilke funksjonsnedsettelse som følger og hvilke funksjonshindringer (personlige og samfunnsskape) som erfares. I tillegg omfatter den kunnskaper om hvordan behandlings- og omsorgstilbudene oppleves og hvordan de bør utvikles. I utgangspunktet har forskere og praktikere som ikke har erfaring med for eksempel psykiske lidelser og funksjonshindringer et forståelsesproblem. Derfor er samarbeid med enkeltbrukere og brukerorganisasjoner som har erfaring nødvendig både i forskning og utvikling av praksisfeltet. Kilder til slik kunnskapsutvikling vil kunne være kunnskapsoversikter knyttet til brukeres formidling av erfaringskunnskap og brukerhistorier som for eksempel fokuserer gode rehabiliteringsopplegg og hva som hjalp i bedringsprosessen. Dette representerer førsteperson-data hvor personlige opplevelser, erfaringer og refleksjoner kommer til uttrykk – og som kan bidra til forståelse og respekt for mangfold.

## Oppsummering og konklusjon

I mange av de resymerte artiklene er forfatterne opptatt av å presisere fagspesialitetens bidrag for å møte utfordringer innen psykisk helsefeltet som *komplementært* til andre profesjonelle perspektiver. Fokus på tverrfaglig-

het er derfor enten implisitt forutsatt eller eksplisitt uttalt. Samtidig finner vi i et flertall av kommentarartiklene at forfatterne er opptatt av perspektivvalgets betydning i synet på psykiske lidelser og hvordan disse valgene påvirker omsorg, pleie og behandling til mennesker som opplever psykiske lidelser. Det er videre et engasjement for å utforme det egne, faglige fokus og perspektiv, dvs noe som andre gjenkjenner som psykiatrisk sykepleie.

Et gjennomgående trekk er påpekningen av samarbeidets nødvendighet, betydningen av å møte pasienten på et likeverdig grunnlag og at pasientens lidelse må forstås i den kontekst den opptrer i. Derfor er en helhetlig tilnærming til pasientens situasjon og livsverden nødvendig. Artiklene viser både direkte og indirekte en tydelig dreining bort fra paternalisme som etisk grunnholdning i pasientarbeidet til fordel for autonomi og fellesskap som bærende prinsipper. Dette kan begrunnes med at *myndiggjøring, deltagelse, samarbeid, partnerskap* og *ansvarsdeling* er fremtredende begreper i den tenkning som samtidens psykiatriske sykepleie er preget av. I dag kan en se en markant innflytelse fra «brukerperspektivet», som også er sterkt styrt fra politisk hold. Dette perspektivet står delvis i et motsetningsfylt forhold til den medisinsk-psykiatriske tilnærming. Spørsmålet er om økt vektlegging av tverrfaglig praksis og kunnskapsdannelse vil gi rom for en mer dialogisk og åpen tilnærming til hva som er gyldig kunnskap innen psykisk helsefeltet. En åpen innstilling vil erkjenne at kunnskapsgrunnlaget bygger på tre kilder, nemlig erfaringsbasert pasient-/brukerkunnskap, faglig, erfaringsbasert brukskunnskap og teoretisk, forskningsbasert kunnskap.

Den samfunnsvitenskapelige orienteringen (bl.a. kritisk teori og lokal-samfunnstenkning) har gradvis blitt tydeligere i den aktuelle perioden. Likevel er det særlig to spor som er tydelige i utviklingen av psykiatrisk sykepleie: 1) ett som søker å *revitalisere de grunnleggende humanistiske verdier i psykiatrisk sykepleie* (holistisk, humanistisk-eksistensiell tilnærming) og 2) ett som vil *ta opp i seg den tradisjonelle vitenskapelige tilnærming* – fremskyndet av biomedisinsk forskning og med vekt på evidensbasert praksis. Representanter for det første sporet mener at den medisinsk-psykiatriske modell (det andre sporet) har innebygget elementer som kan føre til dehumanisering og avpersonifisering fordi pasienten reduseres til sin sykdom, og at det ikke tar tilstrekkelig hensyn til den

kunnskap pasienten har om sin lidelse og heller ikke den genuine situasjon han/hun befinner seg i. Imidlertid er det få artikler som målbærer en rendyrket medisinsk-psykiatriske modell. Man kan derfor se på psykiatrisk sykepleie, særlig slik den fremstilles fra 1990, som en fagspesialitet som representerer en *motreaksjon* mot tendensen til ensidig vektlegging av bio-medisinsk forskning og praksis slik den kommer til uttrykk i bl.a. psykiatriske fagtidsskrifter. Flere forhold hindrer en helhetlig, personorientert psykiatrisk praksis. Det dreier seg bl.a. om tendensen til å parallellføre psykiske lidelser med somatiske, med samme krav til effektivitet, kvalitetssikring av behandling og teknologisk innovasjon. Det er grunn til å tro at psykiske lidelser ikke uten videre kan sidestilles med somatiske, fordi de representerer komplekse mellommenneskelige fenomener. Kravet om effektivitet vurdert ut fra pasientsirkulasjon kan tøyes så langt at det ikke blir rom for etablering av gode terapeutiske relasjoner som er et sentralt tema innen den psykiatriske sykepleielitteraturen.

Phil Barker et al. (1997) hevder at en vesentlig utfordring i psykiatrisk sykepleie er å presisere fagets *fokus* (dvs. pasientproblemer og behov som er mottagelig for noe som en sykepleier kan tilby som klinisk intervensjon) og dets faglige *perspektiv* (dvs. en valgt betraktningssmåte i forhold til psykisk helse og lidelse) som kan fungere veiledende for forskning og praksis. Det humanvitenskapelige sporet, som er nevnt foran, vil kunne sammenfattes i følgende *fire grunnleggende premisser* for en teori om psykiatrisk sykepleie (s. 663–664):

Premiss 1: *Psykiatrisk sykepleie er en interaktiv, utviklingsmessig menneskelig aktivitet, som er mer opptatt av videre utvikling av personen enn av opprinnelsene eller årsakene til den aktuelle psykiske lidelse.* Psykiatrisk sykepleie er derfor opptatt av å etablere de nødvendige betingelser for å fremme den enkelte persons vekst og utvikling. En slik vekst og utvikling vil med nødvendighet involvere personens tilpasning til, eller overvinnelse av, de livsproblemer som er forbundet med psykisk lidelse. Disse betingelser vil per definisjon være bestemt av individuelle normer og av familiens interpersonlige struktur samt kulturelle skikker. Sykepleiere påvirker slike komplekse variabler i et forsøk på å etablere en passende form for omsorg/pleie spesifikt rettet mot personen.

Premiss 2: *Opplevelse av psykisk smerte knyttet til psykiatrisk lidelse viser seg gjennom adferdsforstyrrelse i offentlighet eller som private hendelser som bare er kjent for personen det gjelder.* Psykiatrisk sykepleie innebærer å legge til rette de nødvendige betingelser eller forhold som gjør det mulig for mennesker å få adgang til og få oversikt over disse opplevelsene og erfaringene. En slik felles gjenfortelling av personens liv kan bidra til å helbrede tidligere lidelse, å lette nåværende plager og å åpne muligheter for fortsatt personlig utvikling. Om sykepleiere skal makte å arbeide i partnerskap, må de begynne med personens opplevelser av seg selv, og bearbeide disse opplevelsene – heller enn med deres opplevelse av å være 'pasienter'.

Premiss 3: *Sykepleieren og personen-i-omsorg er engasjert i en relasjon basert på gjensidig påvirkning.* Det antas at omsorgsopplevelsens reflek-sive natur skaper forandringer både for sykepleieren, personen-i-omsorg og 'betydningsfulle andre'. Sykepleie innebærer omsorg (sammen) med heller enn omsorg for mennesker – uavhengig av omsorgens kontekst. Hvordan sykepleieren tilpasser seg for å møte *personen-som-er-pasient* er en utfordring; ikke hvordan personen tilpasser seg sykepleierens oppfatning av dem som pasienter.

Premiss 4: *Opplevelse av psykiatrisk forstyrrelse er oversatt til en lang rekke problemer i dagliglivet.* Psykiatrisk sykepleiepraksis er karakteristisk knyttet til dagliglivets kontekst. Som et resultat av dette er sykepleieomsorg opptatt av personens relasjon til seg selv og andre innen rammen av deres mellommenneskelige verden. Sykepleiepraksis fokuserer på å hjelpe personer til å møte deres menneskelige responser i forhold til psykisk lidelse, heller enn på selve sykdommen – som per definisjon er en faglig konstruksjon.

I en tid preget av tverrfaglig samarbeid er det vesentlig at man arbeider med videre presisering av fagspesialitetens fokus og faglige perspektiv – dvs *fagets signatur*. Nettopp i tverrfaglig praksis og kunnskapsdannelse, vil det være både nødvendig og fruktbart at ulike faggrupper «viser kortene» og presenterer hva deres faglige perspektiv bidrar med av forståelser av helse, sykdom/lidelse, behandling og omsorg. I en slik dialog vil psykiatriske sykepleiemodeller og teorier knyttet til ulike fenomener ha

en informativ, inspirerende og forklarende funksjon både for egen faggruppe og samarbeidspartnere. Man kan da se at det psykiatriske sykepleieperspektivet er nødvendig i helsetjenesten, men at det ikke alene er tilstrekkelig for å møte tjenestebehovene. Det egne faglige perspektiv og kunnskapsgrunnlag representerer noe stykkevis og delt – og er dermed noe som krever ydmykhet i møte med en kompleks praksisvirkelighet som ikke bare kan forstås en-faglig.

Når man så skal vurdere hvilke teorier som best kan forklare, fortolke og forstå virkningene av psykiske problemer og lidelser knyttet til dagliglivet, vil teoriens evne til å besvare følgende spørsmål være en avgjørende prøve: *Hva er problemenes opprinnelse og funksjon? Hvordan arter problemet seg? Hvordan kan problemet bli bearbeidet eller løst i følge teorien?* En god teori vil for praktiserende sykepleiere måtte vurderes på bakgrunn av i hvilken grad den bidrar til forståelse og løsningsstrategier i forhold til hjelpsøkende personers livs- og hverdagsmestring. Slike teori-ansatser vil kunne tjene som viktige innspill i flerfaglig kunnskapsutvikling relatert til psykisk helsearbeid i vid forstand.

## Litteratur

- Adams, T. (1991) Paradigms in psychiatric nursing. *Nursing - Oxford*, 4(35), 9–11.
- Anthony, P., & Crawford, P. (2000) Service user involvement in care planning: the mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 7(5), 425–434.
- Arnold, E. N., & Carson, V. B. (1996) *Mental health nursing: the nurse-patient journey*. Philadelphia: Saunders.
- Arvidsson, B., & Skärsäter, I. (2006) *Psykiatrisk omvårdnad: att stödja hälsoförämjande processer*. Lund: Studentlitteratur.

- Bahtsevani, C., Khalaf, A., & Willman, A. (2005) Evaluating psychiatric nurses' awareness of evidence-based nursing publications. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2(4), 196–206.
- Barker, P. (2009) *Psychiatric and mental health nursing: the craft of caring*. London: Hodder Arnold.
- Barker, P., Reynolds, W. M., & Stevenson, C. (1997) The human science basis of psychiatric nursing: theory and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 660–667.
- Barton, B. (1959) *Institutional Neurosis*. London: Wright.
- Black, K. M. (1968) An existential model for psychiatric nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 6(4), 178–184.
- Boling, A. (2003) The professionalization of psychiatric nursing: from doctors' handmaidens to empowered professionals? *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 41(10), 26–40.
- Bromander, C., & Walden, R. (1987) *Psykiatriskt omvårdnadsarbete: teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Burnard, P. (1989) Existentialism as a theoretical basis for counselling in psychiatric nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3(3), 142–147.
- Burridge, T. (1996) Through a glass darkly. Some reflections on psychiatric nursing. *Psychodynamic Counselling*, 2(3), 376–389.
- Bø, A. K. (1996) *Omsorgens ansikt: om metoder og kunst i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Carter, E. W. (1986) Psychiatric nursing: 1986. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 24(6), 26–30.
- Clarke, L. (1999) Ten years on: the abiding presence of R.D. Laing. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 6(4), 313–320.

- Cotroneo, M., Kurlowicz, L. H., Outlaw, F. H., Burgess, A. W., & Evans, L. K. (2001) Psychiatric-mental health nursing at the interface: revisioning education for the specialty. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(5), 549–569.
- Crowe, M., & Alavi, C. (1999) Mad talk: attending to the language of distress. *Nursing Inquiry*, 6(1), 26–33.
- Davis, A. J., & Kalkman, M. E. (1974). *New dimensions in mental health-psychiatric nursing*. New York: McGraw-Hill.
- Eriksson, B. G., & Hummelvoll, J. K. (2008) People with mental disabilities negotiating life in the risk society: a theoretical approach. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15(8), 615–621.
- Evans, R. (2001) Therapeutic directions in acute inpatient psychiatric nursing. *Nursing Standard*, 16(12), 33–36.
- Faurbye, A. (1954) *Psykiatrisk sygepleje: en vejledning for sygeplejersker*. København: Dansk Videnskabs Forlag.
- Faurbye, A. (1969) *Psykiatrisk sygepleje*. København: Dansk Videnskabs Forlag.
- Fredriksson, L., & Lindström, U. A. (2002) Caring conversations – psychiatric patients' narratives about suffering. *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 396–404.
- Freshwater, D. (2007) Dialogue, conversation and discussion: reflection upon languaging relationship. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(5), 431–432.
- Gallop, R., & O'Brien, L. (2003) Re-establishing psychodynamic theory as foundational knowledge for psychiatric/mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 213–227.
- Gournay, K. (1995) New facts on schizophrenia. *Nursing Times*, 91(25), 32–33.



- Gournay, K. (2005) The changing face of psychiatric nursing. Revisiting: Mental health nursing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(1), 6–11.
- Granerud, A., & Severinsson, E. (2006) The struggle for social integration in the community: the experiences of people with mental health problems. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(3), 288–293.
- Hamilton, B., & Manias, E. (2006) ‘She’s manipulative and he’s right off’: a critical analysis of psychiatric nurses’ oral and written language in the acute inpatient setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(2), 84–92.
- Happell, B. (2007) ‘A rose by any other name . . .’: the use of language in mental health nursing practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 223.
- Holmes, C. A. (2001) Guest editorial. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(5), 379–381.
- Hopton, J. (1997) Towards a critical theory of mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 492–500.
- Horsfall, J. (1997) Psychiatric nursing: Epistemological contradictions. *Advances in Nursing Science*, 20(1), 56–65.
- Hughes, F. A. (2006) Reconnecting with policy: requirements for survival as a mental health nurse. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 44(8), 30–36.
- Hummelvoll, J. K., & Barbosa da Silva, A. (1994) A holistic-existential model for psychiatric nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 30(2), 7–14.
- Hummelvoll, J. K. (1996) The nurse-client alliance model. *Perspectives in Psychiatric Care*, 32(4), 12–21.

- Hummelvoll, J. K., & Severinsson, E. (2001) Coping with everyday reality: mental health professionals' reflections on the care provided in an acute psychiatric ward. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 10*(3), 156–166.
- Hummelvoll, J.K. (2004) *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2006) En helhetlig-eksistensiell psykiatrisk sykepleietilnærming i et lokalsamfunns-perspektiv. *Klinisk Sygepleje, 20*(1), 13–23.
- Jones, A. (2001) Absurdity and being-in-itself. The third phase of phenomenology: Jean-Paul Sartre and existential psychoanalysis. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 8*(4), 367–372.
- Kalkman, M. E., & Martin, E. V. (1967) *Psychiatric nursing*. New York: Blakiston Division, McGraw-Hill.
- Kirkpatrick, H. (2008) A narrative framework for understanding experiences of people with severe mental illnesses. *Archives of Psychiatric Nursing, 22*(2), 61–68.
- Krogh, G. v. (2005) *Begreper i psykiatrisk sykepleie: sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner*. Bergen: Fagbokforl.
- Kyes, J. J., & Hofling, C. K. (1974) *Basic psychiatric concepts in nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Lakeman, R. (2006) An anxious profession in an age of fear. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13*(4), 395–400.
- Lindstrom, U. A. (1995) The professional paradigm of qualified psychiatric nurses. *Journal of Advanced Nursing, 22*(4), 655–662.
- Lindström, U. Å. (1987) *Psykiatrisk vårdlära*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

- Lyttle, J. (1986) *Mental disorders: its care and treatment*. London: Baillière Tindall.
- Løkensgard, I. (1983) *Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Løkensgard, I. (1977; 1995) *Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mansfield, E. (1980) A conceptual framework for psychiatric-mental health nursing. *Journal of Psychiatric Nursing & Mental Health Services*, 18(6), 34–41.
- Middleton, J. (1979) Existentialist as helper? *Canadian Journal of Psychiatric Nursing*, 20(3), 7–8.
- Murray, R. B., & Huelskoetter, M. M. W. (1991) *Psychiatric/mental health nursing: giving emotional care*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Nilsson, B., Lindstrom, U. A., & Naden, D. (2006) Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 93–101.
- Nolan, P. (1999) Annie Altschul's legacy to 20th century British mental health nursing. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 6(4), 267–272.
- O'Brien, A. P., Woods, M., & Palmer, C. (2001) The emancipation of nursing practice: Applying anti-psychiatry to the therapeutic community. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(1), 3–9.
- Orbanic, S. D. (1999) The Heideggerian view of person: a perspective conducive to the therapeutic encounter. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(3), 137–144.
- Pejlert A., Asplund K., Norberg A. (1995) Stories About Living in a Hospital Ward as narrated by Schizophrenic Patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2(2), 269–277.

- Peplau, H. E. (1952) *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Putnam.
- Peplau, H. E. (1999) Psychotherapeutic strategies. *Perspectives in Psychiatric Care*, 35(3), 14–19.
- Phillips, L., & McCann, E. (2007) The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(6), 578–586.
- Raymond, M. (1968) Existentialism and the psychiatric nurse. *Perspectives in Psychiatric Care*, 6(4), 185–187.
- Roberts, M. (2005) The production of the psychiatric subject: power, knowledge and Michel Foucault. *Nursing Philosophy*, 6(1), 33–42.
- Roberts, M. (2006) Gilles Deleuze: psychiatry, subjectivity, and the passive synthesis of time. *Nursing Philosophy*, 7(4), 191–204.
- Roberts, M. (2007) Modernity, mental illness and the crisis of meaning. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(3), 277–281.
- Scanlon, A. (2006) Humanistic principles in relation to psychiatric nurse education: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), 758–764.
- Shattell, M. M., McAllister, S., Hogan, B., & Thomas, S. P. (2006) «She took the time to make sure she understood»: mental health patients' experiences of being understood. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(5), 234–241.
- Strand, L. (1990) *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal.
- Stuart, G. W. (2001) Evidence-based psychiatric nursing practice: rhetoric or reality. *Journal of the American psychiatric nurses association*, 7(4), 103–111.

- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2001) *Principles and practice of psychiatric nursing*. St. Louis: Mosby.
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (1983) *Principles and practice of psychiatric nursing*. St. Louis: Mosby.
- Turner, M. S. (1992) Individual psychodynamic psychotherapy with older adults: Perspectives from a nurse psychotherapist. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(5), 266–274.
- Ulsafer, J. (1976) A relationship of existential philosophy to psychiatric nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 14(1), 23–28.
- Walsh, K. (1999) Shared humanity and the psychiatric nurse-patient encounter. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8(1), 2–8.
- Wheeler, K. (2005) The primacy of psychotherapy. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(4), 151–152.
- Wilding, C., Muir-Cochrane, E., & May, E. (2006) Treading lightly: spirituality issues in mental health nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(2), 144–152.
- Wilson, H. S., & Kneisl, C. R. (1979). *Psychiatric nursing*. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley.
- Winship, G. (1995) Nursing and psychoanalysis – uneasy alliances? *Psychoanalytic Psychotherapy*, 9(3), 289–299.
- Wong, Y. J., Rew, L., & Slaikeu, K. D. (2006) A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. [Review]. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(2), 161–183.
- Wray, S.J. (1994) Schizophrenia sufferers and their carers: a survey of understanding of the condition and its treatment, and of satisfaction with services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1(2), 115–124.

Wright, K., Haigh, K., & McKeown, M. (2007) Reclaiming the humanity in personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 236–246.

## Vedlegg: Ideologiske inspirasjoner i lærebøker i psykiatrisk sykepleie (1950–2009)

En av de første lærebøker i Norge var skrevet av den danske legen Arild Faurbye (1954, 1969): «Psykiatrisk sykepleie». Boken opererte med et relativt klart skille mellom det normale og det avvikende sjelsliv og med vekt på den medisinske forståelse av psykiske lidelser. Psykiatrisk sykepleie ble fremstilt som en medmenneskelig støttfunksjon som skulle bidra til at pasienten skulle komme seg igjen gjennom sykehusoppholdet. Følgelig skulle sykepleierne ha et hovedansvar for at miljøet ble hjemlig, lærende, korrigerende og støttende. Den praktiske, pleieorienterte kunnskapsbasen i sykepleiefaget ble understreket. Man kan spore en humanistisk innstilling med understrekning av lege- og sykepleiarbeid som kunst.

Marion Kalkmans bok: «Psychiatric Nursing» (1958) og den senere versjon «New Dimensions in Mental Health-Psychiatric Nursing» (Davis & Kalkman, 1974) sammen med Ann J. Davis, brakte inn en ny type perspektivbevissthet i faget. Den medisinske modell ble kontrastert med den adferdsteoretiske, den psykodynamiske og den generelle systemteoretiske modell. Dessuten vektla boken samfunnsmessige påvirkninger av mental helse og psykisk lidelse og understreket samtidig betydningen av helsefremmende arbeid.

I 1974 kom tredje utgave av Joan Kyes og Charles Hofling – henholdsvis psykiatrisk sykepleier og lege – med boken «Basic Psychiatric Concepts in Nursing». Den psykiatrisk-medisinske modellen er her fremtredende: Først beskrives sykdommen, så følger sykepleieintervensjoner med rikholdige kasuistikker. Grunnholdningen er at all adferd har mening – og her ses klare påvirkninger fra psykodynamisk tenkning. Samfunnsperspektivet er lite uttalt.

Ingeborg Løkensgards lærebok «Psykiatrisk sykepleie» kom første gang i 1977 (nye utgaver i 1983 og 1995). Perspektivene som anvendes i boken, viser den nære tilknytningen til den generelle sykepleien; følgelig vektlegges sykepleieprosessen, omsorgstradisjonen og samarbeidsfunksjonen. Forfatteren løfter frem erfarings- og praksiskunnskap knyttet til pasienters funksjonsproblemer i forhold til personlig pleie, miljøutforming og mellommenneskelig samvær. Boken representerer en tradisjonsoverlevende psykiatrisk sykepleiekunnskap hvor det humanistiske perspektiv er tydelig – og hvor den personlige omsorgen har forrang fremfor ulike terapeutiske teknikker.

I 1979 kom Gail W. Stuart og Sandra J. Sundeens «Principles and Practice of Psychiatric Nursing». Dette var et viktig læreverk med klar understreking av den psykiatriske sykepleie som selvstendig fag («the nursing therapeutic process») med vektlegging av sykepleievitenskapelig kunnskap innen rammen av sykepleieprosessen. Boken hadde en holistisk tilnærming og gjorde rede for hvordan den terapeutiske prosess var avhengig av hvilket grunnsyn den hvilte på (den psykoanalytiske, psykodynamiske, sosiale, eksistensielle, adferdsteoretiske, medisinske). Boken har senere kommet ut i seks nye utgaver – sist med Gail Stuart og Michele Laraia som redaktører (Gail Wiscarz Stuart & Laraia, 2001). I sistnevnte utgave er fremstillingen organisert omkring Stuart's Stress Adaption Model, som er basert på en helhetlig biopsykososial tilnærming til psykiatrisk sykepleieomsorg. Den vektlegger forebyggende sykepleieaktiviteter, kriseintervensjon og rehabilitering i partnerskap med pasienter og deres familier. Boken har blitt et internasjonalt standardverk innen faget.

Jan Kåre Hummelvolls lærebok «Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse» (2004 6. utgave) kom første gang ut i 1982. Boken legger vekt på at psykiske lidelser, behandling og omsorg må forstås ut fra ulike perspektiver. Likevel preges boken av et fenomenologisk og holistisk-eksistensiell grunnsyn i forståelsen av faget. Det betyr at det er lidelsens fenomenologi som står i fokus. Etter hvert som nye utgaver har kommet, har samfunnsperspektivet og betydningen av helsefremmende arbeid kommet stadig tydeligere frem.

Fra engelsk hold kom Jack Lyttle (1986) med «Mental Disorder. Its Care and Treatment». Boken har et eklektisk utgangspunkt som orienterer om ulike forklaringsmodeller og terapeutiske tilnærminger. Den presiserer at den medisinske modellen for en stor del er erstattet av et bredere samfunnsperspektiv koblet sammen med en praktisk, ferdighetsorientert tilnærming. Likevel er boken tradisjonell på den måten at den så sterkt betoner den psykiatrisk-medisinske kunnskap som basis for sykepleieintervensjoner.

Claes Bromander og Rolf Waldens bok: «Psykiatrisk omvårdnadsarbeite – teori och praktikk». Forfatterne søker å klargjøre hva som er det unike med psykiatrisk sykepleie, nemlig sykepleier-pasient-relasjonen. Her finnes påvirkninger fra sykepleieforskere som Katie Eriksson og Jan Kåre Hummelvoll. Forfatterne har i denne boken søkt å legge et teoretisk grunnlag for psykiatrisk sykepleie og trekker inn vitenskapsteoretiske perspektiver i tillegg til veiledningsteori. Boken kan leses som en praktisk-teoretisk støtte for primærsykepleiefunksjonen i psykiatriske kontekster.

Unni Å. Lindström publiserte i 1987 boken «Psykiatrisk vårdlära» (ny utgave i 1994 – norsk 2003 oversatt av Inger Aanderaa). I motsetning til de mer voluminøse lærebøkene fra USA, England (og Norge), var denne boken på litt over 100 sider – til gjengjeld svært innholdsmettede. Den har en klar «vårdvetenskapelig» grunn. *Vårdlära* skal innebære at det søkes kunnskap fra ulike nivåer: vitenskapelig, teoretisk, teknologisk og kunstnerlig. Tyngdepunktet i boken ligger på det teoretiske nivå. Det vil si at den handler om de vitenskapelige og teoretiske utgangspunktene for psykiatrisk sykepleie. Boken er strukturert ut fra Erikssons sykepleieprosessmodell – og har klare filosofiske inspirasjoner fra både hermeneutikk og eksistensialisme. Boken løfter frem det essensielle grunnlaget i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Samfunnsperspektivet er ikke tematisert.

Liv Strands bok fra 1990 «Fra kaos mot samling, mestring og helhet – Psykiatrisk sykepleie til psykotiske mennesker», er en av de første bøkene på norsk som mer systematisk fremstiller den «egostyrkende sykepleie» primært i forhold til pasienter som er i en psykotisk fase. Denne psykodynamiske fremstillingen kobles til en humanistisk-eksistensiell orientering til det praktiske arbeidet med pasientgruppen. Boken har hatt stor utbredelse i Norden og er i stor grad benyttet av praktikere.



Ruth Beckmann Murray og Marilyn Wilson Huelskoetter: «Psychiatric/Mental Health Nursing. Giving Emotional Care» (1991) har en uttalt, programmatisk forankring i en humanistisk tilnærming (med en bred redegjørelse for ulike teoretiske retninger) og med vekt på psykiatrisk sykepleie som emosjonell omsorg. Boken tar utgangspunkt i sykepleiediagnoser (ikke medisinsk-psykiatriske termer, men mer fenomenologiske beskrivelser) og sykepleieprosessen som ramme om relasjonsarbeidet.

Holly Skodol Wilson og Carol Ren Kneisl (1996 5.utg.) «Psychiatric Nursing» er en av de klassiske lærebøkene innen faget og representerer også en holistisk tilnærming. Dette betyr at biologiske, psykologiske og sosiologiske teorier belyses i møte med ulike psykiske lidelser – i tillegg til at kulturelle og åndelige aspekter med relasjon til psykiatrisk sykepleie inkluderes i teksten. Som i de fleste andre amerikanske lærebøker, er sykepleiediagnoser og sykepleieprosessen utgangspunkt for relasjonsarbeidet.

Med læreboken «Mental Health Nursing. The Nurse-Patient Journey» (1996) introduserer forfatterne Verna Benner Carson og Elisabeth Nolan Arnold reisemetaforen som det organiserende prinsipp av stoffet. Bruken av denne metaforen skal understreke at den psykiatriske sykepleieprosessen skal formidle den unike veien den enkelte må gå – samtidig som sykepleieren fremstår som en følgesvenn på reisen. Forfatterne fremholder tydelig et holistisk perspektiv med en eksistensiell og humanistisk tilnærming. Det som fremstår som nytt i denne boken sett i forhold til andre større lærebøker, er den klare markeringen av den åndelige dimensjon (basert på et teistisk verdenssyn) som gjennomsyrrer teksten.

Aud Kirsti Bø «Omsorgens ansikt. Om metoder og kunst i psykiatrisk sykepleie» (1996) er en lærebok som særlig fremholder omsorgsperspektivet i psykiatrisk sykepleie slik det uttrykkes hos sykepleieteoretikerne Katie Eriksson og Kari Martinsen. Forfatteren fokuserer ikke diagnostiske kategorier, men viser gjennom eksempler hvordan omsorgen kan uttrykkes estetisk/kunstnerisk og etisk – og hva det vil si å ivareta den åndelige/eksistensielle dimensjon hos mennesker som er avhengig av behandling og omsorg.

I Gunn von Kroghs lærebok: «Begreper i psykiatrisk sykepleie: sykepleie-diagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner» (2005, 2. utg.) fokuseres systematisk psykiatrisk sykepleie som klinisk virksomhet. Til forskjell fra andre nordiske bøker på området belyses fagområdet på en ny måte gjennom utvalgte begreper fra sykepleieklassifikasjonene NANDA Nursing Diagnoses, Nursing Intervention Classification (NIC) og Nursing Outcome Classification (NOC). Hovedvekten er lagt på intervensjoner og metoder. Boken sikter mot sykepleiere i praksis for å bidra til fagutvikling, systematisk dokumentasjon av pasientarbeidet og for å utvikle systematiske opplæringsprogrammer. Implisitt går det frem at forfatteren er inspirert av psykodynamisk tenkning.

I 2006 kom boken: «Psykiatrisk omvårdnad: Att stödja hälsofrämjande processer» av de svenske forfatterne Barbro Arvidsson og Ingela Skärsäter. Boken har som tittelen viser, en helsefremmende tilnærming og innstilling både når det gjelder å forhindre at psykisk uhelse oppstår og å forholde seg til personer som i en eller annen form «rammes» av psykisk uhelse. Målet med psykiatrisk omsorg er å stimulere helsefremmende prosesser – dvs «å finne helsen i det syke». Sykepleie- og omsorgsinnsatsen i dette perspektivet skisseres innen rammen av (det eksistensielle) møtet, relasjonen mellom sykepleier og pasient og i øvrige sosiale relasjoner.

En av de siste større lærebøker innen faget er «Psychiatric and Mental Health Nursing. The craft of caring» (2.utg. 2009). Boken er redigert av Phil Barker, som med sine personlige introduksjoner til hver av bokens ti seksjoner, holder en klar forbindelse til psykiatrisk sykepleie som «art, craft and science». Et særtrekk ved boken er dens internasjonale preg når den beskriver fremtidige utviklingstrekk i psykiatrisk/mental-helse-sykepleie. Boken har en uttalt holistisk tilnærming med en nyansert forståelse av omsorg som filosofi og praksis. Både samfunns- og relasjonsperspektivet er gjennomgående i boken. Det er ellers verdt å merke seg at åndelig omsorg blir tydelig løftet frem som en del av den helhetlige sykepleien.

# TRADISJON OG FORNYELSE: FORHOLDET MELLOM PRAKSIS OG TEORI

GRY BRULAND VRÅLE

## Innledning

I 1970 begynte jeg etter sykepleierutdannelsen mitt arbeid som psykiatrisk sykepleier. I 1976 startet jeg som lærer ved Spesialskolen i psykiatrisk sykepleie ved Statens utdanningssenter for helsepersonell, også omtalt som *Bygdøyskolen*. I årene som har gått har jeg også arbeidet som sykepleier og som oversykepleier ved to psykiatrisk avdelinger, vært ansatt ved flere videreutdanninger og veiledet i praksis. Dette om et bakgrunnsteppe for dette kapitlet.

Psykiatrisk sykepleie som fag, og tradisjoner knyttet til fagets egenart, har utviklet seg i et dynamisk forhold med fornyelser som kunnskapsutvikling og forandringer i samfunnet. Ordet tradisjon kommer fra latin; *tradere* som kan forstås som en sosial praksis og refererer til å overføre noe fra generasjon til generasjon i et samfunn eller i en gruppe. Tradisjonens oppgave er å binde sammen det gamle og det nye for å skape en historisk kontinuitet. Innholdet i tradisjonen er ofte knyttet til kulturelle elementer som vi mener er spesielt verdifulle fordi de utgjør en vesentlig del av en sosial arv. Fornyelse er et begrep som kan brukes om modernisering og er en praksis som involverer å endre betingelser for f. eks gruppen psykiatriske sykepleiere i tråd med moderne teknologi eller moderne kunnskap. Det er i det dynamiske forholdet mellom det som er viktig å bevare i faget og utøvelse av psykiatrisk sykepleie og fornyelse av kunnskap, teknologi eller praktiske metoder i psykisk helsearbeid, samt strukturelle forandrin-

ger i samfunnet, at psykiatrisk sykepleie utvikler seg som fag og profesjon. De kulturelle elementene som bør overføres til nye generasjoner av psykiatrisk sykepleiere er verdier, normer og holdninger fra praksis som representerer møter med mennesker som er berørt av psykiske lidelser og problemer. Jeg vil prøve å identifisere noen av disse.

En teori kan beskrives som en forklaring på et fenomen og kan utvikle seg da fra praksis eller oppstå som en antakelse som testes i praksis. Praksis er vesensforskjellig fra teori ved at den er knyttet til personer på et gitt tidspunkt og ved at praksis er sammensatt, nær og fortløpende. Forholdet teori–praksis betegnes gjerne som et spenningsfylt og dynamisk forhold. Teoriutvikling i psykiatrisk sykepleie har etter min vurdering sitt utspring i praksis ved systematisering og strukturering av erfaringer i utdanning og praksis, og ved at teori og praksis brynes mot hverandre. Dette er noe av den historien jeg vil dele. Jeg vil først presentere noen merkesteiner fra den tiden mange av deltakerne på seminaret på Hamar har tatt del i, og som også er identisk med tiden som er gått fra jeg ble utdannet som psykiatrisk sykepleier i 1972. Deretter vil jeg dvele litt ved hver merkestein. Mitt bidrag er preget av min historie og mine fortolkninger.

***Merkestein 1. 1954: Opprettelsen av spesialskolene i psykiatrisk sykepleie***

Et teorigrunnlag i psykiatrisk sykepleie ble lagt.

***Merkestein 2. Juni 1978: Nasjonalt seminar på Olrud (Hamar)***

Oppstart av faglig veiledning. Det sykepleiefaglige teorigrunnlaget forsterkes.

***Merkestein 3. 1998: Videreutdanninger i psykiatrisk sykepleie legges ned***

Teorigrunnlaget utvikles i en tverrfaglig kontekst.

***Merkestein 4. April 2009: Nordisk seminar på Hamar***

Hva vil vi bevare og videreutvikle?

## **Merkestein 1. 1954**

Mangel på kvalifiserte fagfolk i de store psykiatriske sykehusene drev fram de første spesialskolene for psykiatriske sykepleiere. I sykepleieloven av 1948 ble omfanget av opplæring i psykiatrisk sykepleie i sykepleierutdanningene økt og gjort obligatorisk (Kringlen 2007). I 1951 anbefalte Statens Sykepleieråd opprettelse av en utdanning for psykiatriske syke-

pleiere. 1. september 1954 startet 8 elever en ettårig utdanning ved den nyopprettede Statens spesialskole i psykiatrisk sykepleie, Gaustad sykehus. Ved en tilsvarende utdanning ved Dikemark sykehus ble det samme år tatt opp 6 elever. Noen år etter kom utdanningen i Bodø ved Rønvik sykehus. Utdanningene var i starten nært knyttet til psykiatriske sykehus (Lysnes 1972). Skolen på Gaustad var imidlertid selvstendig administrert og hadde eget budsjett. Dette var en fristilling fra sykehus som var ukjent i Norge. Skolen hadde ansvar for så vel teori som praksisundervisning (Lysnes 1982). Aasta Halle-Andersen la grunnlaget for skolens program. Utdanningen varte et år med 44 ukers praksis, 4 uker teori og 4 ukers sommerferie. I Aftenposten 30. juli 1958 kan man under overskriften *Pionerer i psykiatrisk sykepleie* lese:

Tretten unge og entusiastiske sykepleiersker og sykepleiere fikk sitt vitnemål og emblemer etter i et helt år og ha fulgt Statens spesialskole for psykiatriske pleie ved Gaustad sykehus, – det fjerde kullet som blir utskrevet fra denne så uhyre viktige skolen.

I talen til elevene understreket direktør og professor ved Gaustad sykehus, Ørnulv Ødegaard, betydningen av det yrke de unge har valgt, og hvor mye atmosfæren og kontakten med de syke har å si. Ødegard mente at situasjonen i sykehusene var vanskelig med 900 senger for lite i forhold til 1930. Han trodde ikke dette kunne bli bedre før i 1970. Det måtte bygges nye sykehus, mente han, og målet måtte være en sykepleier per 4 pasient.

Lærere for kull 4 var Marie Lysnes og Åslaug Grinde. Anne Margrethe Caspersen var en av elevene på kull 4. Hun er i dag pensjonist etter mange års arbeid i psykiatrisk sykepleie. På hennes vitnemål ser man fagene de hadde på timeplanen. Det var psykiatrisk sykepleies historie, nervesystemets anatomi, psykiatriske undersøkelsesmetoder og rapportering, psykologi, generell psykopatologi og spesiell psykopatologi med kliniske demonstrasjoner. Videre var det psykosomatisk medisin, geriatri, barnpsykiatri, mentalhygiene, rettspsykiatri, sosialpsykiatri, ettervern og lovgivning, samt behandlingsformer. Praksis var på de fleste av avdelingene ved Gaustad sykehus og ved Universitetets psykiatriske avdeling. Karakterer ble gitt i både teori og praksis med gjennomsnittskarakterer. Om forholdet teori og praksis i denne tiden forteller Anne Margrethe Caspersen at

det var gode forelesninger og mye praksis. Avdelingenes stab besto av en avdelingssykepleier og ufaglærte pleiere. Studentene var de første utdannede sykepleiere utenom lederne. De ble ønsket velkommen med sin faglige bakgrunn, men fikk beskjed om å ikke gjøre endringer. Det ser ut her som om teorien hadde litt trange kår i starten av spesialskolens tid. Denne holdningen bekreftes av Marie Lysnes som i boken *Behandlere – voktere Psykiatrisk sykepleies historie i Norge* (1982) omtalte den nye utdanningen som et fremmedelement i et gammelt etablert sykehussystem. Anne Margrethe Caspersen forteller om en episode fra elevtiden der hun og en medelev hadde fått følgende, kanskje litt ironiske, kommentar fra professor Bremer: «Dere må jo bare prøve å få denne kvinnen som hadde ligget 30 år i sengen opp og ut!» Det klarte de og de spasert helt ned til porten på Gaustad med henne, og der møtte hvem andre enn – ja – professor Bremer. Pasienten var svært fornøyd minnes hun. Hun forteller om uverdige forhold for pasienter med store saler og baderom med tre badekar på rad. Stress i miljøet på 20 sengers saler, i form av uro kunne skape en mer – belastning for alle pasientene på salen. Spesielt husker hun en ungarsk flyktning, som de hadde flere av på den tiden, og som med sin stresslidelse ikke hadde det bra i denne konteksten. Hun sier at Marie Lysnes var en entusiastisk lærer som kjempet for nye holdninger til og bedre kår for pasienter innen psykiatrien. Hun mener at de fikk en bevissthet om å gjøre nye ting og ting som var annerledes og at teoriundervisningen som underbygget deres forståelse var viktig. Slik jeg forstår dette oppfordret Marie Lysnes til mot! De lærte om betydningen av samtaler i miljøet med pasientene. Anne-Margrethe Caspersen har bevart lærebøkene som var: «Psykiatrisk sygepleje» av Arild Faurby og «Psykiatri» av Chr. Smith og Erik Strømgren, begge utgitt i Danmark. I innledningen til boken psykiatrisk sygepleje, sier Faurby:

ved utviklingen er sygeplejen på sinnshospitalerne kommet til at spille en stedse større rolle for behandlingsresultaterne. Herved har kravet om en bedre utdanning av sygeplejerskene også meldt seg, således at det nu er et uttalt behov for virkelig specialudannelse (Faurby, 1954 s. 9).

Skolen på Gaustad flyttet i 1962 til Statens utdanningscenter for helsepersonell på Bygdøy. Det åpnet for kontakt med flere psykiatriske sykehus, noe som Lysnes mente ga skolen en større bredde i behandlingssystemer og filosofi. Flyttingen til Bygdøy innebar også et omfattende undervisningsmiljø for ansatte og elever. Hun sier:

Skolens elever var voksne, velutdannede og erfarne sykepleiere. Skolens program forutsatte selvstudiemetoder (Lysnes 1982, s. 172)

Etter hvert fikk elevene benevnelsen student. I festskrift ved senterets 10 års jubileum ser Marie Lysnes:

Både de årene skolen lå ved Gaustad sykehus og årene ved Statens Utdanningscenter for helsepersonell, har vært en eneste og til dels dyptgripende utviklingsprosess (Lysnes 1972, s. 52).

Hun viser så til utvikling innen psykiatri, behandlingsmetoder og teorier som skal prøves ut og sier: *Her må man ha lov til å presisere viktigheten av å holde «stø kurs» (IBID s. 52).*

Etter min vurdering ble et viktig teorifundament som var nært knyttet til praksis lagt i 1954, men den etablerte praksis var sterk og kanskje ikke helt åpen for teori innen sykepleie i psykiatrisk praksis.

**Teori og praksis anno 1971–72.** Refleksjoner over egen studenttid på *Bygdøyskolen*. Jeg studerte ved *Bygdøyskolen* i tiden 1971–72. Marie Lysnes var rektor. Lærere var Eli Haugen, Jan Helstrøm, Gunvor Furskognes og Else Hagerup. Klassen på 24 studenter som hadde et nært forhold til lærerne. Jeg vil også understreke betydningen omgivelsenes betydning for læring. Det var et vakkert interiør og vakre omgivelser på Villa Grande, der skolen holdt hus. Vi hadde to pensumbøker i psykiatrisk sykepleie; «Psykiatrisk sykepleie» skrevet av dr. med Arild Faurbye (1969) og «Psychiatric Nursing» skrevet av den amerikanske sykepleieren Marion E. Kalkman (1967). Sistnevnte lærebok speiler store deler av studieplanen på denne tiden med inndeling etter lidelser. Interessant for meg er det å se at inndelingen i psykiatrisk sykepleie i individ, familie og gruppe likner

den vi har ved min høyskole i dag. Kalkman beskriver Community Mental Health allerede da som en ny kontekst for psykiatriske sykepleiere. I et eget kapittel om selvmord og under overskriften *Sykepleier–pasientrelasjonen*, som har fengst min interesse, skriver forfatteren:

...The task for the nurse, then, is to develop a meaningful relationship with the patient in which she can convey to him her interest in him as a person (Kalkman 1967, s. 198).

Jeg vil knytte to kommentarer til dette som har med tradisjon å gjøre. Det ene er den verdsetting av det relasjonelle og individets selvfølelige rett til sin egen plass i verden, som alltid har vært og fremdeles er en grunnleggende verdi i psykiatrisk sykepleie. Vi finner det igjen i nyere litteratur skrevet av psykiatriske sykepleiere som Solfrid Vatne (2006) og Arne Bø (Bø & Thomassen 2007). Når jeg leser disse bøkene, og ser dem i relasjon til min egen bok *Møte med det selvmordstruede mennesket*, skrevet 12–15 år tidligere (Vråle 1992 og 2000), ser det ut til at det har skjedd en fornyelse i den forstand at betydning av likeverdighet og personlige engasjement i relasjonen er blitt mer markant med årene. En dreining i etikk mot omsorgsetikk og en tydeliggjøring av menneskerettigheter også for psykiatriske pasienter har trolig bidratt til dette.

Faurbye sier i sin bok om psykiatriske sykepleie:

Den psykiatriske sykepleierskes arbeid kommer til å bestå af den legemlige sygepleje, observation af den psykiske tilstand og psykoterapeutisk påvirkning af patienterne (Faurbye 1969, s. 13).

Dette er en beskrivelse av vår funksjon definert av en annen yrkesgruppe, men som fanger opp betydningen av det somatiske i arbeid med psykiske lidelser og betydningen av det relasjonelle ved psykoterapi. Det kroppsnære som sykepleiere har med seg i arbeid med psykiske lidelser er etter min erfaring en viktig del av psykiatriske sykepleierens yrkesidentitet også i dag.



Målsettingen i min studietid var blant annet at studentene skulle få en bred praksiserfaring i utdanningen. 50 % av utdanningstiden var praksis ved 4 ulike psykiatriske institusjoner. Teoriundervisning omfattet sykdomslære, anatomi/fysiologi, behandling, psykiatrisk sykepleie og etikk. De fleste som underviste var leger og psykodynamisk tenkning var fremtredende. Min erindring er at de faste lærerne, som alle var sykepleiere, formidlet erfaringsbasert kunnskap fra egen praksis i undervisningen i psykiatrisk sykepleie. Et unntak var Eli Haugen Bunch, som inspirert av amerikansk psykiatrisk sykepleie, introduserte sykepleieteori og sykepleieprosessen. Vi skrev oppgaver fra hver praksisperiode. Oppgavene var skrevet etter sykepleieprosessens faser med bakgrunn i opplysninger fra journal, egne samtaler med pasienten og opplysninger fra legen, diskusjon av diagnosen, planlegging og målsetting for sykepleieplan ut fra psykiske, sosiale og fysiske behov, beskrivelse av sykepleietiltak og evaluering av sykepleien. I beskrivelsene var det relasjonelle fremtredende, men mye plass ble viet observasjon for eksempel av medikamenters virkning. I en oppsummerende oppgave fra alle praksisperiodene, skriver jeg:

Samlet sett vil jeg si at psykiatrisk sykepleie er omsorg for pasientens fysiske, psykiske og sosiale helse gjennom sykepleietjenester, undervisning og administrasjon.

Det jeg gjenkjenner, og som jeg tror har blitt båret fra den generasjonen fram mot i dag som kulturelle verdier og holdninger, er omsorgsbegrepet. En helhetstenkning når det gjelder forståelse av psykisk helse og den undervisende funksjon. Utvikling av omsorgsbegrepet og undervisningsbegrepet henimot en psykoedukativ og veiledende holdning og arbeidsmåte, samt ytre forhold som ny lovgivning, har gradvis ført til fornyelse i holdninger og utøvelse av psykiatrisk sykepleie. I en av oppgavene reflekterer jeg over en pasient som er utrygg og strever med det vi da omtalte, og kanskje ennå omtaler som paranoide vrangforestillinger. Jeg viser da til Faurbye som sier:

Man skal høre på deres fremstilling av vrangideerne, som bestandig opptager deres tanker, men man skal passe på ikke at modsige dem eller ytre mistro til deres oppfattelse, dog naturligvis uten at give dem ret (Faurbye 1969, s. 128).

Det er ikke vanskelig å identifisere dobbeltholdningen. På den ene siden er det en holdning om å la pasienten tale ut får fremføre sitt anliggende uten avbrytelse, slik vi i dag finner igjen i en fenomenologisk grunnholdning. På den andre siden er det en realitetsorientering som hadde innpass lenge, og som beskrives av for eksempel Liv Strand (1990) i boken «*Fra kaos til mestring mening og helhet*». Hun beskriver en trinnvis tilnærming ved realitetsorientering og grensesetting og reflekterer over dilemma knyttet til dette. Hun sier et sted at «*Ærlighet uten kjærlighet er brutalitet*». En ytterligere nyansering og kritisk refleksjon over slike metoder ser vi senere i boken «*Korrigere og anerkjenne*» av Solfrid Vatne (2006). Bevisstgjøring av et humanistisk menneskesyn og konsekvenser av det, ny lovgivning og forskning innen bruk av tvang har trolig bidradd til økt bevisstgjøring. Fornøyelse har skjedd, men fornyelsen står stadig i et spenningsfelt med tradisjoner som innebærer overtakelse av ansvar for pasienten. Vi hører jevnlig om etterspørsel etter mer tvang i psykisk helsevern fra både politikere, politi og den alminnelige kvinne og mann.

Vi skrev en avsluttende hovedoppgave. Min var på 50 maskinskrevne sider og hadde en referanseliste med seksten referanser. Åtte var forfattet av sykepleiere, og to av disse kildene var Kari Martinsen, psykiatrisk sykepleier og filosof som har holdt fast ved viktige tradisjoner, men som også har skapt debatt og fornyelse i omsorgsfagene. Hun sier i 1970:

*Og med etikk mener jeg slett ingen formalistisk regel – etikk hvor en kan handle ureflektert ut fra eviggyldige prinsipper. Jeg mener snarere en høyst reflektert handling. I etikken finnes ingen fastlagt metode. Dersom det var det, ville ansvaret tas fra oss (Martinsen 1970, s. 255).*

Individualisering og ansvar er fenomener som etter hvert blir tydeligere i de tekstene jeg har funnet fram til.

Jeg vil hevde at det i årene fra jeg var student ved spesialskolen og fram mot slutten av 80 tallet ble lagt et viktig teorigrunnlag der filosofien og etikken ble integrert i teori og praksis ved de tre spesialskolene i psykiatrisk sykepleie. Et grunnlag som har vært viktig for både de 3 første utdanningene, for de utdanningene som ble etablert landet over, samt for psykiatriske sykepleiere i praksis og ikke minst for pasienter med psykiske lidelser.

## Merkestein 2. 1978

### *Nasjonalt seminar på Otrud, Hamar – og oppstart av faglig veiledning. Teorigrunlaget forsterkes*

Jeg kommer tilbake med begrunnelsen for at jeg omtaler dette seminaret og faglig veiledning som merkesteiner.

I 1977 var det et generasjonsskifte blant lærerne ved *Bygdøyskolen* som jeg mener var begynnelsen for en rik teoriutvikling både ved denne skolen, men også ved de andre skolene i Norge. Alle jobbet iherdig med systematisering av erfaringer fra praksis i denne tiden. Tradisjoner ble etter hvert satt på spill. Ny rektor de første to årene var Jan Helstrøm som kom fra en lærerstilling ved skolen. Anne-Lise Bergenheim kom tilbake til skolen etter lærerutdanning ved Norges Sykepleierhøgskole. To nye lærere Brita Nilsson og Gry Bruland startet også opp ved nyttårsskifte 1976/77. Marie Vånar Hermansen ble tilsatt som rektor i 1978. Slik jeg husker det, delte vi undervisningen mellom oss ut fra hva vi hadde av praksisbakgrunn. I etikk og filosofi var Tore Frost fast timelærer, nærmest som en av de faste lærerne. Tema i psykiatrisk sykepleie var sykepleieprosessen, nevroses, psykoser og noe vi omtalte som selvødeleggende atferd. Forelesninger ble utarbeidet ved å beskrive og strukturere praksiserfaringer. Alt ble laget fra grunnen av. Det var en spesielt rik og kreativ periode i min lærervirksomhet som jeg husker tilbake på med en stor takknemlighet. Fellesskap, lagånd og nærhet til studenter var viktige verdier, slik vi også hørte det var ved de andre skolene. Marie Vånar Hermansen var for oss en inspirerende og kreativ leder i disse årene.

Årene mellom 1977–1988 var det stabilt i lærerstaben, bortsett fra ulike permisjoner ikke minst ved hospitering/arbeid i praksis. Vikarer og nye lærere var Gro Ystrøm, Liv Strand, Nina Aarhus Smeby, Berit Wold, Aud Bruknap, Lee Haviland og Gerd Edvardsen.

Aud Bruknap har satte spor etter seg hos mange studenter særlig med sine forelesninger om selvbildet. Vi utarbeidet skriftlige kompendier som dannede grunnlaget for lærebøker. Et eksempel er boka til Liv Strand, «*Fra kaos til mestring, mening og helhet*» (1998). Hun sier i forordet:

*Mange enkeltmennesker har gjort det mulig å skrive denne boken. I arbeidet har jeg bygget på tradisjoner i psykiatrisk sykepleie til psykotiske, samlet og videreutviklet av Brita Nilsson og Lee Haviland. Studenter jeg har undervist gjennom kull, har bidratt med tanke – og erfaringsutveksling. 11 psykiatriske sykepleiere har bidratt gjennom intervjuer. Tidligere pasienter har hjulpet meg til å forstå hvilken belastning en psykose er, og hvilken betydning det har hvordan man seg som sykepleier forholder seg. (Strand 1998, s. 9)*

Min egen bok «*Møte med det selvmordstruede mennesket*» (Vråle, 1993) ble til på en liknende måte. Innholdet i boken skriver seg fra egne møter med selvmordstruede mennesker, opplevelser knyttet til selvmord, forelesninger, samtaler med studenter, studentoppgaver, en tremåneders hospiteringsperiode i praksis og utvikling av et fagkompendium i 1988. På forsiden av kompendiet står det;

Arbeidet er gjort i et nært samarbeid med sykepleierne ved psykiatrisk klinikk, Vinderen. Avdelingsleder Tove Furusetth har sett gjennom kompendiet og gitt reaksjoner tilbake (Vråle 1988)

Boken «*Møte med det selvmordstruede menneske*» er i 2009 revidert. Møtet eller relasjonsarbeidet bæres i stor grad videre som en videreføring av tradisjoner som ikke endres, men holdningen til pasienter og pårørende er forandret. De første utgavene må sees i lys av sin tid og revisjonen i lys av tiden i dag. Revisjonen har på mange måter hjulpet meg til å se hvor-

dan fornyelse står i forhold til a) teoriutvikling og forskning; b) nye lover og helsepolitiske satsningsområder; c) den markante og innflytelsesrike brukerorganisasjoner.

Ved revideringen har jeg omformulert mye og særlig det som går på grunnlaget for relasjonsarbeidet og omtalen av pasienter, der en i dag trolig ser fruktene i praksis når det gjelder en bevisstgjøring av menneskerettigheter de senere årene.

Tema *sykepleieprosessen* ble båret videre. Undervisningsmaterialet til dette temaet ble i ca 1984 (Vråle, 1984; kompendiet er udatert) omdannet til et fagkompendium som også ble brukt ved noen av de andre spesialkolene.

Det med «*skreddersøm*» er en tradisjon som kan være truet i dagens retningslinjeverden der likhet i behandlingstilbud, som kan ha kvalitet som formål, ikke i møtekommer et overordnet krav om at hvert menneske er særegent og med særegne behov og krav for å oppnå bedring.

En person som var, og er, viktig i teoriutvikling og bidro til fornyelse var nå professor i psykiatrisk sykepleie, Jan Kåre Hummelvoll. Han var til stor inspirasjon når det gjaldt faget psykiatrisk sykepleie på to måter på slutten av 1970-tallet og begynnelsen av 1980-tallet. Først ved hans innlegg på det nasjonale seminaret på Hamar 2. juni 1978 som skulle få stor betydning. Dernest ved at han inviterte flere av oss til å skrive. Mitt første faglige møte med ham var på dette viktige seminaret som ble arrangert av Lokalgruppen av Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere på Olrud ved Hamar 2. juni 1978. Jeg har valgt å omtale dette seminaret som en merkestein da det var første gang Jan Kåre Hummelvoll presenterte det som etter hvert ble en sykepleiemodell som skulle komme til å prege psykiatrisk sykepleie i tiden fram til i dag. Tema for seminaret var: «*Idègrunnlagets betydning for målrettet psykiatrisk sykepleie*». Hans sitt innlegg ble senere beskrevet i boka: «*Innsikt en kilde til liv*» (Hummelvoll 1980). Her definerer han psykiatrisk sykepleie basert på et eksistensialistisk menneskesyn, og omtaler ni eksistensielle hjørnesteiner i det han omtaler som det samarbeidende felleskap mellom sykepleier og pasient. Leser vi hans nyere skrifter er essensen av

det han skrev i 1980 blitt stående. Med hans innflytelse via særlig lærebøker og forskning ble hans uttalelser i 1978/80 bærende for hva mange av oss legger i begrepet psykiatrisk sykepleie.

Boka «*Innsikt en kilde til liv*» hadde kapitler med eksistensiell klang: «*De som ikke orker mer*» av Gry Bruland og «*Dei som aldri kom, og dei som drog ut*» av Helga Robberstad. Robberstad viser allerede da til mangel på kontinuitet mellom nivåer i helsetjenester for mennesker med psykiske lidelser. Både hun og Marie Vånar Hermansen hevder i boka til at psykiatriske sykepleiere i fremtiden vil arbeidet innen rammen av det kommunale tjenestetilbudet. Dette var på det tidspunktet en modernisering som var i sin spede begynnelse, en modernisering som på alvor tok av ved Stortingsmelding 25 Åpenhet og helhet (1996–97) og Opptreppingsplanen for psykisk helse (1997–1998) mer enn 15 år senere. Et annet kapittel i boka tok også for seg et emne som vitner om fornyelse. Det var skrevet av Anne-Lise Teslo og Gro Ystrøm og hadde tittelen «*Familie med spedbarn i voksenpsykiatrisk behandling*», og som hadde fokus på barnets behov. Flere av bokas kapitler dannet en begynnelse for det som etter hvert skulle bli fagutviklings- og forskningsprosjekter i psykiatrisk sykepleie

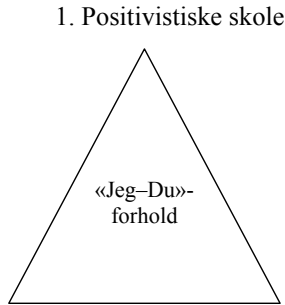
Brita Nilsson innledet sitt innlegg på Olrud med å hevde at Martin Buber uttrykker noe av kjernen i psykiatrisk sykepleie når han sier:

*Alt virkelig liv er møte. Det vil si at det er ikke mulig, virkelig å forstå livet ut fra et isolert menneske, men på grunnlag av to*

*Et jeg og et du*

*Og det nødvendigvis en tosidig prosess – for i det du møter meg, møter jeg samtidig et du (Nilsson 1978, s.3).*

Hun viser så til tre rådende vitenskapsteoretiske retninger illustrert ved følgende trekant:



3. Samfunnskritiske skole

2. Hermeneutiske skole

Dette er vitenskapsteoretiske skoler som er vel kjent i utdanningen fremdeles. Brita Nilsson problematiserer forholdet teori og praksis og siterer Benedetti når det gjelder å erkjenne den annens lidelsestilfelle som et særtilfelle av det allment menneskelige. Igjen denne understrekingen av at vi må se det enkelte mennesket – en verdi som jeg mener psykiatriske sykepleiere verner om. Det uttrykkes tydelig i NSF sine yrkesetiske retningslinjer (2007) og også i Festskriftet til Jan Kåre Hummelvoll på hans 60 årsdag som bærer tittelen «*Se mennesket!*» (Karlsson 2008). Mitt eget innlegg på Olrud (Bruland 1978) var influert av problemløsningsprosessen og noe jeg omtalte som prosessfaktorer, for eksempel hvordan egen angst hos sykepleiere kunne påvirke relasjoner. Et tema som siden er arbeidet med i sykepleiefaglig veiledning.

I 1977 kom en annen viktig bok fra en av lærerne ved Dikemarksskolen: «*Psykiatrisk sykepleie*» av Ingebjørg Løkensgard – en bok som var flittig brukt i utdanning av sykepleiere på ulike nivå.

To sykepleiere fra Finland kom også til å prege utdanning av psykiatriske sykepleiere ved flere av skolene, nemlig Katie Eriksson og Unni Lindström. Det gjaldt særlig i forhold til forståelse av lidelse og helse, men også i forhold til det pedagogiske arbeidet. De besøkte oss flere ganger og hadde forelesninger for lærerne. Jeg husker særlig deres metafor for studieplaner med stammen, grenene og bladverket. Stammen representerte grunnidèer i utdanningen, grenene teoriene og bladene var ideer og teori nedfelt i timeplaner. De understreket sterkt at studentene skulle oppleve kontinuitet, eller at det var en indre logikk i studieplanen og en betydningsfull substans.

En tradisjon innen psykiatrisk sykepleie som fikk sin start i praksis på Ullevål sykehus, avdeling 6 B, var sykepleiefaglig veiledning. Jeg velger å si at dette er en merkestein som ble satt ned på 1960-tallet i praksis og på Bygdøyskolen på 1970-tallet. Sykepleiefaglig veiledning handler om refleksjon over og bevisstgjøring av praksis og om forholdet mellom praksis og teori. Marie Vånar Hermansen beskriver oppstarten av sykepleiefaglig veiledning som skjedde i 1965. Nyskapningen var inspirert av engelsk sykepleie. I et udatert notat, som tar for seg et innlegg holdt på LPS sitt seminar for psykiatriske sykepleiere på Blakstad sykehus 6. mai 1975. Tema er «Egenlæring» av Marie Vånar Hermansen og Helena Telje, en svensk sykepleier og veileder, som på den tiden jobbet i Norge. Bygdøyskolen etablerte kurs for veiledere allerede i 1973. Lærere som medvirket her var Ingebjørg Løkensgard, Signe Aanonsen, Eli Haugen, Kari Svendsen og Terje Johnsen. Det var en god blanding av psykiatriske sykepleie og faglig veiledning på timeplanen. Jeg ser at jeg fra det kurset har en stensil om avtaler/kontrakter som metode i sykepleie og behandling fra skolen på Dikemark. Den var nok et fundament for deler av min bok om selvmordsforebygging senere, og slik også for psykiatrisk sykepleier May Vatne sin forskning der hun arbeider med selvmord og psykiatrisk sykepleie (Vatne 2001 og 2006)

Senere, på slutten av 1970-tallet, fulgte Bygdøyskolen opp med 2 ukers kurs i sykepleiefaglig veiledning som inngikk i NSF's godkjenningsordning for faglige veiledere.



Faglig veiledning innen psykiatrisk sykepleie fikk etter hvert en etablert plass i praksis og utdanning i hele Skandinavia. Det har etter min erfaring hatt betydning for teoriutvikling i psykiatrisk sykepleie ved at veiledning er refleksjon over praksis. Flere psykiatriske sykepleiere som Marie Vånar Hermansen, Gry Bruland Vråle, Anne Lise Teslo, Elisabeth Severinsson, Unni Lindström og Bengt Karlsson har stått og står sentralt i teoriutvikling innen faglig veiledning. Faglig veiledning hadde røtter fra psykodynamisk tenkning der den personlige utviklingsprosessen hadde en bred plass. Etter hvert ble den bredere faglig rettet slik at vi også var opptatt av den faglige utøvelsen av sykepleie. Jeg har selv brukt en fagrelatert modell i veiledning som fagutvikling innen selvmordsforebyggende arbeid sammen med psykiatrisk sykepleier Georg Schjelderup. Vi brukte fagstoff fra faglig veiledning og arbeidsseminarer der vi utviklet en modell for oppfølgingen av pasienter etter selvmordsforsøk. Resultatet ble presentert ved en internasjonal konferanse (Schjelderup, Vråle, Jørgensen et. al 2001).

Fra sluttene av 1970-tallet fram mot 1998 og ny rammeplan ble teorigrunnlaget i videreutdanningene i psykiatrisk sykepleie tydeligere. Et eksistensiellistisk-holistisk perspektiv ble integrert i teoriene. Betydningen av det relasjonelle og det individuelt tilpassede blir tydeligere. Det ble holdt fast ved det praksisnære ved en nær tilknytning til praksisfeltet og vektlegging av praksisperioder og faglig veiledning gjennom utdanningen.

### Merkestein 3. 1998

***Videreutdanninger i psykiatrisk sykepleie legges ned. Et teorigrunnlag utvikles i en tverrfaglig kontekst***

Ny Rammeplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid erstattet i 1998 Rammeplan for videreutdanning innen psykiatrisk sykepleie, og godkjente studieplaner innen psykiatrisk sosialt arbeid og psykomotorisk fysioterapi. Selv om det med en psykososial fordypning, var mulig å opprette fordypning i sykepleie ved skolene, skulle man ikke lenger kunne bruke betegnelsen psykiatrisk sykepleie om denne fordypningen. Det var et brudd i en 44 år gammel tradisjon. Bakgrunnen for en ny utdanning ble begrunnet med et behov for en mer helhetlig eller enhetlig utdanning i psykisk hel-

sarbeid. I begrunnelsen for en nasjonal rammeplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid blir det særlig pekt på at behovet for tverrfaglighet og på betydningen av brukerperspektivet.

Det var i denne tiden både motstand mot og sorg over nedleggningen av de profesjonsspesifikke videreutdanningene. Dette tror jeg skyldtes en bekymring over hvordan det nå skulle gå med utvikling av yrkesidentitet og fagutvikling i de ulike profesjonene og fagfeltene. Høgskolen i Oslo søkte og fikk en ekstra klasse for studenter i videreutdanning i psykiatrisk sykepleie i ett år. Senere har noen få høyskoler hatt en egen fordypning i sykepleie. Andre skoler har ikke valgt den løsningen. Muligheten til fordypning i den enkelte profesjon ligger nå særlig i fordypningsdelen av den tverrfaglige utdanningen.

Den nye rammeplanen ga signaler når det gjaldt utvikling av relasjonskompetanse, både det å forstå psykiske lidelser i et relasjonelt perspektiv, og det å arbeide med de relasjonelle aspektene av psykiske lidelser i samhandling med bruker og nettverk. Kvalitative aspekter ved relasjonen mellom bruker og fagpersonen ble understreket som et viktig utdanningsområde. Det var en videreføring av tradisjoner fra alle videreutdanningene som ble lagt ned.

Det var en merkestein for fagfeltet psykisk helsearbeid at man i 1998 førte de ulike videreutdanninger for yrkesutøvere med treårig utdanning innen psykisk helse sammen. Ulike profesjoner møtes i forelesninger, gruppearbeid og veiledning. Det ble lagt til rette for en gjensidig forståelse både for hverandres profesjonsbakgrunn, for felles forståelse og arbeidsområder og for et bedre tverrfaglig samarbeid. Ennå mangler riktig nok to viktige profesjoner, nemlig psykologer og leger i et tverrfaglige utdanningsløp.

I de 11 årene utdanningen har fungert etter en tverrfaglig rammeplan, har også andre ytre faktorer påvirket utdanning i psykisk helsearbeid. Stortingsmelding 25 (1996–97) og Opptappingsplanen (1998–2008) har lagt føringer for utvikling av og organisering av psykisk helsevern. Nye helselover har tydeliggjort pasienters rettigheter og helsepersonell sine plikter. Jeg tenker her særlig på pasientrettigheter som innebærer en rett til medvirkning og at brukermedvirkning i form av brukersamarbeid har

fått en større plass i psykisk helsevern både på individ og systemnivå. Kvalitetsreformen (2001) innen høyere utdanning har etter min vurdering ført til en akademisering av fag som i sin opprinnelse og i yrkesutøvelsen er praktiske fag. En betydelig kunnskapsutvikling innen med tilgang på informasjon og kunnskap gjennom bøker, media og internett for så vel yrkesutøvere som for pasienter, brukere, pårørende og nettverk, har trolig påvirket, og vil i fremtiden også påvirke både praksis og utdanning.

Inntrykket mitt er at tverrfaglighet, brukerperspektivet og nettverkstenkning er styrket i utdanningen. Det bekreftes også i en evalueringsrapport utført av SINTEF Helse i 2007. Når det gjelder tverrfaglighet tror jeg at tverrfaglige klasser og tverrfaglig sammensatte lærergrupper har vært betydningsfullt. Brukerperspektivet og nettverkstenkning tror jeg har utviklet seg på grunnlag av andre ytre faktorer som f.eks. Opptappingsplanen.

I evalueringsrapporten påpekes imidlertid også mangler ved videreutdanningene. Kritikken er at det er for lite formidling av kunnskap og forståelse når det gjelder psykiske lidelser. En stor andel av studentene som er spurt i evalueringen, påpeker at lærene på studiet manglet relevant kompetanse innen psykisk helsearbeid. Det er mulig at etterlysingen av kunnskap og forståelse om psykisk helse og uhelse/lidelse ved mange utdanninger i all hovedsak har erstattet det medisinske med et salutogent perspektiv. For meg er det ikke en fornyelse om det salutogene perspektivet blir enerådende. Det må kunne være mulig å opprettholde to perspektiver samtidig. Helse og lidelse må kunne forstås i et dynamisk samspill med ulike forhold som virker sammen. Helse, så vel som lidelse, utvikler seg i et dynamisk forhold mellom familie og nettverk, arbeid og meningsfylt aktivitet, symptombelastning, aktivitet og hvile, medikamenter og rusmidlers virkning og bivirkning, traumer og kriser. Kanskje står vi ved et veiskille der sykepleierne må ta tilbake noe av sitt tradisjonelle perspektiv på lidelsens karakter og den sammensatte årsakssammenheng det må bygge på? Et slikt perspektiv er nødvendig for å forstå det sammensatte forståelsesgrunnlaget som psykisk helse og psykiske lidelser hos det enkelte mennesket bygger på. Det er også viktig for å finne gode alternative handlingsveier i samarbeid med pasienter og generelt i utøvelsen av psykiatrisk sykepleie..

Kanskje skal et av kompetansekravene til lærere innen psykisk helsearbeid være klinisk erfaring av nyere dato? Mange lærere med erfaring innen fagfeltet, som ikke hadde tilstrekkelig akademisk kompetanse ut fra de krav som ble stilt til lærerne ved høyskolene, måtte etter hvert ut i videreutdanning. Lærere med akademisk kompetanse, men uten tilstrekkelig erfaringsbasert kompetanse fra fagfeltet som erstattet disse lærerne, kan ha dreiet timeplaner og fagplaner inn mot andre fagtradisjoner enn det som er hensiktsmessig for psykisk helsearbeid, herunder også psykiatrisk sykepleie. Kanskje må vi som gruppe, som har den nødvendige kompetansen fra praksis og som nå etter hvert har vært igjennom noen nødvendige akademiske øvelser, ta tilbake regien over hvor fokus skal være i utdanningen.

En annen faktor som har påvirket utdanningen er Kvalitetsreformen (2001). Mange av de krav som ligger i denne reformen har i hovedsak vært et gode, men den kan også ha truet en viktig tradisjon ved at den innbyr tilsammenslåingen til store høyskoler. Nærheten til studenter ved samtaler og refleksjoner over faget og utøvelse av psykisk helsearbeid, tilbakemeldinger og faglig veiledning er etter min vurdering viktige verdier å kjempe for – også i store utdanningsinstitusjoner. Moderne campuser, fokus på produksjon, måling av lærernes arbeidstid, både fysisk og psykisk avstand mellom lærere og studenter – hindrer dialoger som er forutsetninger for de dannelsesprosesser som skal til for å bli en god psykisk helsearbeider eller psykiatrisk sykepleier.

Praksis som en del av utdanningen er også etter min vurdering en truet verdi som trenger en tydelig og verdsatt plass i utdanningsinstitusjonene. Det er etter min mening gjennom bearbeiding av erfaringer fra møter med pasienter, brukere og deres pårørende og nettverk i undervisning og veiledning av at virkelig evidensbasert kunnskap kan utvikles!

## Merkestein 4. 2009

### *20.–21. april: Nordisk seminar på Hamar: Hva vil vi bevare og videreutvikle?*

Dette nordiske seminaret ble arrangert elleve år etter at videreutdanningene i psykiatrisk sykepleie ble gjort om til en tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Flere faktorer har som nevnt virket inn på faget psykiatriske sykepleie i disse årene. Etter elleve år med store forandringer, er det på tide og stoppe opp for å konsolidere situasjonen og vurdere hva som er viktig å ta vare på og satse videre på.

For meg er en stø kurs på dette området viktig. Jeg ønsker at vi skal:

- Holde fast ved det relasjonelle og det særegne ved enkeltmennesket i psykiatrisk sykepleie. Det betyr at vi bevarer oppmerksomheten på etikken.
- Holde fast ved brukerorienteringen eller å styrke motet til å la pasienten være i fokus gjennom utdanningen.
- Holde fast ved betydningen av faglig refleksjon over praksis i undervisning og veiledning. Det får betydning ved at utdanningen er forankret i praksis og for praksis og at veiledning har en sentral plass i utdanningen
- Ta kravene fra Kvalitetsreformen, og vår tids krav om forskningsbasert praksis, med oss til å søke om midler til og utføre forskning i nært samarbeid mellom praksisfeltet vårt og høyskolene.

## Litteratur

- Bruland, G. (1978) *Idègrunnlagets betydning for målrettet psykiatrisk sykepleie*. Manus for foredrag. Hamar 2. juni 1978.
- Bøe, D. T. & Thomassen, A.(2007) *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Faurbye, A.(1969) *Psykiatrisk sykepleie*. 1. og 5.utg. København: Dansk Vitenskapers forlag.

- Hermansen, M. V, Carlsen, L. B. & Vråle, G. B.(1992) *Sykepleiefagligveiledning*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hummelvoll, J. K. red.(1980) *Innsikt en kilde til liv*. Oslo: Tanum - Nordli
- Kalkman, M. E. (1967) *Psychiatric Nursing*. 3rd.Edition. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Karlsson, B.(red.) (2008) *Se mennesket: om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kringlen, E. (2007) *Norsk psykiatri gjennom tidene*. Oslo: Damm & Sønn AS
- Kunnskapsdepartementet (2001). *Kvalitetsreformen – en reform av norsk høyere utdanning*.
- Lysnes, M.( 1982) *Behandlere – vokter. Psykiatrisk sykepleies historie i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lysnes, M.( 1972) *Fra Statens spesialscole i psykiatrisk sykepleie. I: Festskrift Statens utdanningscenter for helsepersonell 1972*.
- Løkensgard, I(1977) *Psykiatriske sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Løkensgard, I (1983) *Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K.(1969) *Medisinsk forskning og etikk. Sykepleien*, 56: 672–691
- Martinsen, K. (1969) *Vi må forsøke å være mer medmenneske i dagliglivet. Sykepleien*, 57: 254–255.
- Nilsson, B. (1978) *Idègrunnlagets betydning for målrettet psykiatrisk sykepleie*. Foredrag. Hamar 2. juni 1978.
- Norsk Sykepleierforbund (2007) *NSF 's Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og ICNs etiske regler*.

- Schjelderup, G., Vråle, G. B., Jørgensen, T. et. al (2001) Treatment – chain for suicide attempters: organisation, guidelines and supervision. The Oslo Follow up Study. Book of abstract, *XXI Congress of the International Assosiation for Suicide Prevention*. Cehnnai, India, 23.09.2002
- Strand, L. (1990) *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal.
- St.meld. nr. 25 (1996–1997) Åpenhet og helhet, Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet.
- St.prp. nr. 63 (1997–1998) Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2006.
- Vatne M (2001) Selvmordsproblemer og psykiatrisk sykepleie – argumenter for skriftlig kontrakt i arbeid med selvmordsnære pasienter. *Vård i Norden*, 4 (21): 32–37.
- Vatne M (2006) Psykiatrisk sykepleiers forståelse av eget ansvar i arbeid med selvmordsnære pasienter. *Vård i Norden*, 1(26): 30–35.
- Vatne S.(2006) *Korrigere og anerkjenne relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal
- Vråle, G. B.(1993/2000) *Møte med det selvmordtruede mennesket*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vråle, G. B. (1988) *Psykiatrisk sykepleie. Ulike sider ved den psykiatriske sykepleiers ansvar og oppgaver i møte med selvmordsproblemet*. Fagkompendium Statens utdanningssenter for helsepersonell, høgskole for helsesøstere, jordmødre og psykiatriske sykepleiere.
- Vråle, G. B. (1984) *Problemløsningsprossessen. Fagkompendium Statens utdanningssenter for helsepersonell, høgskole for helsesøstere, jordmødre og psykiatriske sykepleiere*.
- Ådnes, M. & Harsvik, T.(2007) *Evaluering av videreutdanning psykisk helsearbeid*. SINTEF– rapport A 29154.





# FRA LIKESTILLING TIL LIKEVERD: DET PSYKISKE HELSEVERN I FORTID OG NÅTID

*TORE FROST*

## Innledning om hvorledes den norske demokratibygging startet i etterkrigstiden

Fra tid til annen kan det lønne seg å kaste et blikk tilbake og forsøke å se de store linjer i historiens gang. Selv er jeg blitt mer og mer opptatt av hvorledes det moderne Norge reiste seg som en fugl Fønix fra asken etter 1945. Norge ble på dette tidspunkt registrert som Europas nest fattigste land (fattigst var Hellas). De fem krigsårene hadde lagt all nasjonal infrastruktur i ruiner og tappet landet for kapital. Byggingen av Norge som en moderne nasjon er historien om hvordan det norske sosialdemokrati ble til i en tid (fra 1945 til 1960) da alle nasjonsbyggere hadde en felles politisk visjon, hva enten det dreidde seg om en Erik Brofoss, direktør for Norges Bank, statsledere som Einar Gerhardsen, Oscar Torp, eller, for den saks skyld, høyremannen Carl J. Hambro, en forsvars- og (senere) justisminister som Jens Chr. Hauge, helse- og sosialminister Karl Evang og, for ikke å glemme den kanskje aller viktigste, kontorsjef Rolf Hofmo, mannen bak den statlige satsning av kommunehus i alle kommuner, idrettsplasser i alle kommuner (STUI) og Norsk Bygdekino i form av busser som rullet rundt over hele landet til alle kommuner med bl.a. Filmavisen, datidens dagsrevy.

Betydningen av disse pionerens innsats i nasjonsbyggingens tjeneste kan ikke sterkt nok understrekes. Landet ble bygget med glød og sterk lidenskap. Folk sukket nok fra tid til annen over at de gamle emissærene ble

borte med den nye tids Karl Evang-elisme! Den politiske retorikk nådde høyder som vi aldri senere vil kunne måle oss med: *By og land – hand i hand!* Hensikten var klar: Norge skulle gjenreises som en moderne nasjon med kravet om full likestilling mellom alle klasser i samfunnet som et grunnleggende etisk imperativ. Det nye Norge tok et oppgjør med den gamle embedsmannsstaten og innførte en enhetskultur, hvor alle borgere skulle likestilles og dele likt av de sosiale goder etter hvert som de nye lov-bøkene kom på plass. Enhetskolen ble derfor på mange måter et symbolsk uttrykk for byggingen av det som skulle bli det norske sosialdemokrati.

## Likestilling ble selve signaturen for det norske sosialdemokrati

Fra og med 1960-årene var denne likestillingskultur etablert som fundament og premissleverandør til de verdier som det norske velferdssamfunn utviklet seg videre på. Nå følger tyve år hvor «the underdogs» – de svakerestilte grupper i samfunnet – begynte å gjøre sine likestillingskrav gjeldende. I første omgang gjelder det kvinnebevegelsene, som nærmest eksploderte i 1970-årenes frigjøringskamper inntil vi i 1979 fikk de første likestillingslover og opprettelsen av et nasjonalt likestillingsombud. I deres kjølvann kom organisasjonene for de funksjons- og utviklingshemmede på banen med krav om full likestilling, som resulterte i den største nasjonale reform inntil da, nemlig HVPU-reformen, med nedleggelse av de store sentralinstitusjonene og tilbakeføring av de hjelpetrengende til egne kommunale boliger. Det var ikke alle som fikk et bedre liv, men det er ikke hovedsaken. Det viktigste var at man fikk gjennomført en reform for de svakeststilte tuftet på kravet om full likestilling for alle uten unntak. Dette krav kom også etter hvert til å omfatte de store psykiatriske institusjonene, med striden rundt Reitgjerdet som den mest betente sak.

Det vil føre for langt å gå mer i detalj hvorledes det moderne Norge ble bygget på grunnlag av kravet om full likestilling som et etisk imperativ. I nyere tid kom NAV-reformen, likestillingsloven av 2005, opprettelsen av et eget likestillingsdepartement (som Norge er alene om), den nye ekteskapsloven av 2009, og – i dens umiddelbare kjølvann – den helt nye bioteknologiloven. Disse kjensgjerninger viser med all ønskelig tydelig-

het hvor langt det moderne Norge fortsatt er villig til å gå i likestillingens navn, tross voldsomme protester fra for eksempel en Nina Karin Monsen, Fritt Ord-prisvinner i 2009.

Dette er kortversjonen av historien om hvorledes Norge i løpet av seksti års utvikling forvandlet seg fra å være Europas nest fattigste land til (i 2006) å bli registrert som verdens tredje rikeste land (i 2009, etter Islands finansielle kollaps, ligger visst Norge på andre plass). Det er intet annet moderne land som kan fremvise en tilsvarende suksess-historie, og det er heller intet annet sammenlignbart land som har kommet lenger i gjennomføringen av en radikal likestilling mellom alle grupper i samfunnet. Vi skal også huske på at selve substantivet 'likestilling' er norsk i sin opprinnelse. Svenskene har, med tidligere statsminister Tage Erlander i spissen, forsøkt å importere det (*jämställning*), men ikke på langt nær i samme format som i Norge. Her rører vi ved selve signaturen for det norske sosialdemokrati.

## Den norske likestillingskulturens slagside

Så langt er alt vel og bra. Vi har god grunn til å feire med nasjonal stolthet fortellingen om hvorledes Norge har utviklet seg som en moderne nasjon. Men, som i alle gode historier, har også denne fortellingen sin slagside. Det ble klart for oss ved inngangen til 1990-årene. Gro Harlem Brundtland, selve inkarnasjonen av det norske likestillingsdemokrati, tapte riktignok valget i 1989, men det politiske slagordet: *Det nye Norge* kom til å leve videre, i og med Syse-regjeringens fall i 1990 og Gro Harlem Brundtlands maktovertagelse, med seier ved neste stortingsvalg i 1993. Nå var tiden kommet til å heve blikket ut over våre nasjonale grenser, sterkt tilskyndet av kampene om Norge nå skulle søke om å bli medlemsland i EU. Et regjeringsoppnevnt utvalg hadde allerede i 1989 fått i oppgave av Justisdepartementet i å utrede Norges internasjonale stilling som rettsnasjon, hvor særlig rettsvernet for de svakest stilte sto i fokus. Denne offentlige utredning kom med en sjokkmelding, som skapte rystelser langt inn i departementene og direktoratene. Den ble publisert og overlevert til regjeringen i mai 1993 under tittelen: *Lovgivning om menneskerettigheter* (NOU 1993:18).

Konklusjonen her var at Norge som rettsnasjon var blitt sinken i den internasjonale klassen. Vi hadde åpenbart ikke fulgt godt nok med i den internasjonale rettsutvikling, som fulgte et helt annet spor enn det norske likestillingssamfunn. Dette sporet ble trukket opp av de store internasjonale deklarasjoner og konvensjoner, hvorav de viktigste var *Verdenserklæringen om menneskerettigheter*(1948), *Europakonvensjonen om menneskerettigheter*(1949), de to FN-konvensjonene (av 1966): *Konvensjonen om sivile og politiske rettigheter* og *Konvensjonen om kulturelle, sosiale og økonomiske rettigheter*, samt *FNs konvensjon om barns rettigheter*(1991). En egen europeisk menneskerettighetsdomstol ble opprettet i Strasbourg allerede så tidlig som i 1952 og fungerte som en slags bølgebryter for hjelpetrengende menneskeskjebners rettsvern (på et individuelt grunnlag, til forskjell fra Folkerettsdomstolen i Haag, som ble opprettet av Folkeforbundet i mellomkrigstiden). Samtlige europeiske nasjoner hadde fulgt opp disse internasjonale rettsinstrumentene og inkorporert de viktigste rettighetsprinsippene i sine nasjonale lovverk på en helt annen gjennomgripende måte enn tilfellet var for Norge ble det fastslått i denne offentlige utredningen.

## Fra likestilling til likeverd: To etiske imperativer på kollisjonskurs med hverandre?

Hvis man ser litt nærmere etter, vil man raskt oppdage at ordet *likestilling* ikke forekommer i disse ovenfor nevnte rettighetsinstrumenter, men derimot ordet *likeverd*. Det vil si, ordet forekommer aldri som noe eget substantiv, men alltid i betydningen av å være *equal in dignity* (Art.1 i Verdenserklæringen om Menneskerettigheter av 1948). Bak dette vokabularet: *å være like i verdighet* skjuler det seg et helt annet etisk imperativ: *Ethvert menneske har krav på å bli møtt (i sin verdighet) som en unik og usammenlignbar person, forskjellig fra alle andre*. Dette rettsvern for å bli forskjellsbehandlet på grunnlag av individuelle avvik har vært mangelvare i det tradisjonelle norske rettssamfunn, godt øvet som vi har vært i å praktisere kollektiv likestilling, det vil si at alle stilles likt og at enkeltmennesker kan behandles som kopier av hverandre i det offentlige liv.

Denne oppdagelsen skapte umiddelbart ringvirkninger langt inn i det norske byråkratiet. På rekordtid ble de institusjonelle betingelser lagt til rette for å inkorporere de tidligere nevnte internasjonale rettighetsinstrumentene. Utenriksdepartementet presenterte en stortingsmelding 17. desember 1999 (St.meld. nr. 21 (1999–2000): *Menneskeverd i sentrum. Handlingsplan for menneskerettigheter*), som ble vedtatt i statsråd samme dag. Europakonvensjonen og de to FN-konvensjonene av 1966 ble samme år inkorporert som en egen internasjonal menneskerettsparagraf i den norske grunnlov (§ 110 C), og i 2004 fulgte FNs barnekonvensjon etter. Samtidig ble det klargjort at disse rettighetsinstrumentene skulle ha prioritet fremfor alle andre lovbøker. Disse prosessene som preget tusenårsskiftet i Norge, kom til å forvandle fullstendig det norske rettsdemokrati. Det er nok å henvise til de fire helsereformene av 2001, hvorav særlig Pasientrettighetsloven og den helt nye lov om psykisk helsevern er de mest iøynefallende. I rask rekkefølge kommer nødvendige reformer i Loven om sosiale tjenester (særlig kap. 6A, som etter hvert konverteres til kap. 4A), i Opplæringsloven (særlig kap. 9A), i den helt nye flyktingeloven, i den like nye barnehageloven osv. Felles for alle de nye lovreformene er kravet om *respekt for alle menneskers likeverd*. Dessverre har vi nok av triste eksempler på at vi helt opp på ministernivå likevel ikke har innsett de dramatiske forskjeller det er mellom kravet om *likestilling* og det diametralt motsatte krav om *likeverd*.

De nye arenaer innen såvel psykisk helsevern som i samfunnet forøvrig krever nå en helt annen oppmerksomhet om individuelle forskjeller enn den gamle enhetskulturen hadde forutsetninger for. Den som kjemper for et bedre rettsvern for hjelpetrequende menneskeskjebner og for en høyere etisk standard innen våre offentlige tjenesteytelser, med krav om at «tjenestemottakere får et helhetlig, koordinert og *individuell tilpasset* (uthevet av undertegnede) tjenestetilbud» (Forskrift om individuell plan fra 2004, § 2a), blir hermed straks konfrontert med rammebetingelsene for våre forestillinger om menneskeverdet og med premissene for et meningsfullt liv. Retten til et helhetlig liv, i betydningen *likeverd* liv, uansett funksjonsevne eller sykdomsforhold, er spikret fast gjennom de lovfestede menneskerettighetskonvensjoner. De utgjør nå selve kjernen for den nye tids humanitetsidealer, som på sin side forlengst er blitt nedfelt i fagmiljøenes yrkesetikker. Hver enkelt profesjon legitimerer seg nok gjen-

nom ulike yrkesetiske kodekser – yrkesetikkenes oppgave er jo primært å definere fagutøvernes spesifikke yrkesidentitet – men de bygger alle uten unntak på de samme grunnleggende menneskerettighetsprinsipper. Dette er prinsipper som skal verne om de hjelpetregendes rett til en helhetlig og koordinert tverrfaglig omsorg og rehabilitering. Disse prinsippene er på sin side nedfelt i Forskrift om individuell plan. Den ble endelig fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 23. desember 2004 og videreutviklet i Sosial- og helsedirektoratets nye Veileder til individuell plan fra 2005.

## De grunnleggende verdipremisser

Hvilke prinsipper dreier det seg om? De viktigste er uten tvil retten til informert samtykke, retten til selv å være beslutningstaker på et frivillig grunnlag, dvs. retten til autonomi og retten til å bli møtt med respekt for egen integritet, uavhengig av sykdom, funksjons- eller utviklingshemming. Disse prinsippene representerer i dag helt ufravikelige krav som de gode hjelpere legger til grunn som etiske rammebetingelser for enhver tjenesteytelse. Det er helt klart at de tre nevnte prinsipper står i en indre sammenheng med hverandre og neppe bør løsrives fra hverandre. Det er vanskelig å tenke seg at det er mulig å vise respekt for ett av prinsippene uten samtidig å vise respekt for de øvrige. Når vi idag likevel synes å gi prioritet til autonomi-prinsippet, så har det sin forklaring i at de to andre prinsipper fungerer som viktige forutsetninger for brukernes opplevelse av å stå overfor reelle valg og å kunne gjøre valgene på et fritt og selvstendig grunnlag.

Det vil føre for langt i dette kapitlet å diskutere alle de spørsmål som reiser seg i kraft av at disse tre prinsippene knesettes som forpliktende for all offentlig virksomhet. Jeg fastslår bare kort at brukernes rett til autonomi, å få innfridd sin rett til å være beslutningstaker, idag blir formalisert gjennom kravet om frivillig samtykke basert på grunnlag av adekvat informasjon. Det siste er ikke det minst viktige. Hovedoppgaven må være å tilrettelegge informasjonen på grunnlag av brukernes egne behov for informasjon. Informasjon *til* brukeren skal primært ha karakter av å være kommunikasjon *med* brukeren.

Disse rettighetsprinsippene har således bidratt til å bevisstgjøre de offentlige profesjonene om omfanget av de krenkelser som brukerne kan utsettes for, som følge av manglende kompetanse hos utøverne av de offentlige tjenester i kunsten å informere og kommunisere. Med utgangspunkt i de samme rettighetsprinsipper har vi her til lands i løpet av de siste to tiår også oppnådd å legge grunnlaget for en stadig bedre rettsbeskyttelse av enkeltmenneskers krav på respekt for sitt menneskeverd. Utviklingen av spesifikke rettighetsfestede lover har bidradd til å støtte opp under en slik respekt ved å lovfeste retten til å kreve hjelp fra det offentlige når det byr på for store problemer å opprettholde et tilnærmet normalisert livet. Dette rettsvern for de «svake» grupper i samfunnet har gradvis kommet til å omfatte en stadig større del av norsk helse- og sosiallovgivning.

Det var på dette grunnlag en egen opptrappingsplan for psykisk helse ble satt ut i livet fra og med 1999. Den medførte en omlegning av det psykiske helsevern til regionale distriktpsikiatriske sentre (DPS), hvor pasientene primært kunne behandles poliklinisk i de kommuner hvor de hørte hjemme. Dette oppsummeres i tittelen på en veileder fra Sosial- og helsedirektoratet i 2006: *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Opptrappingsplanen ble avsluttet i 2008 og en fellesnevner for såvel den som de tidligere nevnte lovreformer er kravet til de offentlige tjenester om å møte den enkelte bruker som en unik person i sitt eget liv og slutte med å behandle brukerne som kopier av hverandre i offentlighetens liv. Stikkordene for de nye rettighetskravene er eksempelvis kravet om *brukermedvirkning* og (for brukere med sammensatte hjelpebehov) kravet om *individuelle planer* eller (for alle uten unntak) kravet om regelmessige *individuelle samtaler*.

## Hva er viktigst – lovgivning eller yrkesetikk?

Det er disse lovfestede rettighetskrav de offentlige yrkesmiljøene (statlige såvel som kommunale) nå må møte i form av oppdaterte og ajourførte yrkesetikker. Hvis så ikke skjer, vil det oppstå et politisk behov for å beskytte brukerne i forhold til alle uklare og diffuse punkter i yrkesetikken. Konsekvensen vil bli et samfunn hvor lovgiverne detaljregulerer de offentlige tjenester gjennom et stadig mer rigid lovverk, som går på

bekostning av den enkelte yrkesutøvers frihet og handlingskraft i vanskelige situasjoner hvor det blir nødvendig å finne individuelle løsninger. Fordelen ved å holde lovgivningen på et mest mulig generelt nivå er at den enkelte yrkesutøver dermed stimuleres til å øve seg i å løse dilemmaer ut fra et profesjonelt skjønn og med en villighet til å ta på seg et personlig ansvar for egne valg. Vi skal huske at kravet på *like* rettigheter for alle brukere av offentlige tjenester ikke nødvendigvis betyr at alle har de *samme* rettigheter. Denne distinksjonen kan ikke sterkt nok understrekes, da den er helt avgjørende innen arbeidet blant etniske minoriteter, blant funksjonshemmede og forøvrig brukere med særbehov for offentlig hjelp.

Disse refleksjonene vil være helt vesentlige i arbeidet videre med å utvikle gode og slagkraftige yrkesetikker, konkretisert gjennom menneskerettighetsinstrumentene, slik at vi motarbeider alle tendenser til en byråkratisering og ansvarsvegring innen de offentlige tjenester og servicetilbud. Tendensene kan faktisk allerede spores, og det forbauser vel ingen når jeg påstår at dette har en klar sammenheng med (i verste fall) profesjonenes uvilje mot å gjøre yrkesetikkene presise nok eller (i beste fall) manglende konsensus om hvordan de skal forbedres.

Det skader vel heller ikke å minne om at det er mye lettere å revidere en yrkesetikk enn det er å forandre på et lovverk, ikke minst når behovet for å tilpasse yrkesutøvelsen til sosiale endringer oppstår. Vi skal dessuten være oppmerksomme på at livet aldri innretter seg etter regler og paragrafer. Det vil alltid oppstå situasjoner hvor vi må handle på kollisjonskurs med vedtatte kjøreregler i fagutøvelsen. I slike tilfeller er det langt gunstigere at det er yrkesetikken vi får problemer med og ikke lovgivningen. I førstnevnte tilfelle vil overtramp invitere til en vurdering av overtrampet på et faglig grunnlag, gjerne innen et yrkesfaglig etisk råd. I sistnevnte tilfelle, derimot, vil overtrampet ha karakter av å være en kriminell handling og sanksjonene vil bli truffet på et juridisk grunnlag.

I perspektiv av de svakest stilte og de hjelpetrengendes skjebnefellesskap er nok tiden moden for å sikte denne utvikling nøyere med tanke på hvilken fremtid den peker mot og hva slags livsinnhold vi ut fra de samme fremtidsutsikter kan gjøre oss håp om.



## De to mangeltilstander

Norsk helse- og sosialvesen lider åpenbart av to alvorlige mangeltilstander. Den ene skyldes, ikke mangelfull økonomi, men en kronisk mangel på refleksjon fra de offentlig autoriserte hjelperes side over klare systemfeil innen helse- og sosialomsorgen, kommunikasjonssvikt mellom kommandolinjene, manglende vilje til å erkjenne at hver enkelt hjelpetrequende menneskeskjebne har en lovfestet rett til å møtt som en selvstendig beslutningstaker over eget liv og helse. Kravene om reell brukermedvirkning, god tverrfaglighet og utviklingen av individuelle planer som utarbeides i samarbeid med den hjelpetrequende, underbygger dette.

Den annen mangeltilstand finner vi hos de hjelpetrequende. Norsk helse- og sosialvesens største problem er at altfor mange brukere av de offentlige hjelpetjenester er altfor villige til å si ja til nær sagt hva som helst de blir tilbudt, særlig gjelder det mennesker med omfattende psykiske lidelser, de alvorlig syke og funksjons- og utviklingshemmede. Mangeltilstanden kan best forklares med vanskelighetene spesielt disse brukergruppene har med å få kvalifisert hjelp. Når man har stått i kø lenge nok, blir man tilsvarende ydmyk når hjelpen tilbys, særlig når den som regel blir ledsaget av tause, men talende, påminnelser om hvor lykkelig den hjelpetrequende bør være over i det hele tatt å ha fått hjelp.

Jeg håper ikke at denne kritikken misforstås dithen at jeg ønsker meg et feilfritt helse- og sosialvesen. Vi må kunne feile for å bli bedre. Feilfrie helse- og sosialarbeidere er uten utviklingsmuligheter. Alt står og faller på de gode hjelperes vilje til å erkjenne egne begrensninger og mot til å innrømme at vi alltid kan forbedre hjelpeevnen, det være seg synsevnen, lytteevnen, akseptasjonsevnen, vurderingsevnen såvel som forståelsesevnen, i det hele tatt evnen til å møte de hjelpetrequende med god respekt.

En vismann innen norsk geriatri, Peter F. Hjort, sier det slik: Det er tilgjengelig å feile, men det er utilgjengelig ikke å reflektere over feilene. Selv har jeg nok ikke ennå oppnådd den milde overbærenhet som åpenbart følger med høy livsalder, så jeg velger å uttrykke det noe skarpere, men støtter meg

for sikkerhets skyld til et annet og mye eldre visdomsord: *Errare humanum est, sed perceiverare diabolicum* – Det er menneskelig å feile, men det er djevelsk å fortsette med det!

Alle profesjoner innen offentlig hjelpevirksomhet her til lands har kravet om respekt for menneskets verdighet og integritet med som et hovedpunkt i de respektive yrkesetikker, rent bortsett fra at de også opptrer som lov-pålagte plikter for alle offentlig autoriserte hjelpere. Hva mener vi egentlig med slike honnørord? Har vi overhodet tatt oss tilstrekkelig tid til å reflektere over hva ordene står for, eller er de nærmest å betrakte som munnsvær? Disse spørsmål blir svært påtrengende når vi tar utfordringene fra de ovenfor nevnte mangeltilstander inn over oss.

## Veien blir til mens vi går oss vill?

I horisont av de hjelpetrengendes skjebnefellesskap rører vi her ved selve kjernen i våre humanitetsidealer. Det er på høy tid å ta både ett og to skritt til siden og begynne på den vanskelige refleksjonen over hvor vi står og hvor vi vil hen med det lovfestede krav om respekt for menneskets verdighet.

Dette gjelder ikke minst i en tid som vår, hvor vi alle er så opptatt av å minne hverandre om hvor viktig det er at *veien blir til mens du går*. Men det er og blir et faktum at det er først når vi får et klart definert mål i sikte på vår kollektive vei gjennom livet, at vi har forutsetninger for å vite når vi går oss vill og befinner oss på avveier. Hvis det fortsatt skal være slik at veien blir til mens vi går, så vil vi aldri være på avveier. Da vil alle veier være like legitime og vi forblir det vår tid er i ferd med å gjøre oss til: – nomadiske mennesker som med vår rastløse uro flakker omkring uten mål og mening med hva vi vil at våre liv skal være innrettet mot.

I det store og hele kan den nasjonale satsningen sees som et dramatisk oppgjør med ukulturene i fortiden: *Nå er det slutt på å håndtere hjelpetrengende menneskeskjebner som kopier av hverandre i de offentlige tjenesters liv. Heretter skal de hjelpetrengende møtes som unike personer i sitt eget liv*. Intet menneske er en kopi av noe annet menneske. Vi er alle

usammenlignbare med hverandre og opptrer som originale uttrykk for oss selv i våre egne liv. Enhver har derfor krav på å bli møtt, hørt og sett, akseptert og forstått i sin unike tilstedeværelse. Det er i dette perspektiv at kravet om respekt for menneskeverdet har gjort seg tungt gjeldende innen alle lovreformer og nasjonale opptrappingsplaner. Hva mener vi så med dette kravet, og i hvilken grad kan vi si at det er en realitet innen offentlig hjelpevirksomhet i dag?

## Verdenshumanismens idé om menneskets iboende verdighet

Grunnpremissene for den moderne tidsalders humanitetsidealer finner vi uttrykt allerede i første setning i Verdenserklæringens Innledning. Her finner vi de påstander uttrykt som danner fundamentet for den nye tidsalders verdenshumanisme: «Da anerkjennelsen av iboende verdighet og av like og uavhengelige rettigheter for alle medlemmer av menneskeslekten er grunnlaget for frihet, rettferdighet og fred i verden».

Påstandene er følgende: menneskeheten utgjør én familie, i seg selv en vakker tanke! – og alle familiemedlemmer, hvert eneste menneske innen verdensfamilien, er i besittelse av en «iboende verdighet» og har «like og uavhengelige rettigheter». Omfanget av slike «like og uavhengelige rettigheter» er i Verdenserklæringen av 1948 begrenset til 30 artikler, som senere er blitt utvidet med de to tidligere omtalte FN-konvensjonene av 1966: Konvensjonen om sivile og politiske rettigheter og Konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Disse konvensjonene oppfattes og omtales i dag gjerne som den annen halvdel av verdenssamfunnets grunnlovserklæring. De er i dag, som tidligere fremstilt, sammen med Europakonvensjonen av 1950 og Konvensjonen om barns rettigheter av 1991 inkorporert i Den norske grunnlov (Menneskerettsloven § 110 C) og er som sådan bindende og prioriterte rettskilder i det norske samfunn. Samtidig får vi imidlertid en helt ny begrunnelse for hva som menes med respekt for menneskeverdet (*human dignity*).

Den store gevinst: Idéen om menneskets iboende verdighet umuliggjør forestillinger om gradert verdighet

Selve dramatikken over innføringen av det nye, globaliserte menneske-bilde ligger uttrykt i ett eneste presiserende ord: *iboende*. Det nye postulat om hva det er som gjør mennesket unikt, peker i motsatt retning i forhold til de tidligere tradisjonelle menneskebilder. Menneskets verdighet er ikke lenger å forstå som et resultat av eksterne garantister, tvert om er menneskets verdighet begrunnet på en kvalitet som er naturgitt, nettopp iboende i menneskets natur. Uavhengig av såvel Gudsautoritet som fornuftsautoritet er det et faktum at mennesket har en verdighet. Og denne verdighet har hvert enkelt menneske, uten unntak, fra livets definitive begynnelse til livets like definitive avslutning. Naturgitt som den er, vedblir denne verdighet med å være intakt og uberørt av alle ytre relasjoner og påkjenninger. Den kan ikke tapes, uansett hvor stigmatisert eller infernalsk livet blir. Verken sykdom, smerter, lidelse, psykisk utviklingshemning eller en demensutvikling forårsaker noe tap av verdighet.

Fortiden hadde nok klare og tydelige fasitsvar på hva det var som gjorde mennesket unikt, men hva med det nye begrep om menneskets iboende verdighet? Det er, som nevnt, et ikke-relasjonelt begrep, men det er også tomt og innholdsløst. Det var på dette grunnlag begrepet fikk sin suksess i kraft av at man allerede fra første øyeblikk, oppnådde en overlappende enighet (*overlapping consensus*). Alle medlemsland var enige (bortsett fra fem avholdende stater), men med vidt forskjellige begrunnelser. Den samme form for overlappende enighet er i dag knesatt som rammebetingelser for de mange arenaer hvor hjelpetrengende menneskeskjebner skal møtes med en godt utviklet respekt for deres iboende verdighet. Men postulatet forblir tomt og innholdsløst inntil den enkelte bruker (med støtte av pårørende eller verge) selv fyller det med brukerens eget livsinnhold.

## Forsøk på en oppsummering

Jeg har i det ovenstående forsøkt å risse opp det ideologiske utgangspunkt for reformene innen norsk politikk i det første tiår etter at det norske rettssamfunn ble internasjonalisert. Arenaene for all hjelpe- og opplysningsvirksomhet er blitt merkbart annerledes. Det er slutt på den tid da overformynderi og paternalisme hadde sin legitime plass innen helse- og sosialarbeidet. Den gang hadde man fasitsvarene med seg, noe som på sitt

verste kunne resultere i en omfattende pampevirksomhet i møtet med de hjelpetrequende. På de nye arenaene har slik virksomhet mistet sin legitimitet. Vi har ikke lenger med oss etablerte fasitsvar på hva vi mener med kravet om respekt for menneskeverdet. Kravet er åpent og ubegrunnet og vi er henvist til den samme overlappende enighet på de lokale hjelpearner: Respekt for menneskeverdet er vi felles om, men den eneste som kan gi oss et fasitsvar på hva dette dreier seg om, er den hjelpetrequende selv og kun denne! Derfor er kravene om brukermedvirkning, selvbestemmelsesrett og individuelle planer så viktige innen reformpolitikken for et inkluderende samfunn og et forsterket rettsvern for de hjelpetrequende.

## Hvor reell er retten til selvbestemmelse?

I de nye lovtekstene understrekes kravet om selvbestemmelsesretten. Ordet «autonomi» er sammensatt av to greske ord: *autos* = selv og *nomos* = lov, norm, regel. Derfor betyr autonomi å være selvlovgivende, selvnormerende, selvregulerende, kort sagt: selvbestemmende. Men hva betyr det? Retten til autonomi er et tvetydig anliggende. Vi kan tolke denne rett i forhold til enkeltmennesket og hevde at det er sjølvråderetten som er knesatt ( i likhet med bl.a. abortloven!) eller vi kan hevde at retten til autonomi skal tolkes mer moderat som en medbestemmelsesrett i forhold til vår forpliktelse overfor kollektive plikter og hensyn. Begge tolkninger flyter fritt i de ulike faglige miljøer: I de yrkesetiske retningslinjene for nordiske psykologer finner vi en ekstrem vektlegging av individuell selvbestemmelsesrett: *Psykologen sørger for å ivareta maksimal autonomi og selvbestemmelse for klienten* (II, 1). I Sosial- og helsedirektoratets veileder til forskrift om individuell plan fra 2005 finner vi derimot en modifisert tolkning. Her legges det mer vekt på en kollektiv medbestemmelsesrett: *Tjenestemottakerens rett til medbestemmelse ved utforming av det tilbudet som skal gis er et sentralt prinsipp i sosial- og helselovgivningen* (s. 14).

Det er grunn til å tro at psykologene går for langt i sine yrkesetiske retningslinjer. De lover mer enn de kan holde, og det er ingen tjent med. Verre er det at de åpenbart også er på kollisjonskurs med rettsvernet som ikke lover mer enn retten til medbestemmelse: *Brukerkravene vil være individuelle og mangfoldige. Det ligger ikke i kvalitetsbegrepet at alle brukere må få sine individuelle krav innfridd for at tjenestene skal ha riktig kvali-*

*tet. Tjenesteyter må kartlegge de ulike individuelle krav brukerne har, og selv avgjøre administrativt eller politisk hvilke av disse kravene som skal innfris og gis status som brkerkrav.(...) Kvalitet er (...) ikke det samme som det maksimalt beste for den enkelte pasient. (Ot.prp.nr.10: Om lov om spesialisthelsetjenesten mm. 1998–99. Sosial- og Helsedepartementet).*

Lovtekstens understrekning av at brukerne har en formell medbestemmelsesrett, men altså ikke en ekstrem selvbestemmelsesrett, pålegger tjenesteytere ansvaret for å informere tjenestenytere om hvilke tungtveiende behov som kan overprøve deres individuelle ønsker og behov. Her sviktes det over en lav sko. Tjenesteytere er pålagt en plikt til å informere og det inkluderer de begrensninger som kan gjøre seg gjeldende for den enkelte brukers selvbestemmelsesrett. Det er helt vesentlig å innskjerpe dette i en tid hvor brukerorganisasjonene, eksempelvis foreningen Mental Helse, i tiltagende grad hevder at det foreligger en lovbestemt brukerstyring. Dette er ikke lovhjemlet noe sted, derimot en brukermedvirkning.

## Hva gjør vi når brukerens autonomi minimaliseres?

Rettsvernet bygger, som vi har sett, på retten til et informert samtykke og, i ett hermed, retten til å være medbesluttende. Det betyr at når vi ikke lenger har noe ønske om å bli informert, så skal også det respekteres i autonomiens navn. Det kan være så mange grunner til det. Livssituasjonen kan få en slik karakter av slitasje at vi ikke orker noen informasjon, hvor vi kun ønsker fred og ro. Da er det faktisk en lovfestet rett å slippe informasjon. I andre tilfeller kan det melde seg situasjoner hvor vi blir i tvil om hva som er reelle ønsker og behov. Hva gjør vi da?

Retten til et informert samtykke eller retten til å være medbestemmende er lovfestet og fungerer, så langt disse prinsippene rekker, som gode deler av et intakt rettsvern for psykisk utviklingshemmede. Men hva står vi igjen med når begge rettighetsprinsipper må parkeres på sidelinjen på grunn av den hjelpetrequendes tilstand? Kravet om respekt og anerkjennelse av iboende verdighet er hittil belyst ut fra disse rettighetsprinsippene. Men hva betyr nå det samme krav om respekt for de psykiatriske upasienters iboende verdighet når både samtykkeretten og medbestemmelsesretten ikke blir gangbare som følge av viltflytende angst eller omfattende realitetsforstyrrelser?

Her er det grunn til å understreke at sikkerhetsnettet fortsatt er intakt og nå i kraft av det tredje rettighetsprinsipp: Respekt for den hjelpetrequendes integritet. Det er dette prinsipp som underbygger så vel samtykkeprinsipp som autonomiprinsipp og fungerer som et slags lim for begge prinsipper. Kravet om anerkjennelse og respekt for brukerens integritet viker nemlig aldri plass, uansett hvor dårlig brukerens ressurser blir.

## Respekt for brukernes integritet – hva mener vi med det?

Ordet «integritet» er latinsk og dannet av betegnelsen «integer», som betyr: å være «hel» eller «fullstendig». I forretningslivet betyr «integritet» gjerne «å være hel ved». På dette grunnlag baserte man i Middelalderen uttrykket «integritat», som betyr å være «sunn» eller «frisk». Herav fremkommer den moderne helsedefinisjon: *Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyte* (WHO).

Alle ord bør imidlertid tilbakeføres til det verb som ligger til grunn. Substantiver er og blir abstrakte, mens gjerningsordene, derimot, er konkrete. Hvilket gjerningsord ligger til grunn for ordet «integritet»? Det er verbet «tegritare», som betyr: «skade», «krenke». Når forstavelsen 'in' heftes på verbet, som i presens partisipp: «integritas», får vi en nærmere konkretisering av hva vi mener med å være «helhetlig», nemlig: «ikke være krenket».

Det lovfestede krav om anerkjennelse og respekt for de hjelpetrequendes verdighet og integritet nedfeller seg nå i et krav om ikke å krenke. Dette er fint fanget inn av de gode hjelperes yrkesetiske kodeks (FO-etikken): «*Det er en nødvendig del av yrkesutøverens kompetanse å kunne utøve myndighet på en slik måte at den det gjelder ikke føler seg krenket.*» (3.4)

Spørsmålet melder seg av seg selv: Hva vet vi om krenkelser, for vidt forskjellige brukeres vidt forskjellige behov for nærhet og distanse? De tidligere tiders fasitsvar er forlenget forlatt. Tilbake står vi med en ny tids svar og hvor vi alle må prøve ut nye invitasjoner til gode samtaler og konkrete medmenneskelige nærvær. Har overhodet kommunikasjon lenger preg av å være en kunstutøvelse? Hva med kunsten å kunne improvisere, til-

passer tjenesteytelsene på en adekvat måte i forhold til individuelle behov? Spørsmålene står i kø og utfordrer oss alle innen fremtidens psykiske helsevern.

## Litteraturliste

- Andreassen, Bård A. & Ryan, Odd A. (red.) (1991) *Menneskerettigheter: En dokumentsamling*. Oslo: Ad Notam.
- Norges offentlige utredninger (NOU 1993:18) *Lovgivning om menneskerettigheter*.
- Justis- og politidepartementet (Ot. prp. nr.3 1998–99) *Om lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven)*.
- Sosial- og Helsedepartementet (Ot. prp. nr. 10 1998–99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten mm.*
- Utenriksdepartementet (St. meld. nr. 21 1999–2000) *Menneskeverd i sentrum. Handlingsplan for menneskerettigheter*.
- Sosial- og Helsedepartementet (Rundskriv 1–24/1999) *Opptappingsplan for psykisk helse 1999–2006*.
- Risse, Thomas, Ropp, Stephen C. & Sikkink, Kathryn (red.) (1999) *The Power of Human Rights. International Norms and Domestic Change*. Cambridge Univ. Press.
- Statens Helsetilsyn (Utredningsserie 10–2000) *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk*.
- Sosial- og Helsedirektoratet (Utredningsserie 2–2000) *Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser*.
- Sosial- og Helsedepartementet (Rundskriv 1–10/2001) *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*.



Freeman, Michael (2002) *Human Rights. An interdisciplinary approach*.  
Cambridge: Plackwell Publishing Company.

Sosial- og Helsedirektoratet (2005) *Veileder til forskrift om individuell plan 2005*.

Sosial- og Helsedirektoratet (2006) *Veileder til psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*.

Sosial- og Helsedirektoratet (2006) *Veileder til psykisk helsevern for voksne: Distriktpsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*.



**DEL 2:**  
**ET NORDISK SAMTIDSBLIKK  
PÅ PSYKIATRISK SYKEPLEIE**



# EN VETENSKAPSTEORETISK BETRÄKTELSE ÖVER DEN PSYKIATRISKA VÅRDVETENSKAPLIGA UTVECKLINGEN

*UNNI Å. LINDSTRÖM*

## Introduktion

En avgörande vetenskapsteoretisk fråga är huruvida vi uppfattar det psykiatriska vårdområdet primärt som ett forskningsområde eller som tillhörande en vårdvetenskaplig akademisk disciplin omfattande ett bestämt teoretiskt perspektiv. I den nordiska vårdforskningsdebatten kan man igenkänna en viss tveksamhet bland vårdforskarna rörande konsekvens och tydlighet i perspektivvalet och man kan i en vetenskapsteoretisk mening skönja vissa olikheter i utvecklingen av den psykiatriska vårdvetenskapliga utvecklingen. Inom den vetenskapsteoretiska tradition som jag företräder, och som utvecklats vid Enheten för vårdvetenskap vid Åbo Akademi, är utvecklingen förankrad i vårdvetenskapen som en autonom akademisk disciplin inom en humanvetenskapliga caring tradition med inriktning på «själva saken», dvs. vårdandets sak. (Jfr Eriksson & Lindström 2000, Eriksson 2001, Eriksson & Lindström, 2000, 2003, 2007) Inom en annan utvecklingslinje knyts utvecklingen till ett tvärvetenskapligt tänkande där vårdvetenskapen inte träder fram som en akademisk disciplin utan betoningen ligger på professionerna och forskningen inriktas på kunskapsområden eller läroämnen.

# Vårdvetenskap som en akademisk disciplin eller ett tvärvetenskapligt forskningsområde

Betraktar vi vårdvetenskapen som en akademisk disciplin framträder betydelsen av ett medvetet teoretiskt perspektiv med artikulerande ontologiska och epistemologiska ställningstaganden som anger riktningen för forskningen och även utgör tolkningsramen för resultaten. Perspektivet som särskiljer vårdvetenskapen från andra närliggande vetenskaper anger siktet som möjliggör en rörelse mot ett djupare inseende. Förankringen i perspektivet bidrar till styrkan att motstå det skenbara i avtäckandet av sanningen eller som Kuhn (1979, 26) uttrycker det:

i frånvaron av ett paradigm eller en paradigmkandidat kan alla de fakta som möjligen är relevanta för utvecklingen av en vetenskap förefalla lika väsentliga. Som en följd av detta blir den tidiga faktainsamlingen mycket mer slumpmässig än den som blir den vanliga då vetenskapen utvecklats. Som en ytterligare resultat kommer den tidiga faktainsamlingen vanligtvis att begränsas till de fakta som ligger nära till hands när det inte finns något skäl att söka en någon mer svårtillgänglig information.

Uppfattar vi däremot vårdvetenskapen som ett forskningsområde saknas ett klar uttalat perspektiv vilket medför att olika vetenskaper för in olika ontologiska, kategoriala och epistemologiska förutsättningar samt de förutsättningar som relaterar till grundläggande värden.<sup>2</sup> Detta medför att olikartade begreppsbildningar förs in i forskningsfältet, och rörelsen i kunskapsutvecklingen får ofta karaktären av en utvidgande rörelse där den nyanserade karaktären knyts till en tematik som stiger fram ur professionernas problemställningar utan anknytning till ett ämne.

---

<sup>2</sup> Eriksson & Lindström, (2000, 11) relaterar de ontologiska förutsättningarna till vilka slag av entiteter som förekommer på grundnivå i vetenskapen, medan de kategoriala förutsättningarna handlar om vilka slag av attribut eller kvaliteter som karakteriserar entiteterna. De epistemologiska förutsättningarna relaterar till synen på kunskapens natur och metodologi i relation till teoribildning medan värdefrågorna relaterar till vetenskapens ethos, dvs. den etiska grund i vilken vetenskapen har sin förankring.

På ett övergripande vetenskapsteoretiskt plan blir olikheterna bl.a. synliga i artikulering eller frånvaro av artikulering av en legitim ordningsprincip som sammanhåller den kunskap som forskningen bidrar med eller med Nygrens ord:

Det som i varje fall avgör en vetenskaps karaktär är alltid icke de enskilda elementen, som ingår däri utan den ordning och det sammanhang, den skapande idén, under vilken de ställas. Skall en samling av kunskaper kunna erkännas såsom vetenskap, så måste de alltså kunna uppvisas, att de sammanhålls av en legitim ordningsprincip. (Nygren 1922, 21)

Ställningstagande till sambandet mellan ontologi och epistemologi avgör den legitima ordningsprincipen som gör att ett specifikt ämne erkänns som vetenskap. Legitimitet innebär att vetenskaplig forskning och praxis bär ansvar för ett avgränsat område av den vårdande verkligheten. Frågan om legitimitet hör samman med frågan om autonomi, som artikuleras i ett uttalat ethos, dvs. de grundvärden som vetenskapen omfattar. Uppfattningen om vårdvetenskap som ett akademiskt ämne eller ett tvärvetenskapligt kunskapsområde leder till olikartade uppfattningar om legitimitets- och autonomifrågan, vilket bl.a. medför att kunskapsutvecklingen riktas mot olika förståelsedjup.

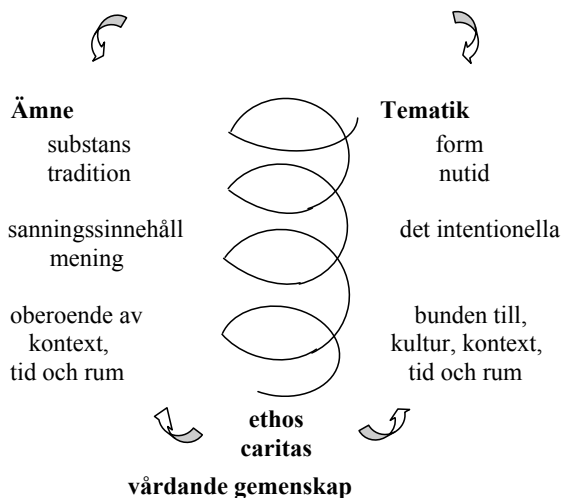
Mot bakgrund av ovanstående är det avgörande för den vårdvetenskapliga kunskapens utveckling huruvida vi uppfattar vårdvetenskap som ett 'rent' ämne med en tematik eller som ett tvärvetenskapligt kunskapsområde.

## Den psykiatriska vårdvetenskapliga utvecklingen knuten till vårdvetenskapens rena ämne

Ur ett vetenskapsteoretiskt perspektiv är min utgångspunkt att den psykiatriska vårdvetenskapliga kunskapsutvecklingen följer tanken om vårdvetenskapen som rent ämne ur vilken den grundläggande ordningen blir synlig genom ämnets bärande grundbegrepp som t.ex. hälsa, lidande och vårdande medan de kontextuella särdragen framträder i tematiken. När vi förflyttar oss till den psykiatriska kontexten framträder kontextspecifika

kännetecken som är bundna till kultur, tid och rum och sålunda får exempelvis hälsa, lidande och vårdande sina specifika särdrag. Nedanstående figur visualiserar ämnets och tematikens samhörighet.

### Vårdvetenskapen som disciplin



Figur 1. Vårdvetenskap – ämne och tematik (Eriksson & Lindström 2003, 6).

Ämnet som är förankrat i en tradition och ett ethos skapar en grundordning i substansen där grundbegreppen relateras till varandra och där sannings- och meningsinnehållet är förankrade. I tematiken framträder de kontextspecifika attributen som har sin speciella form med bundenhet till tid och rum. Så vårdandets substans framställs tematiskt i olika kontextuella sammanhang och vi kan skilja i enlighet med Gadamers (1960) tankegång mellan två former av förståelse för vårdandet. Dels är det frågan om förståelse av «Die Sache» alltså vårdandets kärnsubstans och dels förståelsen av intentionen. Bildligt kan man gestalta ämnet som ett träd med rötter, stam och grenar medan tematiken utgör lövverket på grenarna. Löven är knutna till trädet dvs. till de grundbegrepp som är bundna till de ontologiska ställningstagandena. Inom ramen för den kliniska grundforskningen



söker vi kunskap om hur olika lövverk utvecklats dvs. gestaltar kliniska bilder på en generell nivå medan den tillämpade forskningen synliggör bladens olika särdrag dvs. de kontextspecifika attributen.

I den stund som lövverket lösgör sig från trädet och börjar leva sitt eget liv dvs. utan förankring i ämnet inträder en annan vetenskapsteoretisk tradition, som ofta relaterar kunskapsutvecklingen till ett professionsinriktat tänkande och inte till ett akademiskt ämne. Detta innebär att det blir frågan om olika ontologiska utgångspunkter eller helt avsaknad av en explicit jord ontologi och kunskapsutvecklingen tar utgångspunkt i konkreta problemställningar med ett perspektiv som ofta är multiprofessionellt vilket gör att kunskapsutvecklingen till sin natur blir tvärvetenskaplig och pragmatisk.

Utgående från ovanstående tankegång som symboliserades med löv tillhörande ett artikulerat träd eller löv som inte hör samman med något uttalat träd framträder två olika epistemologiska riktningar dvs. en ontologisk med utgångspunkt i själva saken (det rena ämnet) och en pragmatisk med utgångspunkt i ett professionstänkande, vilket leder till olika kunskapsformer med grund i olika ordningsprinciper. Detta innebär att man i teoriutvecklingen når olika teoridjup och grad av förståelse.

## Den verkliga verkligheten i ljuset av en ontologisk klarhet<sup>3</sup>

Den epistemologi som är förankrad i en ontologi låter den ontologiska klarheten lysa upp vägen för skapandet av vetande. Ämnet som är förankrat i en tradition och bärare av ett ethos skapar en grundordning och synliggör

---

<sup>3</sup> Uttrycket ontologisk klarhet används av Holmgaard & Højberg (2007, 222) i en artikel där de beskriver transformationsprocessen från profession till forskningsidentifikation.

en ontologisk klarhet. I detta sken framträder den verkliga verkligheten, en verklighet som bär oändlighetens dimension. I figur 2 gestaltas denna verklighet inbegripande praxis och den empiriska aspekten.<sup>4</sup>



Figur 2. Den verkliga verkligheten i ljuset av ontologisk klarhet.  
(Modifierad utgående från Eriksson & Lindström 2003, 8)

Den verkliga verkligheten eller sanna verkligheten är den verklighet som finns bortom det omedelbart synliga och uppenbara. Medan den empiriska verkligheten kan uppfattas med våra sinnen sträcker sig den verkliga verkligheten utöver existensen och inbegriper även transcendenten dvs. det som överskrider erfarenhetens och kunskapens gränser. Den binder

<sup>4</sup> Empiri (gr. empeiria), erfarenhet, empirisk, erfarenhetsmässig, som angår erfarenheten (spec. sinneserfarenheten). Empirism är den kunskapsteoretiska huvudriktning som hävdar att kunskapen och verkligheten härstammar från sinneserfarenheten. Lübcke red. (1988, 31–32). Ur detta perspektiv blir den empiriska verkligheten endast en aspekt av den verkliga verkligheten.

samman det inre och det yttre, det timliga och det eviga, det partikulära och det universella. Här vidgas rummet till en rymd där existensen och transcendenten kan vidröra varandra. (Jfr Lindström 2006) Den verkliga verkligheten låter sig inte enbart fångas av ett logospråk relaterat till förnuftet utan öppnar sig för människan genom symboler som Jung (1981) framhåller utgör symbolerna mötesplatser där det enskilda och allmänna kan mötas.

Praxis skall här uppfattas i enlighet med Gadamer's sätt att gestalta begreppet när han säger, hänvisande till Ritter, att praxis är en levandes genomförande av livet, vilket svarar mot ett leverne, dvs. sättet att leva livet och att detta inbegriper val, att bestämma sig för något och mot något. (Gadamer 1988, 44, 61) Det är i praxis som teorin gestaltas och Gadamer lyfter fram i enlighet med Aristoteles tanke att livet är enheten av teori och praxis. (Gadamer 2000, 53)

En bärande tanke i gestaltningen av den verkliga verkligheten är att igenkänna den som en skapelse, dvs. den blir till här och nu, där tid och rum, saken själv och ethos förenas. (Jfr Eriksson 2009) Inseendet i ett kliniskt meningssammanhang uppenbarar spår av den verkliga verkligheten som sålunda når utöver den empiriska och i detta inseende inträder en evidensupplevelse eller med Vattimos (1996)<sup>5</sup> ord sker det en sanningssupplåtenhet.

Hermeneutiken banar väg för förståelsen av den verkliga verkligheten och som Eriksson och Lindström (2007, 5) säger *«öppnar en hermeneutisk ontologi och epistemologi för ett tänkande och en tolkning som går utöver de rådande kunskapsgränserna samt öppnar för förståelsen för den komplexa vårdande verkligheten som inte är oss omedelbart given»*.

---

<sup>5</sup> Vattimo (1996, 30) lyfter fram att sanningen för hermeneutiken inte är först och främst en överenskommelse mellan utsaga och sak utan den upplåtenhet (apertura) inom vilken varje överenskommelse eller olikhet kan verifieras.

## Systematisk och klinisk vårdvetenskap

Den kliniska vårdvetenskapens förståelsehorisont finns i den systematiska vårdvetenskapen och som Eriksson och Lindström (2003, 8) säger:

Vetenskapens djupaste mening – dess meningsväv finns i den innersta teorikärnan och den systematiska vårdvetenskapen utgör den kliniska vårdvetenskapens fundament och förståelsehorisont.<sup>6</sup> Fundamentet finns sålunda inte i empirin utan fundamentet är det som är vårdande. (Jfr die 'Sache') Då teorikärnan förs in i den verkliga verkligheten och översättes så att den binds vid en betydelseupplevelse innebär det ett nytt öppnande som utgör övergången till det kliniska momentet. Kvardröjandet i denna verklighet möjliggör en sammanhållning av gestalten, teorikärnan och banar väg för evidensupplevelsen.

Exempel på detta kvardröjande och på hur förankringen i ett teoretiskt perspektiv med uttalade ställningstagande till ontologi, metodologi och värdefrågor, dvs. de frågor som rör de grundläggande värdena, öppnar upp för ett djupare inseende i det psykiatriskt vårdande meningssammanhanget i bl.a. följande doktorsavhandlingar som framlagts vid Åbo Akademi: Wiklund (2000), Fredriksson (2003), Nilsson (2004), Lassenius (2005) och Gustafsson (2008). I forskningsprogrammet vid Enheten för vårdvetenskap vid Åbo Akademi utgör den kliniska grundforskningen en viktig bro mellan den systematiska och den kontextuella forskningen där kliniska bilder kan träda fram på ett generellt sätt (jfr grenarna i lövverket) innan det sker en övergång till det kontextuella (jfr löven), vilket ovannämnda avhandlingar synliggör på olika sätt. Exempelvis har Lassenius (2005) i sin avhandling «Rummet i vårdandets värld» initialt gjort en dekontextualiserad beskrivning av rummets innebörd och väsen genom en begreppsbestämning av begreppet 'rum' för att därefter uppenbara rummets väsens- och meningssammanhang genom hermeneutisk tolkning av ett urval av skönlitterära texter för att slutligen knyta rummet till en specifik kontext, dvs. den psykiatriskt vårdande kontexten. (Löven)

---

<sup>6</sup> Eriksson & Lindström (2003).

Att vara förankrad i ett bestämt teoretiskt perspektiv innebär även att explicitgöra de kliniska förutsättningarna. Theoreia blir praxis i tillägnandet, dvs. när vårdaren själv tillägnat sig den vårdvetenskapliga kunskapen och sedan tillägnar patienten denna kunskap genom att i den kliniska praxisen leva ut den. Ethoset som avspeglar den rådande värderangordningen och ger den yttersta meningen åt det vårdande sammanhanget utgör tillsammans med grundmotivet caritas och meningssammanhanget dvs. den vårdande gemenskapen, den inre ordningen. En ordning som om den är tillägnad kommer till synes i den vårdande kulturen och kommer till uttryck i vårdandets hållning, varande, retorik och görande. (Jfr Eriksson (2003), Lindström (2006))

En annan central fråga är huruvida vi kan igenkänna grundordningen i en klinisk psykiatrisk vårdande kontext och sålunda erhålla ontologisk evidens. Exempel på att detta är möjligt ges bl.a. i den exemplifierade beskrivningen av hur Erikssons caritativa vårdteori tillägnas patienterna som Donner<sup>7</sup> gör i den amerikanska vårdteoriboken redigerad av Marriner Tomey & Raile Alligood (2006).

Vid en ontologisk oklarhet sker det lätt en perspektivförskjutning från det ontologiska och tyngdpunkten förflyttas från 'die Sache', den skapande idén till ett reduktionistiskt görande. (Jfr Lindströms tankeutveckling om vårdhandlingar och vårdaktiviteter)<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Donner gör en beskrivning av hur man på Stiftelsen Hemmet på Åland i praxis (lever ut) synliggör den caritativa vårdteorin i anslutning till kap. som beskriver Erikssons caritativa vårdteori. (Lindström, U.Å., Lindholm, L. & Zetterlund, J.E. 2006. Katie Eriksson: Theory of Caritativ Caring. In: Marriner Tomey, A. & Raile Alligood, M. (ed.) Nursing theorists and their work. 6. ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 191–223).

<sup>8</sup> Vårdhandling uttrycker den verksamma dimensionen, det som åstadkommer en transformation i hälsoprocessen och sålunda äger rum inom patienten. Varje vårdhandling kan sedan förverkligas med ett oändligt antal vårdaktiviteter. Vårdaktivitet är sålunda det som patienten gör (exempelvis lyssnar, samtalar, skapar trygghet etc.) för att åstadkomma dem verksamma faktorn (Psykiatrisk vårdlära 1994, 98)

## Konklusion

Den psykiatriska vårdvetenskapliga utvecklingen kan forma sig olika men oberoende av vilken väg man väljer framträder betydelsen av att reflektera vetenskapsteoretiskt över grunderna för vägvalet. Vägvalet som vi gjort vid Åbo Akademi är att värna om vårdvetenskapen som en akademisk disciplin och gestalta vårdvetenskapen som en humanvetenskap med ett hermeneutiskt kunskapsintresse och den psykiatriska vårdvetenskapliga utvecklingen knyts till detta. Min strävan har varit att i detta sammanhang på olika sätt lyfta fram betydelsen av en vårdvetenskaplig disciplin som binder samman det systematiska och kliniska, där den systematiska vårdvetenskapen gestaltar verkligheten i enlighet med en inre ordningsprincip och med en konsistent begreppsbyggnad medan det centrala uppdraget för grundforskningen inom den kliniska vårdvetenskapen är att i ljuset av en ontologisk klarhet uppenbara ett djupare meningssammanhang. Den tillämpade kliniska forskningen med sina kontextuella attribut synliggör det specifika kontextuella dragen vars färger grumlas och går förlorade i den stund den rycks lös från sitt fundament i den systematiska vårdvetenskapen.

## Litteratur

- Eriksson, K. (2001) *Vårdvetenskap som akademisk disciplin*. Vårdforskning 7/2001. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (2009) Evidens – det sanna, det sköna, det goda och det eviga. I: Martinsen, K. & Eriksson, K. *Å se og å innse. Om ulike former av evidens*. Oslo: Akribe, 35–80.
- Eriksson, K. & Lindström, U.Å. (1999). En vetenskapsteori för vårdvetenskapen. *Hoitotiede*, 11(6):358–364.
- Eriksson, K. & Lindström, U.Å. (2000) Siktet, Sökandet, Slutandet – om den vårdvetenskapliga kunskapen. I: Eriksson, K., Lindström, U.Å. (red.) *Gryning. En vårdvetenskaplig antologi*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, 5–18.

- Eriksson, K. & Lindström, U.Å. (2003) *Klinisk vårdvetenskap. I: Eriksson, K., Lindström, U.Å. (red.) Gryning II. Klinisk vårdvetenskap.* Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, 3–20.
- Eriksson, K. & Lindström, U.Å. (2007) *Vårdvetenskapens vetenskapsteori på hermeneutisk grund. I: Eriksson, K., Lindström, U.Å. (red.) Gryning III. Vårdvetenskap och hermeneutik.* Vasa: Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, 5–20.
- Fredriksson, L. (2003) *Det vårdande samtalet.* Doktorsavhandling. Åbo: Åbo Akademi.
- Gadamer, H-G. (1960) *Warheit und Methode.* Mohr: Tübingen.
- Gadamer, H-G. (2000) *Teoriens lovprisning.* (Tysk Original: *Lob der Theorie*, 3. Auflage, 1991). Århus: Systeme.
- Gustafsson, L-K. (2008) *Försoning ur ett vårdvetenskapligt perspektiv.* Doktorsavhandling. Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Holmgaard, A. & Højberg, K. (2007) *Fra profession til forskning – identifikation af en transformationsproces. I: Petersen, K.A., Glasdam, S. & Lorenzen, V. (2007). Livshistorieforskning og kvalitative interview.* Viborg: Forlaget Puc, CVU Midt-Vest.
- Jung, C.G. (1981) *Människan och hennes symboler.* Stockholm: Natur och Kultur.
- Kuhn, T. (1979) *De vetenskapliga revolutionernas struktur.* Lund: Doxa.
- Lassenius, E. (2005) *Rummet i vårdandets värld.* Doktorsavhandling. Åbo: Åbo Akademi.
- Lindström, U.Å. (2006) *Gemenskap som uttryck för vårdvetenskaplig ordning. I: Nåden, D., Fredriksson, L., Gjengedal, E. & Rydahl Hansen, S. (red.) Nordic College of Caring Science – 25 år. Jubileumsskrift, 63–70.*
- Lindström, U.Å. (1994) *Psykiatrisk vårdlära.* Stockholm: Liber utbildning.

- Lindström, U.Å., Lindholm, L. & Zetterlund, J.E. (2006) Katie Eriksson: Theory of Caritativ Caring. In: Marriner Tomey, A. & Raile Alligood, M. (ed.) *Nursing theorists and their work*. 6. ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 191–223.
- Lübecke, P. red. (1988) *Filosoflexikonet*. Stockholm: Bokförlaget Forum.
- Nilsson, B. (2004) *Savnets tone i ensamhetens melodi. Ensamhet hos aleneboende personer med alvorlig psykisk lidelse*. Doktorsavhandling. Åbo: Åbo Akademi.
- Nygren, A. (1922) *Dogmatikens vetenskapliga grundläggning: med särskild hänsyn till den Kant-Schleiermacherska problemställningen*. Lund: Gleerup.
- Vattimo, G. (1996) *Utöver tolkningen. Hermeneutikens betydelse för filosofin*. Göteborg: Daidalos.
- Wiklund, L. (2000) *Lidandet som kamp och drama*. Doktorsavhandling. Åbo: Åbo Akademi.



# PSYKIATRISK SJUKEPLEIE I EIT LOKALSAMFUNNSPERSPEKTIV: FAGET SITT BIDRAG I TVERRFAGLEG ARBEID

*HELGA ROBBERSTAD OG BJARNE LEMVIK*

## Innleiing

Under denne overskrifta fann ein samtale mellom Helga Robberstad og Bjarne Lemvik stad som ein av innlegga på Nordisk seminar om psykiatrisk sjukepleie på Hamar 20 og 21 april 2009. Dette kapitlet gjengjev samtalen. Litteratur som er brukt som eit bakteppe finns i litteraturlista etter innlegget.

**Helga:** Då eg fortalde mannen min om dette seminaret på Hamar, og om kven som skulle vera med der, sa han: Det høyrst ut som om dette seminaret kunne ha heitt: «Dinosaurene kommer tilbake».

I invitasjonen til seminaret er det skissert opp nokre liner i utviklinga av faget vårt. Det er først perioden frå 1952–1998, då me hadde vidareutdanning i psykiatrisk sjukepleie. Og deretter perioden frå 1998–2008, då me har hatt vidareutdanning og mastergradsutdanning i psykisk helsearbeid. Men me har hatt eit anna skilje også, som me trur er minst like viktig som dei andre to, og det er perioden frå 1978 og fram til no. Det var i 1978 den første stillinga for psykiatrisk sjukepleie i ein kommune blei oppretta. Me fekk ikkje noko ny utdanning då, men me fekk praksisplassar for studen-

tane i kommunane, og nye måtar å tenkja og arbeida på. Etter kvart kom det og litteratur om psykiatrisk sjukepleie i kommunane. Og no i 2009 er det ca. 3.500 psykiske helsearbeidarar i kommunar over heile landet.

Temaet for Bjarne og meg er og snakka om psykiatrisk sjukepleie i eit lokalsamfunnsperspektiv, og det er eit ypperleg utgangspunkt, for det var mangel på lokalsamfunnsperspektiv som var motivet mitt for å starta med psykiatrisk sjukepleie i kommunen.

## Samtalen

**Bjarne:** Koss kom du på at du ville jobba på denne måten?

**Helga:** Fleire av dykk som er her har opplevd brytningstida mellom den gamle og den nye psykiatrien i slutten av 50-åra og byrjinga av 60-åra. Det var då eg arbeidde på Dikemark sjukehus. Psykofarmaka var nyleg teke i bruk, ein hadde starta med miljøterapi og det blei eksperimentert og tenkt nytt, men dei psykiatriske sjukehusa var framleis totalinstitusjonar der pasientane heile tida blei utsette for krenkingar som var grundig innebygde i systemet.

Etter arbeidet ved Dikemark byrja eg på Barnepsykiatrisk avdeling på Rikshospitalet i 1959. Der var både tenkinga og arbeidsmåtane heilt annleis enn på Dikemark. Alle ungane fekk individuell behandling, og ute i avdelinga blei dei også møtt på ulike måtar. Behandlinga blei lagt opp etter både ressursar og problem hos kvar einskild unge, og kontakten med foreldra og nærmiljøet var god heilt frå starten. Slik var det også då eg byrja i barnepsykiatrien i Rogaland i 1975.

Men før den tid, som distriktslegekone rundt omkring i landet (frå 1964 og utover), opplevde eg mangelen på tilbod til vaksne psykiatriske pasientar i lokalmiljøet frå eit anna perspektiv. Folk med dårlege nerver gjekk til distriktslegen slik alle andre som feilte noko gjorde. I den tida kunne ein få Valium på blå resept. Og når det gjekk heilt gale for nokon var det distriktslegen og lensmannen som i lag fekk pasienten av garde til næraste psykiatriske sjukehus. Og når dei blei utskrivne, som oftast etter svært

lang tid, fans der ikkje noko hjelpeapparat til å ta imot dei. Nokre blei utskrivne til privatpleie, og forpleiaren kom med dei på legekantoret til sjekk ein gong i året eller slik.

Eg begynte og undra meg over korfor det var det så heilt annleis i vaksenpsykiatrien enn i barnpsykiatrien? I vaksenpsykiatrien var jo pårørande og lokalsamfunn framandord som ikkje eksisterte i det faglege vokabularret. Eg blei og meir og meir opptatt av korfor det ikkje var slik for psykiatriske pasientar som for dei med somatiske lidingar, at når dei var ferdigbehandla på sjukehuset og trong meir hjelp etterpå, så blei dei utskrivne til heimesjukepleien.

Det var alt dette som til saman gjorde at eg tenkte at det måtte kunna gå an å arbeida på andre måtar med dei vaksne psykiatriske pasientane også. Dette var bakgrunnen for det som blei starten på psykiatrisk sjukepleie i kommunane, eller «utanfor institusjon» som me ofte sa i denne tida. Me har ikkje tid no til å gå i detalj om korleis dei første stillingane blei oppretta. Men det er litt av ei utvikling frå den første stillinga i 1978 til no i 2009, når kommunehelsetenesta skal vera basis for all helseteneste til alle pasientar i Norge (slik det blei fastslått i Stortingsmelding nr.9 (1974–75)).

**Bjarne:** Koss jobba du, Helga, då du starta åleine i Sandnes kommune?

**Helga:** Den aller første tida brukte eg til å kartleggja behovet for psykiatrisk heimesjukepleie. Eg skreiv brev til alle allmennlegane i Sandnes og dei to psykiatriske sjukehusa i Rogaland, forklarte kva psykiatriske sjukepleiarar kunne hjelpa med, og spurde om kor mange pasientar dei hadde som kunne ha bruk for slik hjelp.

I tillegg gjekk eg gjennom alle journalane i heimesjukepleien og merka meg alle dei som såg ut til å ha tydelege psykiske vanskar, og så gjekk eg heim til dei. Det var folk med alle slags diagnosar, men i begynnelsen var det mest pasientar med depresjon og ulike typar angst som hadde gitt opp å klara å leva eit vanleg liv, og som gjekk til legen og fekk Valium, smertestillande og sovetablettar. Eg fann og ein med diagnosen åndssvak, bak den gøynde det seg ein ca. 50 år gammal mann med schizofreni, som mora hadde gøynt vekk sidan han blei dimittert frå militæret.

Ganske tidleg blei det henvist ei kvinne på ca. 50 år med ein schizofrenidiagnose. Ho hadde vore innlagd frå før ho var 20 år og hadde ikkje snakka på mange år, ikkje eit ord.

No var ho utskreven til søstera, og bestillinga til meg frå sjukehuset var å setja ei depotsprøyte kvar 14. dag. Søstera, pasienten og eg gjorde jo det me ville, uavhengig av og i tillegg til den bestillinga. Sidan ho ikkje snakka skreiv ho det ho ville me skulle gjera, og det gjorde me.

Der fans ei anna søster i ein annan kommune, som også ville ha pasienten heim til seg. Det var jo ganske godt betalt. Så ein dag heile familien var samla til ei felles gravferd, blei pasienten kidnappa og kjørt heim til den andre søstera. Eg blei sjølsagt kontakta for å vera med og få henne heim til Sandnes igjen. Så kontakta eg sjukepleiesjefen i den andre kommunen. Alle dei tre søstrene, sjukepleiesjefen og eg møttest på mitt kontor. Der sa eg at ho dei sloss om var vaksen og måtte sjølv få bestemma kor ho ville bu, og at det kunne ho berre skriva på ein lapp. Ho gjorde det, og eg las opp kva ho hadde skrive. Og slik blei det. I dag hadde me kalla dette brukarmedverknad. I 1979, når pasienten ikkje var innlagt men budde hos familien, heitte det ikkje noko spesielt, det var berre respekt for pasienten, vanleg folkeskikk og sunn fornuft.

**Bjarne:** Hadde du noko retningslinjer eller reglement for korleis du skulle arbeida då du starta i Sandnes?

**Helga:** Nei, det fanst ikkje noko reglement eller prosedyrar for korleis eg skulle jobba, så det rettaste blir nok å seia at eg brukte alt eg hadde lært etter kvart som det blei bruk for det. Når eg fekk henvisingar frå allmennlegar galdt det som oftast ulike nevrotiske tilstandar. Dei som kom kom frå Dale (det psykiatriske sjukehuset) var som oftast folk som hadde vore innlagde i årevis, – det hadde vel starta med ein psykose. Men uansett diagnose handla det om å finna ut kva ressursar folk hadde, kva dei kunne greia sjølve, og kva dei trong hjelp til i kvar sine ulike liv. Og det var sjølsagt heilt forskjellig, frå å komma seg opp om morgonen, våga å gå på butikken, ta bussen eller gå på besøk til familien og å luka ugras i rosebedet.

Dette ugraset var hos ei djupt deprimert kvinne som hadde lagt seg ned og ikkje orka nokon ting. Ho hadde vunne 1. premie for den vakraste rosehagen i Sandnes i mange år, og no låg ho her medan ugraset rådde grunnen. Eg fjerna sjølvsagt ugraset først, slik at ho blei i stand til å snakka om andre ting etterpå.

Det omgrepet som dekkar best korleis eg jobba var nok eigenomsorgsmodellen, fordi det handla om å hjelpa folk med det dei ikkje greidde sjølve, og ikkje alt det andre, slik det ofte er når folk er innlagde.

Poenget med alt eg gjorde var å hjelpa folk til å fungera i sine eigne heimemiljø. Og metodane varierte sjølvsagt etter både person, diagnose, problemstilling og nabolag. Kort sagt kan eg seia at dei viktigaste metodane var direkte pasientkontakt i kort tid i akutte fasar, og over lang tid til pasientar med kontaktvanskar som har spesielt bruk for kontinuitet i hjelpetilbodet.

Det var viktig å gi rettleiing, støtte og undervising til resten av heimesjukepleien, og å prøva å få til samarbeid med allmennlegane og det psykiatriske sjukehuset. Det kjendest trygt og godt å ha fagkunnskapen både frå grunnutdanninga i sjukepleie og spesialutdanninga i psykiatrisk sjukepleie. Utan begge desse kunnskapane hadde det vore vanskeleg å hjelpa folk med angsttrening, spiseforstyrrelsar og mykje anna. Mange av pasientane hadde jo både fysiske og psykiske sjukdommar, og mange nevrose-pasientar trudde jo at dei var fysisk sjuke.

**Bjarne:** Kva syntest sjukehuset om denne måten å arbeida på?

**Helga:** Eg syns me opplevde svært lite respekt for det me heldt på med. Den første gongen LPS (Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere) arrangerte eit seminar som skulle handla om samarbeid mellom 1.- og 2.-linetene, var i Stavanger i 1980. Motstanden var så stor at seminaret kom til å handla meir om kor skadeleg denne utviklinga kunne vera for psykiatrien, og kor gale det var hvis dei psykiatriske sjukepleiarane blei spreidde utover i kommunane. Ein psykiatrisk sjukepleiar frå Austlandet reiste seg og sa at dette ville ho ikkje høyra på og ikkje vera med på, så ho gjekk i protest. NSF støtta heller ikkje at det skulle opprettast stillingar i kommunane.

Det var eit problem over alt at sjukehuset ikkje såg på det arbeidet som blei gjort i kommunane som skikkeleg fagarbeid. Det var for lite autoritært og for mykje brukarstyrt. Ein psykiatrisk sjukepleiar som begynte å arbeida i Sandnes kommune slutta etter kort tid: «Her kan ikkje eg jobba, for her bestemmer jo pasientane alt!» Det var ikkje så mykje snakk om verken brukarmedverknad, samarbeid eller lokalbasert arbeid då som no.

**Bjarne:** Kva brukte du av fagligheten din i denne tida?

**Helga:** Eg brukte alt eg hadde lært, og blei ikkje hindra av reglement og rutiner og overlegar som bestemte, for her fans ingen av delane! Eg følte eg fekk bruka alt eg kunne, faget blei verkeleg og nært. Pårørande og nettverket og samarbeidet med dei blei heilt sjølsagt og naturleg og ikkje berre teori. Begrep som kontinuitet og eg-styrkjande sjukepleie fekk skikkeleg innhald og mening. Pasienten blei synleg med heile seg og heile livet sitt i den naturlege samanhengen han levde i til vanleg. Og når pasienten var der med heile seg, så kunne eg og bruka heile meg og alt eg hadde lært.

Samanlikna med arbeidet på institusjon så hadde eg no ein fagleg og menneskeleg fridom som kjendest veldig rett, og som gjorde at eg tenkte at no veit eg kva psykiatrisk sjukepleie verkeleg er. Men eg såg jo og kva me mangla, og noko av det aller viktigaste var eit godt samarbeid med psykiatrisk sjukehus, slik det no er blitt eller held på å bli mellom kommunane og DPS-ane. Det var jo fordi dette samarbeidet aldri blei godt nok at DPS-ane kom for å ta seg av nettopp det.

**Bjarne:** Korleis var samarbeidet med andre dei første åra?

**Helga:** Generelt var det samarbeid på kryss og tvers med pasienten sitt private nettverk, resten av heimesjukepleien, sosialkontoret, allmennlegane, menighetar, politiet, arbeidsplassar, naboar og kven som helst, men det fans jo ikkje eit formalisert samarbeid med nokon. Det tverrfaglege samarbeidet fungerte slik at eg kontakta dei yrkesgruppene som var aktuelle for kvar pasient. Somme gonger gjekk det heilt greit, andre gonger ikkje.

Samarbeidet med allmennlegane varierte, det var bra med dei fleste, men det kunne og vera svært dårleg. Og slik er det vel enno.

**Helga:** Formålet med å erstatta den gamle utdanninga med ei ny tverrfagleg utdanning i psykisk helsearbeid var jo nettopp å styrka det tverrfaglege samarbeidet og brukarmedverknaden. Og Opptrappingsplanen har lagt svært stor vekt på brukarmedverknad, samarbeid og hjelp i nærmiljøet. Då den nye utdanninga blei sett i verk var eg lærar, og no er eg pensjonist, så det er jo du Bjarne som har opplevd det nye i praksis frå 1998 og til no. Trur du Bjarne at den nye tverrfaglege utdanninga har vore viktig for å arbeida meir på denne måten som opptrappingsplanen krev?

**Bjarne:** Det tykkjer eg det er vanskeleg å svare på, sidan eg ikkje har vore lærar på vidareutdanninga og ikkje har god kjennskap til kva som er innhaldet i den nye utdanninga og i kor stor grad den psykiatriske spesialutdanninga har vorte vidareutvikla/vidareført.

Eg er usikker på kor mykje av vidareutdanninga som fokuserar på innhald i psykisk helsearbeid og arbeidsmåtar ute i lokalsamfunnet. Eg har sjølv skrive både artiklar (Robberstad 1979 og 19892) og bøker (Robberstad 1986 og 2002) med utgangspunkt i kommunen og psykisk helsearbeid, og det har gjort at eg har undervist ein del for både kommunar og høgskular. Der har eg fått inntrykk av at dette er einaste undervisinga dei får i dette temaet på ein del vidareutdanningar i psykisk helsearbeid, og det betyr i så fall at det er altfor svakt. Dette vert bekrefta av at studentar som skriv oppgåver, tek kontakt for å få meir kunnskap om kommunen og arbeidsmåtane i kommunen. Men eg har sett at det har vore ein styrke at personar med andre fagutdanningar har fått meir kunnskap om psykisk helse og psykiatri.

**Helga:** Eg kan bekrefta at mykje av det du seier er slik du har oppfatta det. I 2006 gjorde Rådet for psykisk helse undersøkinga *Utdanning til morgondagens praksis?* – som eg sto for (Robberstad 2006) I den blei det tydeleg at mange av utdanningane har svært lite undervising om lokalbasert arbeid. Kva trur du at den tverrfaglege utdanninga har gjort med tilbodet til pasientane?

**Bjarne:** Eg veit ikkje om det er den tverrfaglege vidareutdanninga i seg sjølv, eller om det er det at det har kome inn mange fleire faggrupper, fleire personar med ulik erfaring og ulik personlegdom som har gjort det. Men

eg har opplevd det som ein styrke at det er fleire perspektiv og arbeidsmåtar representert no enn før, og at me gir mykje meir differensierte tenester, som er representerte både gjennom ulike fagutdanningar, ulike vidareutdanningar, ulik erfaring, og tilsette av ulike kjønn og alder.

**Helga:** Kva er i så fall blitt betre – og korfor?

**Bjarne:** Me har fått ei breiare forståing for kva psykiske lidningar er og korleis dei virkar på den einskilde og på dei rundt, og ulike arbeidsmåtar har gitt eit breiare tilbod.

Eg kan ikkje seia at dette har skjedd som følgje av den tverrfaglege vidareutdanninga. Det har skjedd så mange ting i samfunnet generelt: Psykopp i Stavanger har normalisert språk og kva det vil seia å ha psykiske lidningar. TIPS med annonsar kvar veke i aviser i mange år: *Kan det vera psykose?* Verdensdagen. Rådet for psykisk helse. Brukarkompetanse som no er etterspurt og som før var ukjent. Opptappingsplanen har og sett fokus på alt dette. Styrking av brukarorganisasjonane er eit anna viktig element. Så eg kan ikkje seia kor mykje vidare forståing som kjem frå den tverrfaglege vidareutdanninga og kva som kjem frå andre kjelder.

**Helga:** Helsedirektoratet legg vekt på at ulike faggrupper har ulikt kunnskapsgrunnlag, og at det er viktig å avklara kva rolle kvar av dei skal ha når dei er på same arbeidsplass. Det er dette som er det vesentlege med å vera tverrfagleg. Syns du det er blitt slik?

**Bjarne:** I starten, då det kom ulike faggrupper inn i det kommunale psykiske helsearbeidet, var det ikkje slik. Det er vanskeleg å seia at den eine faggruppa er god på det eine eller det andre, utan at dei andre faggruppene kjenner det som underkjenning av deira faglegheit.

Eg har ringt rundt til ein del kommunar og spurt kva dei legg vekt på når dei tildeler nye henvisingar/søknader. For meg ser det ikkje ut til at det er faglege kvalifikasjonar som veg tyngst. Svært mange seier at det er kapasiteten hos personalet som avgjer kven som får ansvaret for nye brukarar. Men både fagleghet, personlege eigenskapar, erfaring, interesse, kjønn og alder spelar nok ei rolle når det skal lagast tilbod til nye brukarar.



**Helga:** Tenkjer du at psykiatrisk sjukepleie har blitt endra eller påverka av den nye utdanninga?

**Bjarne:** Ja, den psykiatriske sjukepleien har etter mitt syn vorte påverka av den nye tida. Eg veit ikkje om det er utdanninga eller at psykiatriske sjukepleiarar i psykisk helsearbeid i kommunane kom inn i ei identitetskrise på grunn av alle dei nye fagpersonane som kom inn i feltet. Men eg har sett at mange psykiatriske sjukepleiarar har vorte forvirra på kva som er deira spesialområde no.

Dei fleste psykiatriske sjukepleiarar har vore opne og nysgjerrige og ønska nye faggrupper velkomne i feltet og arbeidsmiljøet. Eg trur mange psykiatriske sjukepleiarar var forvirra ein periode over kva rolle dei skulle ha: om dei skulle ha den sentrale rolla som bandt heile tilbodet saman, eller om dei skulle ha ansvar for ein spesifikk del av det psykiske helsearbeidet. Mange av oss er nok frå tid til anna i denne forvirringa enno. Men eg tykkjer at me ser konturane av kva som skal vera den psykiatriske sjukepleiaren sitt hovudområde i det kommunale psykiske helsearbeidet.

Ein del psykiatriske sjukepleiarar har valgt å beskytta seg mot det tverrfaglege. Mange av desse har halde fast på området og kjempa mot at andre skal få innsyn i arbeidsmåtar, journalar, brukargruppe osv. I ein kommune eg kjenner til, kalla dei desse tenestene for «dei hemmelege tenestene». Det er synd at det framleis finst slike hemmelege tenester i ein god del kommunar. Eg har fått telefonar frå meir enn ti kommunar, der politikarar, mellomleiarar, og tilsette i helsetenestene og heimetenestene har spurt om korleis ein skal gå fram for at desse tenestene også verta ein del av dei samla kommunale tenestene.

**Helga:** Kva er det spesielle med vårt fag i det tverrfaglege samarbeidet?

**Bjarne:** Den psykiatriske sjukepleiaren har ei spesiell oppgåve å bidra i samarbeidet med å sjå tilbodet i eit sjukt–friskt perspektiv, i eit diagnose–behandling–forløps-perspektiv. Dette skal supplera og gi djupnesyn saman med andre faglege perspektiv, som rehabilitering, sårbarhet – ressursperspektiv, recovery og brukarkompetanseperspektiv, folkehelse og førebyggingsperspektiv.

Eg tykkjer eg har sett at det er særleg viktig i psykisk helsearbeid at psykiatriske sjukepleiarar har ei grunnutdanning som også tek med det somatiske. Der eg har jobba, har me lett oversett det somatiske hos folk med psykiske lidingar.

Eg kan nemna ein situasjon der ei eldre kvinne vart aukande psykotisk. Ho reagerte ikkje på verken medisiner, auka tryggleik i form av hyppigare besøk, eller andre av dei tiltaka me set i verk når psykosen blomstrar. Ein nyttilsett psykiatrisk sjukepleiar gjekk på besøk saman med ein annan av dei tilsette, og såg med ein gong at kvinna hadde store ødem i føtene. Fastlegen vart tilkalla og kvinna vart innlagt. Me måtte vera med å trygga sjukehuspersonalet ved at det dei første døgn alltid var ein frå kommunen til stades når dei skulle gå inn på rommet hennar. Den somatiske behandlinga var effektiv mot ødema, og psykosen gav seg og då ho fekk somatisk behandling.

Dette viser kor viktig det er å sjå heile mennesket. Når me til vanleg er mest opptekne av psykisk helse og psykiatri, er det lett å oversjå symptom på somatisk sjukdom. Dette er slikt som sosionomar og barnevernpedagogar ikkje har fagleg grunnlag for å forstå.

**Helga:** Har du tankar og erfaringar om at organisering av tenestene til psykisk sjuke i kommunane har noko å seia for å fremma verdiar som brukarmedverknad, tverrfagleg samarbeid og hjelp i nærmiljøet?

**Bjarne:** Ja, eg har mykje erfaring i det. Eg ser at mange stader er det avgjerande at psykisk helsearbeid ikkje vert definert som pleie- og omsorgstener. Dei vil sjølvsagt tvinna seg inn i både pleie og omsorg, behandling, førebygging, samfunnsplanlegging osv.

Men både arbeidsmåtane og fokuset i psykisk helsearbeid skal etter mi meining ha ei rehabiliteringsoverskrift. Dei kolliderer så mykje med den instrumentaliserte sjukepleieforståinga som rår grunnen i pleie og omsorg no for tida at det ikkje er funksjonelt å vera under same leiing.

Bare det med måten å bruka tid på i tiltaka er uforeinleg med pleie og omsorgstenkinga i psykisk helsearbeid. Dei måler tiltaka i minutt og timar. Me måler i månader og år. Målet i psykisk helsearbeid er ikkje å fanga opp,

ta vare på og redusera farten i aldring og forverring, slik hovudtenkinga er i pleie og omsorg. Slikt kan vera delmål i periodar, men målet vårt er å hjelpa folk til å kunne auka antal arenaer og roller dei kan meistra i samfunnet. At dei skal gå frå å vera i ei mono-rolle til å ha mange ulike roller, som arbeidstakar, son, huseigar, medlem på treningscenter, kunde på bibliotek, førarkortinnehavar osv.

Eg vil prøva å teikna eit bilde av slik eg meiner det psykiske helsearbeidet i kommunane kan sjå ut. Definisjonen på psykisk helsearbeid i *Veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene* frå Helsedirektoratet er ikkje konkret nok til å sikra at det psykiske helsearbeidet i kommunen utviklar seg med same innhald og arbeidsmåtar rundt om i landet.

Mange tenkjer at spesialisthelsetenesta og psykisk helsearbeid er motsetnader. I spesialisthelsetenesta seier mange at dei skal stå for behandling og kommunane for omsorg. Dette bilde har eg teikna i figur 1.



Figur 1

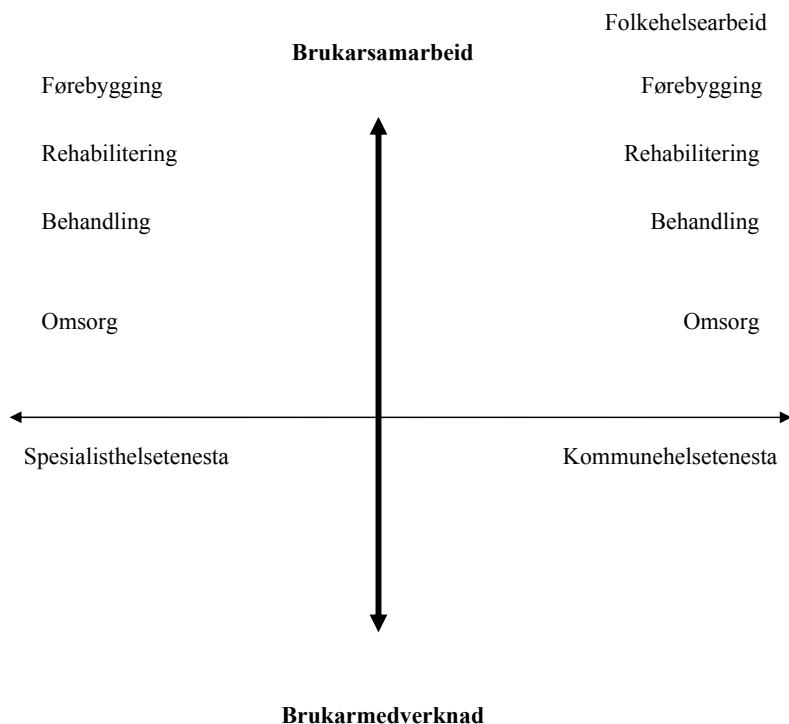
Men det er ikkje slik i det verkelege livet. Både i spesialisthelsetenesta og i kommunen er det både behandling og omsorg. Rehabilitering og førebygging skal også gjerast begge stader. Det har eg teikna i figur 2.



Figur 2

Det går altså ikkje an å forklara psykisk helsearbeid som noko heilt anna, noko som står i kontrast til spesialisthelsetenesta. Nokre vil seia at sterkare brukarmedverknad er eit særteikn på kommunalt psykisk helsearbeid, samanlikna med spesialisthelsetensta. Det går også an å tenkja seg at det er høg grad av brukarmedverknad i både psykisk helsearbeid og i spesialisthelsetensta. Brukarmedvedverknad går etter mi meining på ein annan akse.

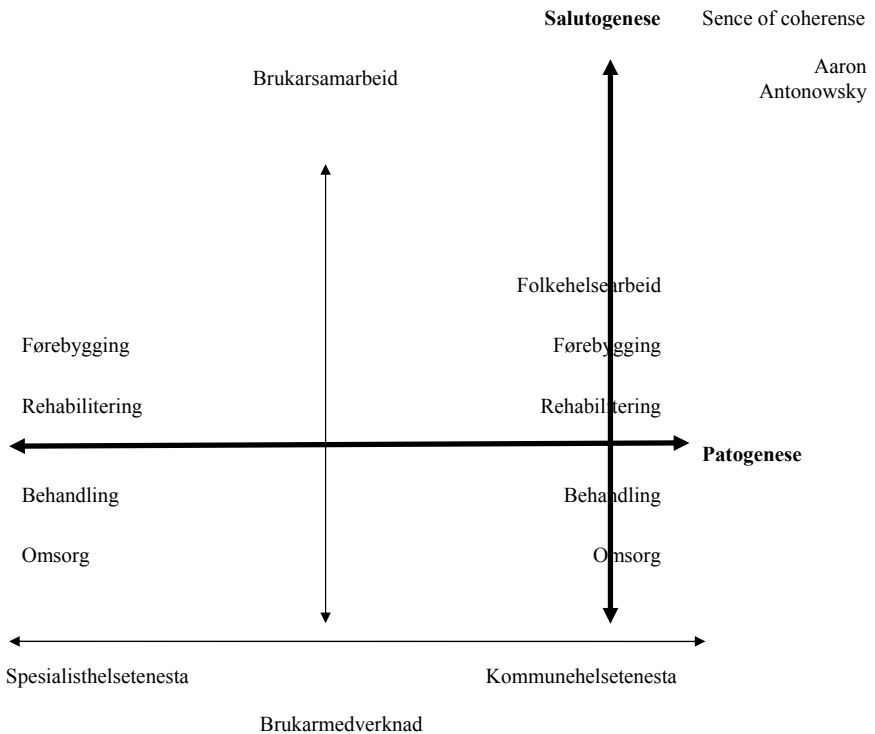
Arnchild Lauveng snakkar om brukarsamarbeid som eit betre ord enn brukarmedverknad. Eg tykkjer det er logisk og brukar derfor dette som uttrykk for høg grad av brukarmedverknad. Eg har teikna inn aksa som syner brukarsamarbeid i figur 3.



Figur 3

Det er to nødvendige perspektiv på psykisk helsearbeid: det salutogenetiske og det patogenetiske. Heilt ulik vekting av desse er kanskje den største forskjellen på psykisk helsearbeid og spesialisthelsetenester. Salutogenese betyr det som gjer eit menneske friskt. Patogenese er eit samlebegrep på det som gjer eit menneske sjukt. Dei utfyller kvarandre. Me har to auge, og treng begge for å kunna vurdera fråstand. På same måten vil det å ha både eit salutogenetisk syn og eit patogenetisk syn gi djupnesyn i arbeidet med å hjelpa dei som har mista fotfestet til å gjenvinna eit liv i verdighet.

Altså eit sjuk/friskt perspektiv og eit helse/uhelseperspektiv. Denne måten å sjå det på gjer det mogeleg å tenkja at eit menneske kan vera sjukt men ha god helse, og omvendt at eit menneske kan vera friskt og likevel ha dårleg livskvalitet.



Figur 4

Recovery, kunnskapen om sjølvhelbredande prosessar, empowerment og rehabilitering er sentrale kunnskapsområde som vil byggja opp om ein salutogenetisk arbeidsmåte. Desse omgrepa er satt inn i figur 4.

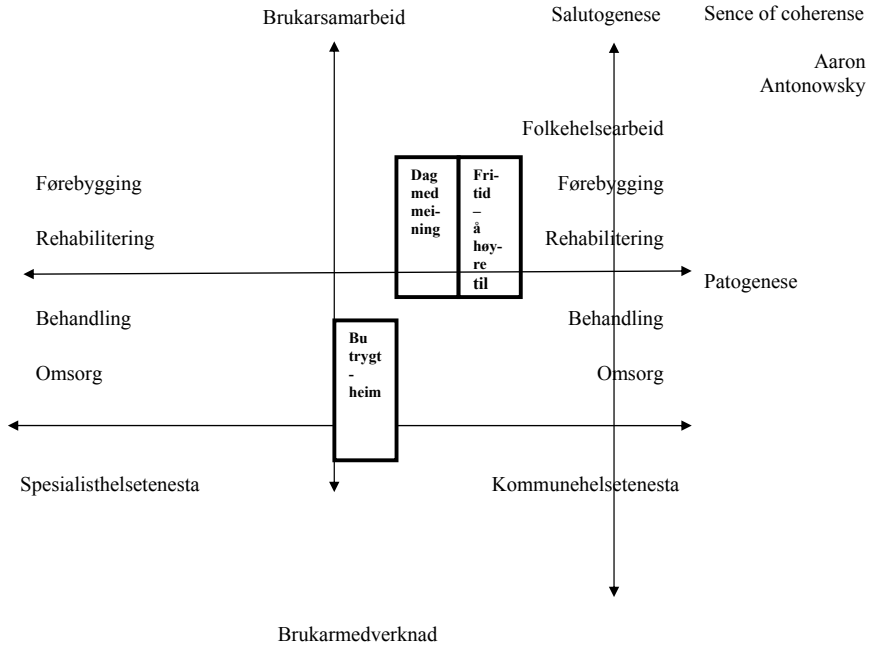
I Aaron Antonowsky (1991) sine teoriar rundt salutogenesen formulerte han omgrepet *Sense of coherence*. Dette inneber at dei som finn ein måte å forstå ein krevjande situasjon, som ser meining og samanhang, vil ha større moglegheit til å meistra situasjonen sin.

Det patogenetiske synet er eit sjukt/friskt perspektiv som finst både i kommunalt psykisk helsearbeid og i spesialisthelsetenesta, i ulike mengder. Patogenese, diagnose, behandling, forløp og prognose. Kva skuldast lidinga og kva kan gjerast for å fjerna symptom, eventuelt redusera dei?

Desse to perspektiva og dei ulike fagområda dei er oppbygde av, utgjer til saman kunnskapsgrunnlaget for psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid er altså i høgaste grad eklektisk. Denne måten å forstå det psykiske helsearbeidet gir den psykiatriske sjukepleiaren ei hovudrolle i det patogenetiske feltet av psykisk helsearbeid. Det vil seia å sjå personen og tilbodet i eit sjuk/friskperspektiv, både somatisk og psykisk. Både grunnutdanninga og den fagspesifikke spesialiseringa i vidareutdanninga gjer den psykiatriske sjukepleiaren skikka til å ha denne rolla.

Psykisk helsearbeid med brukarsamarbeid, med sterk grad av brukarinvolvering og medverknad, vil prinsipielt leggja vekt på at det er kompetansen som skal flyttast til personen som treng hjelp/støtte, ikkje omvendt. Det er først når det sjuke vert for overveldande til å kunna løysast der den det gjeld er, at personen skal flyttast til eit miljø som har høgare kompetanse og tryggleik.

For å få til dette må det liggja ein sterk relasjon i botnen. Alain Topor og Marit Borg (2003) har forska på, skrive om og presentert kunnskap om kva som er ein sterk relasjon. Dette har vore utruleg viktig kunnskap for oss som arbeider i kommunane. Når me har ein sterk relasjon som toler frustrasjon og det forvirrande og utrygge, kan me følgja den det gjeld mellom dei arenaene vedkomande lever og oppheld seg på. Dette er teikna inn i figur 5.

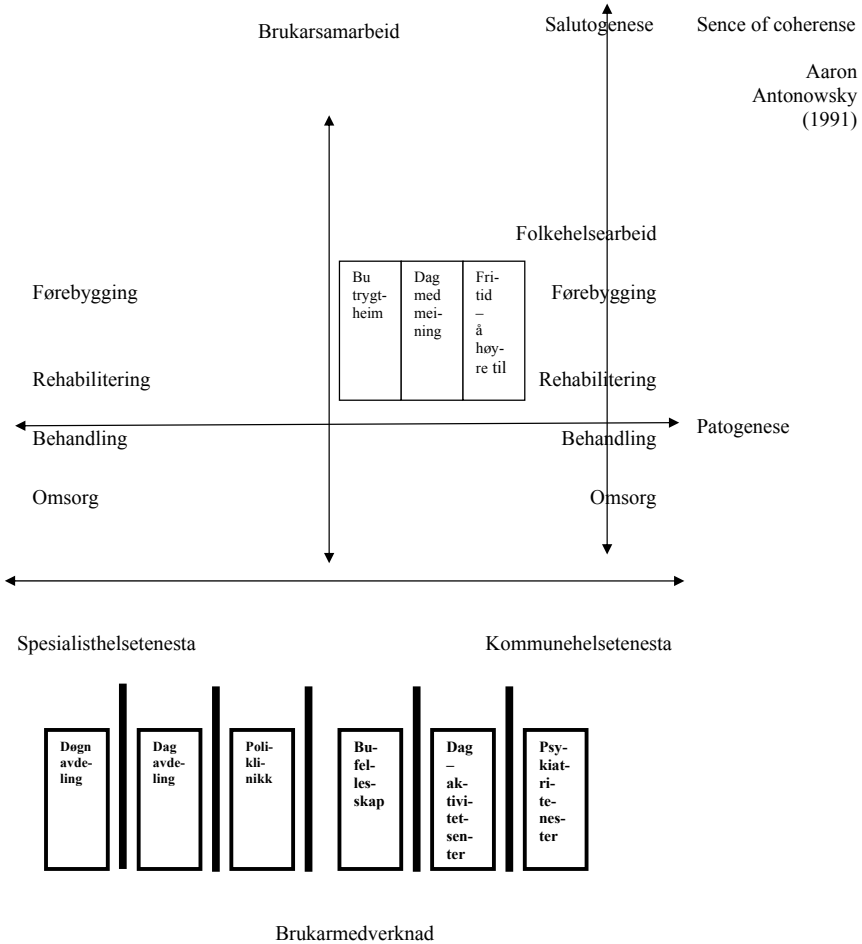


Figur 5

I det psykiske helsearbeidet er det altså arenaene til personen me samarbeider med som er arbeidsplassen, ikkje kontoret. Det er ulike arbeidsmåtar som miljøarbeid/terapi, nettverksarbeid, kognitivt individuelt arbeid, samtale osv. Samtale skjer ofte i bil på veg til eller frå aktivitetar, arbeid, butikk, offentlege kontor eller andre gjeremål som brukaren treng noko støtte til å kunne utføra. Poenget er at dei som har ein sterk relasjon til brukar, vert med der det er viktig å vera med, når personen treng det for å gjennomføra det som er viktig for han eller henne.

Dette gjeld også når personen skal inn på døgnavdeling eller bruka andre tenester frå spesialisthelsetenesta. Den brukaren er trygg på vert med inn når det er nødvendig. Likeeins vert tilsette frå spesialisthelsetenesta med ut, eller kjem ut til for eksempel heimen når det er føremålstenleg. Jæren distriktpsykiatriske senter har utvikla ein modell der dette ikkje er uvanleg. I tillegg har det laga ei ordning som vert kalla *brukarstyrte plassar*. Det vil seia at den det gjeld kan velja å leggja seg sjølv inn når han eller ho

kjenner at det er nødvendig. Då kan dei vera inne på døgnavdeling i opp til fem dagar. Det viser seg at bruken av tvang går ned, og det gjer også samla liggjetid når ein ser det over eit år. Dette er teikna inn i figur 6.



Figur 6



Når me samanliknar korleis spesialisthelsetenesta og det kommunale psykiske helsearbeidet ser ut i eit perspektiv med lite brukarmedverknad, ser me at kvar instans har sine eigne rammer og arenaer og tenkjer heilskap bare innafor eiga verksemd. Pasienten opptrer på dei ulike arenaene og må sjølv stå for syntesen av tilboda.

Det må vera eit mål at innhaldet i det psykiske helsearbeidet vert meir spesifisert etter kvart som me får meir erfaring på kva som gir gode tenester for dei det gjeld. Eg meiner at NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene – i Trondheim) vil ha eit hovudansvar for å leia dette klargjeringsarbeidet, som truleg også vil gjera rolla til den psykiatriske sjukepleiaren tydelegare. Eg håpar også at innhaldet i vidareutdanninga og spesialiseringa av utdanningane vil forandre seg når me ser tydelegare kva typar tenester og fagleg kompetanse som er nødvendig, både i kommunen og spesialisthelsetenesta.

**Helga:** Utgangspunktet for psykisk helsearbeid i kommunane var at pasientane skulle få hjelp i nærmiljøet, at det skulle bli nærare samarbeid med pårørande og resten av nettverket og betre samhandling mellom alle aktuelle partar og nivå. LEON-prinsippet var både det politiske og faglege idealet.

Seinare har all fagleg utvikling og statlege føringar lagt sterkare og sterkare vekt på alle desse faktorane, og det har gått rette vegen, men det er enno mykje som ikkje er godt nok.

Det tverrfaglege samarbeidet er uklart og dårleg definert, og fastlegane er altfor lite med i det.

Det psykiske helsearbeidet i kommunane har enno ikkje fått like høg status og like mykje pengar som dagens spesialisthelseteneste. Målet må jo vera at dei blir likeverdige samarbeidspartar, for begge har kunnskapar som det andre feltet ikkje har, og som kvar av dei er heilt avhengige av for å kunna gjera skikkeleg arbeid.

# Litteratur

- Antonowsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Borg, M. & Topor, A. (2003) *Virksomme relasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Robberstad, H. (1979a) Psykiatrisk sjukepleie i Sandnes kommune. *Sykepleien*, 16: 6–9.
- Robberstad, H. (1979b) Psykiatrisk sjukepleie, ei vinning for primærhelsetenesta. *Sykepleien*, 19: 12–15.
- Robberstad, H., Bunch, E.H. & Smeby, N.Å. (1986) *Eit betre liv?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Robberstad, H (2006) Utdanning til morgondagens praksis? Oslo: Rådet for psykisk helse, Rapport.
- Robberstad, H. (1992) Tilbod til psykiatriske pasientar i Rogaland i 1980–1992. *Sykepleien Fagtidsskriftet* nr.6.
- Robberstad, H. (2002) *Kommunepsykiatri: Pionerar, vekst og utvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.

# ENSOMHET — NOEN REFLEKSJONER

*BRITA NILSSON*

## Angstens ensomhet

Min motivasjon for å studere fenomenet ensomhet var en sammenveving av så vel subjektiv som intellektuell nysgjerrighet. Forforståelsen av ensomhet var både erfart som et alminnelig, men også et mysteriøst fenomen. Det var dette som uroet meg.

Foruten interessen i forståelsen av eksistensens ensomhet var jeg spesielt interessert i ensomhetens vending mot psykisk lidelse. Som psykiatrisk sykepleier hadde jeg erfart at pasienter med alvorlig psykisk lidelse hadde en spesiell og dyp ensomhet i sin opplevelsesverden, en ensomhet som de sjelden snakket om. Gjennom årene hadde det utviklet seg en dyp respekt for hvordan pasientene strevsomt forsøkte å håndtere sin tilværelse.

Pasientene ønsker så gjerne å vende seg mot andre mennesker på tross av knuste drømmer og forventninger, på tross av en lidelse, som på mange måter er en kamp mellom liv og død, og hvor ensomheten syntes som en kontinuerlig følgesvenn.

Hvordan kommer en så i kontakt med den dype ensomheten? Eller for å stille spørsmålet annerledes? Er det en sammenheng mellom ensomhet og angst?

Filosofen Martin Heidegger (1981) viser oss ensomheten gjennom angsten. Angsten individualiserer oss, skriver han, og viser oss vår eksistens som *solus ipse*, det vil si *selvets ensomhet*. Det er med andre ord gjennom normal angst at mennesket erfarer sin subjektive og individuelle ensomhet. Og det er bare mennesket selv, mener Heidegger, som har denne spesielle kvalifiserende mulighet for forståelse av sin ensomhet og seg selv.

Mennesket konfronteres med sin ytterste ensomhet i angsten, og kjenner seg ikke lenger hjemme i sitt hverdagslige liv. Vår tidligere fortrolighet med våre livs sammenhenger raser sammen. Menneskets ensomhet er derfor subjektiv. Stikkordet her er *subjektivitet*, noe som kan settes i forhold til Heideggers begrep om den individuelle tid.

Den individuelle tid er primær i menneskets eksistens. Den fysikalske tid (klokketiden) er sekundær, men klokketiden er også fellesskapets «ytre tid». Felleskap er motsetningen til ensomhet.

Er det noe den dypest ensomme savner er det jo et fellesskap. Hva da med ensomhetens individuelle primære tid opp mot fellesskapets sekundære eller ytre tid? Eller for å spørre på en annen måte: Er utfordringen for et autentisk felleskap at sykepleieren og pasienten møtes i den individuelle tid – det vil si den primære tid?

Klokketiden er i en heideggeriansk forståelse tenkt som en tjener; men erfares i dag mer og mer som en streng herre, og som i en habermansk (Nørager 1985) forståelse gradvis har blitt et dominerende moment innenfor hans begrep om systemverdenen.

Det er i dag til og med slik at enkelte gir av sin klokketid som julegave til venner og familie, fordi tiden erfares som nesten det mest dyrebare i de moderne vestlige samfunn.

I min empiriske undersøkelse, som dreide seg om en kvalitativ studie av åtte aleneboende personer med alvorlig psykisk lidelse framkom en omsorg – og behandlinglidelse som i det vesentlige var knyttet til klok-

ketiden (Nilsson 2004). Informantene erfarte sykepleieren i større grad i hastverk i et isolert nu – enn øyeblikkets helhetlige møte i omsorgen. De uttrykte samtidig savnet av en tilstedeværende lytter.

I avhandlingen er den empiriske metoden ganske detaljert beskrevet, dette fordi jeg komponerte en metodisk tilnærming som ble betegnet som forskerdeltagelse. Tilnærmingen var selvfølgelig ikke frikoblet fra anerkjente hermeneutiske metoder, men metodetilnærmingen hadde elementer i seg av deltagende observasjon, modifisert proaktiv tilnærming og forsknings-samtaler (Nilsson 2004).

Omsorgs- og behandlinglidelse forårsakes vanligvis av fire forhold; essensen av disse forholdene er uteblitt omsorgsbekreftelse:

1. Det første synliggjøres gjennom krenkelse av pasientens verdighet
2. Det andre er når pasienten ikke blir tatt på alvor eller trodd
3. Det tredje er fordømmelse og straff
4. Det fjerde er maktutøvelse, dels fra hjelperen selv og dels på systemnivå (Lindholm & Eriksson 1993; Arman 2003, Nilsson 2007).

De psykiatriske sykepleierne på sin side klaget også over for dårlig tid i møte med pasientene. Sykepleierne avla daglig fem–seks hjemmebesøk hos de aleneboende pasientene med alvorlig psykisk lidelse. Under undersøkelsen kom det fram at de ønsket å samtale med pasientene om deres ensomhet, men de mente at de trengte tid og ro for slike samtaler, noe de ikke hadde. Det var derfor en etisk overveielse som medførte at de ikke tok initiativ til samtaler om ensomhet. Men det var også en maktutøvelse på systemnivå.

Et eksempel på maktutøvelse på systemnivå er en av informantene, Jørgen, som forteller om to opplevelser. Det ene er måten han ble tvangsinnlagt i psykiatrisk institusjon, hvor han sier: «Jeg havnet i et system uten lov og rett. Det var som i et fengsel, kaldt og hardt. Det andre er at han ikke opplever noen hjemmefølelse i leiligheten. Jeg har jo bare blitt plassert her uten mål og mening».

Det derfor min påstand at om en skal lindre den ensomhet som erfares som lidelse bør man møtes i den individuelle tid. Den tid som Heidegger(1981) mener er den primære tid. Dette gir mulighet for en fellesskapets dialog om ensomhet.

Etter at jeg gradvis nærmet meg den gode eller den meningsfulle ensomheten gjennom kunst og tre personer i Bibelen (Job, Moses og Jesus), oppstod videre spørsmålet: Om mennesket erkjenner ensomhetens dybdedimensjon som helse, framtvinges da ensomhetens motsetning?

Ensomhetens motsetning *som helse* vil på et eksistensielt nivå bane veien for ømhet og kjærlighet til den andre. Likeledes er det her man finner gleden i en god bok, den meningsfulle samtale, opplevelse og erfaring med ulike kunstarter, vandringer i naturen eller i kreativt arbeid.

På det dypeste nivå dreier det seg om kjærlighetens fellesskap i en agape-dimensjon, et religiøst fellesskap. Om en erkjenner dette dypeste nivå av ensomhet i seg selv, vil da en slik erkjennelse avskjedige ensomheten? Er dette tilfelle kan neste spørsmål stilles: Er menneskets dybdeensomhet av en slik karakter at man aner guddommeligheten i mennesket?

Filosofene Levinas (1996) og Aarnes (2001) synes å bekrefte dette forholdet. Levinas (1996) åpner opp for at man gjennom å se en annen som en annen, ser sporet av det guddommelige i den andre. Men det ligger også noe annet i den andres ansikt, nemlig oppfordringen: «*Drep meg ikke*».

Det gjelder så vel det konkrete mord, som den mer raffinerte ignorering av den andre. Men hvorfor og hvordan har uttrykket: «drep meg ikke» oppstått? Kan uttrykket «Drep meg ikke» antyde sorgen over Guds fravær – en sorg som har sine kollektive røtter helt tilbake fra gudsfellesskapet i Paradiset? Sykehusprest Mosvold (1988) skriver: «Vi lengter tilbake til Paradiset der vi ikke ville være fordi vi heller ville ha kunnskap på godt og vondt.» (s. 21). Kan ansiktets uttrykk «drep meg ikke» muligens representere ensomhetens sorg over Guds fravær og savnet av det samme?

Det er i ansiktets nakenhet, løsrevet fra all sammenheng Levinas ser den mest nakne nakenhet, det forsvarsløse, den hjelpeløse avkledning som er knyttet til fraværet av Guds nærhet.

Om det forholder seg slik kan den dypeste kjærlighet sees i et agape- og erosperspektiv. I et agapeperspektiv forsoner man seg med Gud, og slik avskjediges ensomhetens lidelse. Ensomheten i et erosperspektiv derimot, omhandler en kjærlighet til verden så stor at gudsdimensjonen utviskes, men hvor sorgen over Guds fravær kan anes i den andres ansikt.

Motsatt kan man spørre om ensomheten ikke bare avskjediges i et gudsfellesskap, men også *anerkjennes*. I så fall kan det guddommelige bestå i noe annet enn at fellesskapet med det guddommelige fjerner ensomheten, og dermed kan ensomheten bli en livgivende og god opplevelse. Betyr da det å være ensom i denne spesielle forbindelse å være elsket? Er med andre ord ensomheten et bevis på menneskets unike eksistens?

Men hva så når en ikke opplever seg elsket, verken av seg selv eller andre? Det er da ensomheten oppleves som en dyp forlatthet, så smertefullt, intenst og så uutholdelig at ordene mangler. Så uutholdelig kan denne ensomheten være at den kan vendes mot psykisk lidelse, hvor en avskjærer seg fra fellesskap med andre.

Resultatene fra min empiriske undersøkelse (Nilsson 2004) viste at informantene opplevde og erfarte ensomhet innenfor flere dimensjoner og nivåer. Hva som framstod som et fellestrekk ved ensomheten var *savn*. Savn av en som kunne fornemme informantens ensomhet. Dette savnet synliggjorde seg også som en behandlings- og omsorgslidelse knyttet til det psykiske helsevernens organisatoriske og strukturelle brist på en nærværende omsorg over tid.

En billedlig måte å se dette kan være: *Om ensomheten er en melodi er savnet den tonen som smelter sammen med melodien.*

Savnet i ensomheten ytrer seg ikke som et høylydt krav om noe, men mer som en taus oppfordring. Det er ikke en direkte bønn om noe, men en indirekte oppfordring om å se. Det er ikke fremmedgjøringens språk som taler, men mer en sky påminnelse om å se hva jeg har ofret.

## Ensomhetens savn

Om ensomhetens essens er savn hos informantene, hva er så savnets dybdestruktur? I eksistensens savn ligger det en underlig og uforståelig melankoli. Ensomhet og savn forholder seg i sin dybdestruktur til hverandre på et grunnleggende nivå (vårdande nivå). Det gjør også deres motsetninger som fellesskap og oppfyllelse. Det er i denne dypstruktur i dens helhetlige sammenheng som ensomhet og savn bekrefter menneskets iboende religiøsitet.

Som mennesker er vi kroppslig avskåret fra hverandre. Vi er så å si i hver vår kroppslige «konvolutt». Hver og en innehar sin egen subjektive opplevelse av ensomhet i sin eksistens. Vi er med andre ord skilt fra hverandre gjennom vår annerledeshet.

I eksistensen strever vi etter fellesskap – en oppfyllelse av et savn. Savnet kan være på mange nivåer og ha ulike former. Vi kan være bevisst på hva vi savner, men savnet kan også være av en slik dybdenatur at den er skjult fra vår bevissthet.

Et savn kan lindres gjennom omsorg og trøst gjennom ulike former og på ulike nivåer, men kanskje savnet som ensomhetens essens forteller oss hva vi dypest sett ikke har fått oppfylt. Et savn av en slik karakter synliggjøres muligens i en dyptgående følelse av hjemløshet. Den indre hjemløshet var noe alle mine informanter uttrykte.



# Ensomhet og Lindring

Hva kan være lindrende for ensomhetens lidelse? Her vil jeg avslutningsvis peke på et par poenger som kan medvirke til lindring av den ensomhet som er smertefull. Det ene er hermeneutikk som klinisk praksis. Det andre er et par refleksjoner over møtet mellom den psykiatriske sykepleier og pasienten hvor den smertefulle ensomhet er fokus:

## *1. Kan hermeneutisk tenkning, dens filosofi og metode nedfelles i en klinisk praksis?*

Spørsmålet oppstod da jeg gjennomførte den empiriske studien (Nilsson, 2004). Gjennom hermeneutisk forskning oppdaget jeg gradvis hvilke muligheter den hermeneutiske tenkningen innebar for klinisk praksis. Om psykiatriske sykepleiere tilegner seg den hermeneutiske tenkning, kan det få konsekvenser både for observasjon, tolkning eller vurdering og tilnærming. Dette kan gi et meningsfylt bidrag og utgjøre et redskap for hjelperen i klinisk praksis. I Boken: Ensomhet, Psykisk lidelse og hermeneutisk omsorg – Når horisonter møtes (Nilsson 2007), har jeg beskrevet dette nærmere, og hvor filosofen Hans Georg Gadamer (1999) er inspirasjonskilden ved hans utlegning av dannelselse, spill og forståelse.

Hermeneutikk er ikke nytt, klinisk praksis er ikke nytt. Det nye, slik jeg ser det, er at ved systematisk å anvende hermeneutisk forståelse kan dette medvirke til en hermeneutisk holdning, og hvor denne holdningen kan betraktes som en omsorgsaktivitet. Kanskje det mest overraskende var med hvilken dybde Gadammers tenkning medfører for hjelperen i forholdet til pasienten. Denne forståelsesdybden som Gadamer (1999) representerer, gir mulighet for en klangbunn hos hjelperen som medvirker til at hun eller han i større grad ser og tolker pasienten som en medforsker, noe det tidligere er tatt lite høyde for.

## *2. Utfordringer i møtet*

Hvilke utfordringer står den psykiatriske sykepleier overfor i møtet med pasienten? sykepleieren og pasienten?

Patienten ønsker møta v ardare som tydeligare inbjuder till relation och artikulerar sin omsorg genom att aktivt s av al konkret som abstrakt s oka upp patienten och inte f orsvinna n ar det er som sv arast (Lindstr om 1995, s. 40).

Det  a innby til en autentisk relasjon i forhold til pasientens smertefulle ensomhet er utfordrende for sykepleieren, fordi hun b er ha gjenkjent s a vel den smertefulle ensomheten som den meningsfulle ensomheten i seg selv. For  a kunne m ete denne eksistensielle ensomheten i seg selv kan det v are n odvendig  a sette seg i og p a spill. Uttrykket  a sette seg i og p a spill er hentet fra Gadamer (1999) og inneb erer at man utfordres i sin forst aelse b ade om seg selv og i forhold til forst aelse av en annen.

Sp orsm alet er om man kan kreve dette indre pl oyningsarbeide av den enkelte sykepleier? Dette er et vanskelig sp orsm al. Ensomheten er v ar felles skjebne, og som sykepleier i en ansvarlig og etisk relasjon er en i et paradoksalt forhold. Man gis ogs a mulighet for et autentisk m ete med seg selv. Med uttrykket mulighet menes at man er underveis, en g j or med andre ord denne relasjon mulig. Om man som psykiatrisk sykepleier derimot ikke gir seg selv mulighet for et *innseende* for den felles skjebne som ensomhet inneb erer, kan en uten  a vite det, st ote bort den andre.

Det er denne mulighet som jeg antar gir vekstmuligheter for en refleksiv solitude. Det vil si den meningsfulle ensomhet, hvor kj arligheten til den andre kan gjenf odes. Dette fordi man nettopp i en ensomhetens solitude er i stand til  a oppdage den annens subjektive ensomhet p a ny. En fellesskapets lindrende solitude kan derved oppst a, ikke bare fordi vi alle lever i hver v ar kroppslige konvolutt, men fordi vi alle har ensomhetens grunnstruktur i oss. Som Tillich uttrykker det: «In one hour of solitude we may be nearer to those we love than in many hours of communication» (Tillich 1981, s. 553).

## Oppsummering

I dette korte kapitlet har jeg søkt å formidle en dybdeforståelse av ensomhetens vesen og hvordan denne artet seg hos mine informanter.

Et studium om ensomhetens fenomen arter seg som en uendelighetens dialog. Ensomhet er både et abstrakt og et reelt konkret fenomen, den berører så vel menneskets indre kjerne som menneskets forhold og fellesskap med andre. Dette inviterer derfor til fortsatt forskning innenfor en rekke dimensjoner i så vel teoretisk om klinisk psykiatrisk sykepleie.

Den type hermeneutisk tenkning som jeg har anlagt, står også i et paradigmatisk motsetningsforhold til sykepleiens NANDA, NIC og NOC og deres klassifikasjonssystemer<sup>9</sup>. Hermeneutisk tenkning finner seg ikke hjemme i denne type diagnostiske systemer og klassifikatoriske systemer. Det karakteristiske ved klassifikasjonssystemer som NANDA, NIC og NOC er troen på at psykologiske fenomener er målbare. Disse klassifikasjonssystemer innbyr ikke til at man går inn i pasientens livsverden og deler denne. «Skaden» er plassert hos pasienten.

I en hermeneutisk tilnærming vises det at en hermeneutisk erfaring hovedsakelig er historisk, språklig og dialektisk og en når fram til et dypere nivå i sykepleier–pasient relasjonen. Det er i den autentiske dialog at muligheter for lindring kan finne sted. Og det er her jeg anser den hermeneutiske tenkning som meningsfulle muligheter for en etisk klinisk praksis.

Men hermeneutisk klinisk praksis er også kritisk forståelse. I møtet med den andre i en hermeneutisk omsorgstenkning ligger det derfor også implisitt en kritisk forståelse av konteksten. En hermeneutisk klinisk praksis vil ikke bare rette seg grunnleggende og dialektisk mot pasienten; men den samme tilnærming åpner også opp for en endring av en uhensiktsmessig behandlingsskiltur, fordi hermeneutikkens vesen bidrar til en avdekning av en behandlingsskiltur som innehar elementer av behandlingsskiltur og omsorgsskiltur.

---

<sup>9</sup> NANDA: North American Nursing Diagnoses; NIC: Nursing Intervention Classification; NOC: Nursing Outcome Classification

I framtiden tror jeg fenomenet ensomhet vil få større og større betydning for den mentale helsen, og den vil oppleves som smertefull. Ensomhet vil ved det være et av samfunnets utfordringer så vel politisk som helsemessig.

Ensomhet bør være et tema både skolen og i helsefagutdanninger. I skolen bør barn lære at ensomhet er noe alle mennesker har felles. Undersøkelser viser at kulturell bakgrunn spiller en viktig rolle i studier av ensomhet (Le Roux 1998). Innen helseutdanninger kan ensomhet dels være et tema i seg selv; men også relatert til ulike sykdomslidelser. Ensomhet anses av flere som en viktig faktor i utvikling av så vel medisinske lidelser som for eksempel brystkreft, hjerte-karlidelser) som psykosomatiske lidelser (Page et al. 1985).

## Avsluttende kommentar

I ensomhetens skjebne som vi alle tar dels i, gis hjelperen selv en autentisk mulighet til å grunne over egen ensomhet. Dett muliggjør en vennlighetens gjenkjennelse i møte med pasienten. Gjenkjennelsen av den andre kan da redusere en uhensiktsmessig distanse. Det dreier seg med andre ord om en holdningsendring i møte med pasienten. En slik holdningsendring vil da kunne medføre en dypere forståelse av ensomhetens betydning i den menneskelige eksistens, og kanskje en erkjennelse av at det er pasientene som dypest sett er våre lærere idet de lever i marginalitetens eksistens.

## Litteratur

Arman, M. (2003) *Lidande och existens i patientens värld*. Vasa: Åbo Akademi, dr. avhandl.

Bibelen (2001) *Det gamle og det Nye testamente*. Det Norske Bibelselskap.14 opplag.

Eriksson, K. & Lindstrøm, U.Å. (red. 2003) *Gryning II*, Vasa: Åbo Akademi.

Gadamer, H.G. (1999) *Truth and Method*. New York: The Continuum Publishing Company.

- Heidegger, M. (1981) *Varat och Tiden, del I og II*. Lund: Doxa press.
- Levinas, E. (1996) *Den annens humanisme*. Andre utvidet utgave. Oslo: H. Aschehoug & Co.
- Lindholm, L. & Eriksson, K. (1993) Lidande och Kärlek ur et psykiatrisk vårdperspektiv. (Eriksson, K. red.). Vasa: Åbo Akademi. Rapport nr. 4.
- Lindström U.Å. (1995) *Ensamhetskänslan sviker inte*. Vasa: Åbo Akademi nr.6.
- Mosvold, K. (1988) Ensomhet i et Sjelesørgerisk Perspektiv. Oppgave videregående Pastoralklinisk Utdannelse, Oslo: Institutt for sjelesorg.
- Nilsson, B. (2004) *Savnets tone i ensomhetens melodi – ensomhet hos aleneboende personer med alvorlig psykisk lidelse*. Vasa: Åbo Akademi, dr. avhandl.
- Nilsson, B. (2007) *Ensomhet, Psykisk lidelse og Hermeneutisk omsorg – «Når horisonter Møtes»*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Nørager, T. (1985) *System og Livsverden*. Århus: Forlaget ANIS.
- Page, R.D, Wrye, S.W. & Cole, G.E. (1985) The role of loneliness in health and wellness. *Home Health Care Nurse*, 4(1): 6–10
- Le Roux, A. (1998) The relationship between loneliness and the Christian faith. *South African Journal of Psychology*, 28(3): 174–182.
- Tillich, P. (1981) Loneliness and Solitude. I: J.Hartog, J.R. Audy, & Y.A. Cohen (eds). *The Anatomy of Loneliness*. USA: International Universities.
- Aarnes, A. (2001) *Ut av fatning*. Oslo: Aschehoug & Co.



# ATT MISTA FOTFÄSTET MITT I LIVET – OCH MÖTA HÄLSOFRÄMJANDE OMVÅRDNAD

*BIRGITTA HEDELIN*

I tvärprofessionellt samarbete är det särskilt viktigt att slå vakt om och tydliggöra omvårdnadsvetenskapens humanvetenskapliga perspektiv. Att förvalta synen på människan som unik, både som art och som person, och synen på hälsa som subjektiv, individuell och mångdimensionell. I den kliniska omvårdnaden har psykiatrisjuksköterskor att förhålla sig till olika perspektiv och vetenskapsområden, inte minst det medicinska, som alltid haft stort inflytande på omvårdnaden. Om, och i så fall hur, dessa olika perspektiv kompletterar varandra varandra är en ständigt aktuell fråga. I detta kapitel görs en reflektion över den psykiatriska omvårdnadens ansvar och uppgift samt ett försök att vidga perspektivet på vem som är vår patient eller målgrupp. Jag har valt att utgå ifrån metaforen «att mista fotfästet mitt i livet». Med det avses alla de påkänningar, mer eller mindre allvarliga, som kan drabba oss i vuxenlivet och som påverkar vår psykiska hälsa, allt från tillfälliga svackor till allvarliga sjukdomstillstånd.

## Mitt i livet – mellan ungdom och ålderdom

I litteraturgenomgången 'Development in Midlife' tar Lachman (2004) upp centrala teman som associeras till perioden mitt i livet. Den subjektiva ålder vi kallar medelålder, och som Jung kallade «the afternoon of life», behöver inte infalla mitt i livsspannet. Det är tiden mellan ungdom och ålderdom, en lång och innehållsrik tid i livet som innebär att balansera komplexa samspel mellan flera olika roller, mellan familjeansvar

och yrkesmässiga krav. Under de åren lyckas eller misslyckas vi i våra strävanden nå personliga mål, att göra yrkesmässig karriär och att hålla ihop en familj. Våra barn växer upp, flyttar hemifrån och skaffar familj. Vi tar ansvar för våra åldrande föräldrar som går bort och flyttar därmed fram oss som den äldsta generationen, och kanske drabbas vi av kroniska sjukdomar. Vi undgår inte de förändringar som har med åldrande att göra. Hur vi ser på den här tiden, vår personliga inställning till att åldras, spelar stor roll för hur vi finner oss till rätta. Mitt i livet kan vi uppleva stora vinster på det sociala och psykologiska området men också förluster på emotionella, personlighetsmässiga, relationella, hälsomässiga områden.

När det gäller den psykiska hälsan har ofta andra åldersgrupper fått större uppmärksamhet. Barns och ungdomars psykiska ohälsa som visar sig i form av neuropsykiatriska diagnoser, utsatthet, självska debeteende, suicid eller missbruk är oroväckande och har uppmärksammats inom olika samhällsområden. De äldres psykiska ohälsa i form av demenssjukdomar, depression och ensamhet har också fått stort utrymme både i forskningen och i samhällsdebatten. Hur är det för människor som befinner sig mitt i livet? Hur mår vi?

## Att mista fotfästet och den psykiska hälsan

Psykisk ohälsa började framstå som ett allvarligt folkhälsoproblem i alla åldersgrupper i Sverige på 1990-talet. Kulmen nåddes omkring millenniumskiiftet, men sedan dess ses en viss minskning när det gäller människor i förvärvsaktiv ålder. Ökningen gällde inte andelen med psykiatriska sjukdomstillstånd och patienter i psykiatrisk vård. I stället var det andelen personer som hade upplevelser av ohälsa med en mer oklar bestämning och som visade sig som lidande på många områden, värk i både kropp och själ. Det är upplevelser av ångest, ångslan, oro, ständig trötthet och värk i nacke och skulderregionen (Folkhälsorapport 2009). Olika benämningar har använts för denna ohälsa; utbrändhet, utmattningstillstånd, utmattningsdepression eller stressrelaterad ohälsa. Vissa grupper är mer drabbade än andra, särskilt de som arbetar i skola, vård och omsorg, d.v.s. kvinnor, mitt i livet som både i sitt yrkesliv och i sitt familjeliv har omsorg om andras väl. Orsaken till att den psykiska ohälsan har ökat under de senaste



decennierna har diskuterats med hjälp av olika förklaringsmodeller som inriktats på såväl individ- som samhällsnivå. Folkhälsorapporten (2009) tar upp kraven i arbetslivet som en viktig faktor till psykisk belastning och stress. Arbete som är stressigt och psykiskt ansträngande är vanligare bland kvinnor än bland män och sådana arbetsvillkor har dessutom ökat betydligt mer för kvinnor än för män. Också de män som upplever sina arbeten som jäktiga och psykiskt krävande har yrken som innebär att arbeta med människor, tex som lärare på olika nivåer, i servicearbeten och ledningsfunktioner. Men det finns också andra faktorer i arbetslivet som påverkar hälsan. Hallberg och Strandmark (2004) har studerat vuxenmobbing på arbetsplatser med fokus på människovårdande yrken. Omfattningen är svår att beräkna, på grund av skam och skuld känslor hos dem som drabbas, men uppskattas ligga mellan 4 till 40 procent av arbetskraften. Mobbing innebär ett stort lidande som ger långtgående konsekvenser för de drabbades psykiska och fysiska hälsa. Studien visade att de finns bland de sjukskrivna, förtidspensionerade och vårdtagare med psykosomatiska symptom.

## Att leva med och i gränlandet till psykisk ohälsa

Det är väl känt att psykisk sjukdom påverkar familjen och närstående och vice versa. Ett flertal forskare har studerat hälsan och livssituationen hos anhöriga till personer med allvarlig psykisk sjukdom (i Norden, bland andra Aarhus Smeby 1997, Kristoffersen och Mustard 2000, Pejler 2001).

Att vara mitt i livet innebär för de flesta av oss att ha och ta ansvar om andras välbefinnande och liv. Många av oss vet att det kan vara kravfullt att vara förälder till en tonåring, men att ha ett barn eller en ungdom med psykisk ohälsa kan vara en mycket svår upplevelse och uppgift. I Sverige har ungas psykiska ohälsa ökat dramatiskt hos båda könen men särskilt markant hos unga kvinnor (Folkhälsorapport 2009). Känslor av ångslan, oro eller ångest har blivit tre gånger så vanligt sedan slutet av 1980-talet, både bland gymnasieungdomar och bland unga som nyss påbörjat sitt vuxenliv. Ökningen gäller också ungdomar som fått vård på sjukhus för depression och för ångesttillstånd. Andelen ungdomar som gör själv-

mordsförsök ökar också kraftigt. Det är oklart varför psykiska besvär har blivit vanligare bland ungdomar, men ungdomars förändrade livsvillkor, svårigheter att få arbete och egen försörjning, skulle kunna vara en förklaring. Försämringen av det psykiska välbefinnandet är inte begränsad till ungdomar med någon särskild social bakgrund, men det verkar som om de som fortfarande bor med sina föräldrar har mindre besvär än de som lämnat föräldrahemmet och bor ensamma. Hur kan föräldrar ge stöd till sina ungdomar? Var kan de själva få hjälp, för sin egen skull, med sin oro och sina känslor av skuld och vanmakt över den bekymmersamma situationen deras barn befinner sig i.

Att själv drabbas av en allvarlig psykisk sjukdom mitt i livet innebär svårigheter att fungera i familjen som förälder och livspartner. I en avhandling (Hedman-Ahlström 2009) framkommer hur familjelivet påverkas när en av föräldrarna lider av återkommande allvarliga depressioner. Resultatet visar att vardagligt liv förändras och kompliceras. Den sjuke föräldern kämpar för att upprätthålla föräldraskapet och försöker, trots sitt lidande, slå vakt om sin och familjens värdighet. Familjen hamnar i en svår situation som drabbar alla på olika sätt och varje familjemedlem försöker hantera situationen på sitt sätt. Den sjuka mamman eller pappan drar sig undan på grund av sin depression och har svårt att berätta för familjen om sina upplevelser. Barnen blir tysta och känner sig ensamma när de inte känner igen sin förälder och heller inte kan prata om situationen vare sig hemma eller med utomstående. Familjen drar sig undan socialt liv och försöker ta ansvar för varandra, återställa balansen i familjen och leva ett normalt liv. Det största ansvaret ligger i att se till att föräldern inte tar sitt liv. Situationen i familjen präglas av både värdighet och lidande. Hedman-Ahlström (ibid) menar att sjuksköterskor inom psykiatrisk vård som möter patienter på ett tidigt skede har möjlighet att tillsammans med familjen fokusera på deras behov av stöd och hjälp att ta sig igenom episoden. Att få sitta tillsammans och prata med en utomstående om hur de hade det i familjen framstod hos informanterna i studien som en ny och positiv erfarenhet.

## Att inte känna sig hemma i sin kropp

Att mitt i livet drabbas av ett hälsoproblem eller en sjukdom som kommer att förändra livet för all framtid är en svår erfarenhet. Det leder inte sällan till sorg som, om den inte får komma till uttryck, kan fördjupas och övergå till depression. Det är en omstörtande upplevelse att den egna kroppen, som vi tar för given och som ger oss tillgång till och delaktighet i livet (cf. Merleau-Ponty 1962) förändras, blir främmande och obekant. Svenaeus (2000) har, med utgångspunkt från Heideggers fenomenologi, beskrivit sjukdom som upplevelser av att inte känna sig hemma i sin egen värld. Han menar att man ur ett fenomenologiskt perspektiv måste ta hänsyn till patientens sätt att göra sig hemmastadd och finna sig till rätta i sin egen kropp och livsvärld efter att ha drabbats av sjukdom. I en studie (Marklund, Klässbo & Hedelin, icke publicerat arbete) av en ny behandlingsmetod för patienter som drabbats av stroke, framkom att behandlingen hade förändrat deras syn på sig själva och sin funktionsnedsättning. De upptäckte att de hade förmåga och kraft att själva ta beslut över sin situation. Det nya sättet att se på sig själv och sin kropp ökade deras självaktning och gav dem möjligheter att leva sitt liv, eller om man så vill «vara-i-världen» (jfr Heidegger), på ett enklare sätt. Det skulle kunna förstås som att de fått hjälp att börja känna sig hemmastadda i sin kropp och sin livsvärld efter intensiv träning av den förlamade kroppsdel.

I en fenomenologisk studie beskrivs mäns erfarenheter av att förlora hörseln, eller få en allvarlig hörselnedsättning, mitt i livet (Jonsson & Hedelin, icke publicerat arbete). Att som man, familjefar med maka och barn och åldrande föräldrar och mitt i en yrkeskarriär, inte kunna hantera sitt dagliga liv som tidigare, innebar upplevelser av ständig strävan och osäkerhet i förhållande till andra men också till sig själv. Det gällde att hitta och utveckla nya personliga strategier för att klara av vardagen. De män som hade ett yrke som krävde att lyssna på och förstå andra t ex som läkare eller lärare, tvingades ändra sin yrkesbana. En ny erfarenhet var att behöva lägga tid och kraft på att förbereda sig inför varje möte i arbetslivet och privatlivet för att om möjligt bättre kunna förstå resonemang och undvika missförstånd. Trots att tekniska hjälpmedel finns tar det tid att lära sig använda dem och acceptera dem som en del av sin egen kropp. Det innebar också att se sig själv på ett annorlunda sätt än tidigare, att t ex ha varit en

person som ofta och gärna deltagit i sociala sammanhang och samtal men nu börjat hålla sig i bakgrunden, kändes som att tvingas in i en annan personlighet. Att bli oroad och skrämmd av vanliga omgivningsljud, som man inte genast kunde förstå orsaken till, var en annan erfarenhet. Den bild männen hade av sig själva, som person i relation till andra människor och de mål de satt för sina liv, fungerade inte längre. Man kan förstå det som att männen behövde göra sig hemmastadda (jfr Svenaeus 2000) i sin värld och i en ny livssituation för att klara av vardagen med behållen psykisk hälsa.

## Psykiatrisk omvårdnad – att främja psykisk hälsa, oberoende av kontext?

Att människor förlorar fotfästet mitt i livet kan ta sig många olika uttryck. De flesta kommer förmodligen aldrig i kontakt med psykiatrisk vård även om de har starka upplevelser av psykisk ohälsa och illabefinnande. Ovan har jag gett några exempel på omständigheter som drabbar människor vars hälsa och välbefinnande, enligt min mening, bör vara en angelägenhet och ett ansvar för psykiatrisk omvårdnad. Att psykiatrisjuksköterskor i första hand och främst har sin yrkesfunktion inom den psykiatriska vårdens arena och vårdar patienter med allvarliga psykiatriska sjukdomar är av tradition en självklarhet. Däremot är det inte lika självklart att även de som har ett psykiskt lidande, men inte hör till psykiatris målgrupp, omfattas av och får tillgång till psykiatrisk omvårdnad. Det gäller t ex närstående till personer med allvarliga psykiska sjukdomar, personer som befinner sig i en svår och omvälvande livssituation, patienter i primärvården eller patienter och deras anhöriga inom olika specialiteter i somatisk vård ( jfr Hedman-Ahlström 2009, Hedelin & Janson 2004, Blomberg & Hedelin 2008) Här kan också nämnas indirekt omvårdnad, som psykiatrisjuk-

sköterskors handledning av kollegor (jfr. *liaison*<sup>10</sup>) i akutsjukvård som inte har psykiatrisk omvårdnadskompetens, men som träffar människor i svåra livssituationer (Roberts 1997, Sinclair m fl 2006, Cullum m fl 2007). Om man utgår från omvårdnadens mandat – att främja hälsa och se hela människan i sitt sammanhang – finns det ingen motsättning mellan dessa två perspektiv. Som jag ser det handlar det inte om antingen eller utan både och. Jag menar att det är upplevelsen av psykiskt lidande, inte om lidandet definierats som psykiatriska diagnoskriterier, som bör vara en angelägenhet för psykiatrisk omvårdnad. Den uppfattningen står emellertid inte emotsagd.

I England påbörjades en diskussion under 1990-talet som pågår fortfarande, om psykiatrisjuksköterskornas yrkesfunktion och specialisering. Frågan som diskuterades var: Ska psykiatrisjuksköterskors kompetens riktas till personer med allvarliga psykiska sjukdomar *eller* till personer med mindre allvarliga psykiska ohälsotillstånd, de så kallade «worried well» (Bowers 1997, Nolan & Hooper 2000). Att psykiatrisjuksköterskor arbetade med hälsofrämjande och förebyggande insatser med icke psykotiska personer beskrevs som en onödig och dyrbar lyx verksamhet som dessutom riskerade att dränera sjuksköterskornas specifika psykiatriska kompetens. Man menade att sjuksköterskorna övergav de svårast sjuka och valde i stället att ägna sig åt mer lättvindiga och belönande arbetssuppgifter ( Bowers 1997, Hannigan 1997). Warne och McAndrew (2006) framhåller olämpligheten i denna polarisering, som leder till att den ena gruppens lidande förutsätts vara mer komplicerat och plågsamt ställs mot den andras. Den ena gruppen antas vara i behov av specialistvård medan för den andra skulle det vara tillräckligt att möta yrkesutövare utan psykiatrisk kompetens. Synsättet innebär en generalisering och bygger på en utifrån bedömning av människors upplevelser och lidande. Det står i motsats till omvårdnadens syn på människan som unik, i sitt specifika

---

10 Betydelsen av begreppet «liaison» har, i detta sammanhang, ingen direkt motsvarighet i svenska språket. Roberts (1997) har studerat begreppet och dess innebörd i psykiatrisk omvårdnad. Han ger *liaison* en bred definition «the application of mental health nursing knowledge and skills to non-psychiatric health settings». .... «The aims are to resolve the current problem and promote the consultee's ability to deal with future problems» (sid. 103). «Liaison» och konsultation har närliggande betydelser och det primära fokuset i är patienten/klienten.

sammanhang och i ständig utveckling och hälsa som en subjektiv och dynamisk process. Polariseringen leder också till att resurser fördelas på ett sätt som inte gynnar personer som har komplexa behov av stöd och hjälp på grund av psykisk ohälsa men som inte har en psykiatrisk diagnos. Förutsättningen för att få tillgång till psykiatrisk omvårdnad skulle därmed vara den psykiatriska sjukdomsdiagnosen.

### Den medicinska-psykiatriska specialitetens dragningskraft

Hälso- och sjukvårdens organisation och brist på medicinsk psykiatrisk kompetens riskerar att få som följd att psykiatrisjuksköterskornas medicinska ansvar utökas. Att sjuksköterskor på delegation får och tar på sig medicinska behandlingsåtgärder är ingen nyhet. I Sverige har t ex utförande av ECT-behandlingar delegerats till sjuksköterskor. I en australiensisk studie (Elsom, Happell & Manias, 2007) om Community mental health nurses (CMHN) utökade yrkesfunktion framhålls att de, utan klar delegering av läkare, aktivt medverkar i ordination av läkemedel, ordination av rutinprover och att remittera patienter för inläggning på sjukhus. Sjuksköterskorna angav att bristen på läkare, patientens behov och tidsvinster var skälen till detta, trots att de var medvetna om risken att skada patienten och att de överskred sin egen professions gränser. En organisation och specialistutbildning för psykiatriska «nurse practitioner» som har utökat medicinskt ansvarsområde (c.f. Delaney 2005) har växt fram i många länder. Wand och Fisher (2006) beskriver tre funktionsområden för denna grupp: terapeutiska tekniker, ordination av läkemedel samt koordinering av vård och remittering. Författarna framhåller vikten av att sjuksköterskorna i detta arbete inte överger sitt omvårdnadsfokus för ett medicinskt psykiatrisk perspektiv.

I Sverige är intresset bland psykiatrisjuksköterskor inriktat på fortbildning i psykiatri och psykoterapeutiska metoder, inte minst kognitiv beteende terapi, och överstiger i många fall intresset för att skaffa fördjupade kunskaper i omvårdnad. Att fokusera och fördjupa omvårdnad som ämne och vetenskapsområde ser jag som en stor utmaning för alla som arbetar med specialist sjuksköterskeutbildningen i psykistrisk vård.

Psykiatrisjuksköterskors yrkesfunktion uppfattas vara otydlig och vag av grundutbildade sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter, visar en fenomenografisk studie (Blomberg, Blegeberg & Hedelin 2008). Specialistutbildningen leder, enligt informanterna, till en fragmentisering av omvårdnaden då psykiatrisjuksköterskor bara intresserar sig för patientens psykiska ohälsa och därmed inte ser patienten utifrån en helhetssyn. Däremot uppfattades psykiatrisjuksköterskan som inkännande, lyhörd och diplomatisk i sin relation till patienterna. Studien väckte frågan om specialistutbildningarna leder till en fördjupning inom ett medicinskt specialiområde snarare än i omvårdnad. Att specialistutbilda sig som sjuksköterska innebär vanligtvis att man blir psykiatri-, kirurgi-, onkologi-, gynekologi- eller geriatri sjuksköterska. Möjligheten att specialistutbilda sig i psykiskt hälsofrämjande arbete som finns i Norge finns inte för sjuksköterskor i Sverige. I England finns två inriktningar «psychiatric nurses» och «mental health nurses». Man skulle kunna förmoda att dessa två inriktningar medför att sjuksköterskorna har olika fokus i sin yrkesutövning, men så är inte alltid fallet.

I praxis, eller i den kliniska vardagen, måste sjuksköterskor med sin tvärvetenskapliga kompetens kunna förhålla sig till olika perspektiv, omvårdnad, medicin och samhällsvetenskap. Är det möjligt att hantera och verka på basis av så olika grundläggande perspektiv i det kliniska arbetet? Hur är det möjligt att vara bärare av tvärvetenskap i praxis? Det innebär enligt Berg och medarbetare (2003) att sjuksköterskor måste vara mästare att gå på lina. För att klara balansgången mellan olika perspektiv är det nödvändigt att man som sjuksköterska har en personlig medvetenhet och hängiven strävan att utgå från omvårdnadens grundläggande perspektiv i synen på människa och hälsa. I annat fall kan det vara svårt att möta och vara lyhörd för patientens individuella situation och behov (Jormfeldt m fl, 2003, Wiklund 2003).

# Psykiatrisjuksköterskornas hälsofrämjande omvårdnadsansvar

Sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt lindra lidande (ICN International Council of Nurses, 2005). Trots att hälsofrämjande omvårdnad framhålls som en betydelsefull del i den kliniska vården saknas en klar definition (Whitehead, 2006). Det är heller inte säkert att sjuksköterskor ser hälsofrämjande arbete som en självklarhet i sin yrkesutövning (Berg et al 2003) eller relaterar till omvårdnadens grundläggande perspektiv i sitt arbete (Ellilä et al 2007, Jormfeldt et al 2003). Omvårdnad omfattar hälsans alla dimensioner men ofta betonas endast den fysiska dimensionen i hälsofrämjande arbete medan andra dimensioner, t ex den psykiska, inte är lika framträdande. Calloway (2007) menar att det kan finnas olika skäl till det. Ett kan vara att den psykiska dimensionen tas för självklar och som naturlig del i hälsofrämjande arbete. Ett annat kan vara att psykisk hälsa associeras till och avgränsas till den psykiatriska vården. Enligt Svedberg (2006) bör all hälsofrämjande omvårdnad bygga på att det skapas förutsättningar för tillit och god samvaro, att patientens delaktighet och inflytande stärks, att individens hälsoprocesser främjas samt att personens värdighet bevaras. Hälsofrämjande omvårdnad är ingen avgränsad «metod» utan ett grundläggande förhållningssätt. Hälsofrämjande psykiatrisk omvårdnad innebär att se varje människas möjlighet till växt och utveckling i sitt sociala sammanhang. Psykiatriska patienter har erfarenhet av att omvårdnad som bygger på interaktion, uppmärksamhet, utveckling och värdighet främjar deras hälsa (Svedberg et al 2003). Om tyngdpunkten i det kliniska arbetet enbart ligger på att behandla och lindra psykisk sjukdom finns risk för att begränsningar och hinder fokuseras i stället för personens resurser och möjligheter. Det som utmärker psykiatrisjuksköterskors specifika profession är omvårdnadens grundläggande perspektiv tillsammans med en omfattande psykiatrisk kompetens.

Att avtäcka, vidareutveckla och beskriva innebörd och uttryck för hälsofrämjande psykiatrisk omvårdnad är ett centralt fokus i Forskarnätverket MeHNuRSe (Mental Health Nursing Research in Sweden, <http://mehnurse.dinstudio.se/>). Nätverket bildades 2003 och består av nio psykiatrisjuksköterskor vars forskning syftar till att stödja hälsofrämjande processer inom



ramen för psykiatrisk omvårdnad. Den forskning som nätverkets medlemmar arbetar med omfattar hälsofrämjande psykiatrisk omvårdnad relaterat till olika kontext inom och utom psykiatrins arena samt till personer med depression och deras familjer, bipolär sjukdom, vårdmiljö i psykiatrisk slutenvård, yrkesmässig handledning (Arvidsson & Skärsäter 2006).

## Summering

Jag har i detta kapitel reflekterat kring psykiatrisk omvårdnad och psykiatrisjuksköterskors kompetens och ansvar, i mötet med människor som förlorat fotfästet mitt i livet, oavsett om de har en psykiatrisk sjukdom eller inte. Jag menar att omvårdnadens uppgift är att bekräfta och handla utifrån människors individuella och komplexa behov av stöd och vägledning i en svår livssituation och att lägga tonvikten på hälsa i stället för på sjukdom. Det får stor betydelse för patienter och deras anhöriga och ger en värdefull dimension till det tvärprofessionella teamarbetet i den kliniska vardagen. Dessutom utvecklas och profileras omvårdnad som självständig disciplin.

## Litteratur

- Arvidsson, B. & Skärsäter, I. Red. (2006) *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer*. Lund: Studentlitteratur.
- Berg, G.V., Hedelin, B. & Sarvimäki, A. (2005) A holistic approach to the promotion of older hospital patients' health. *International Nursing Review*, 52,73–80.
- Blomberg, AC., Blegeberg, B. & Hedelin, B. (2008) Nurses conceptions of the professional role of operation theatre and psychiatric nurses. *Vård i Norden*, 28(89):9–13.
- Blomberg, B. & Hedelin, B. (2007) Att få personlig vägledning – patienters erfarenheter av att möta en psykiatrisk sjuksköterska inom primärvården. *Vård i Norden*, 27(84):25–29.

- Bowers L. (1997) Community psychiatric nurse caseloads and the «worried well»: misspent time or vital work? *Journal of Advanced Nursing*, 26, 930–936.
- Calloway, S. (2007) Mental Health Promotion: Is nursing dropping the Ball? *Journal of Professional Nursing*, 23(2):105–109.
- Cullum, S., Tucker, S., Todd, C. & Brayne, C. (2007) Effectiveness of liaison psychiatric nursing in older medical inpatients with depression: a randomised controlled trial. *Age Aging*, 36(4):436–342.
- Delaney, K.R. (2005) The psychiatric nurse practitioner 1993–2003: a decade that unsettled a speciality. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(3):107–115.
- Ellilä, H., Välimäki M., Warne, T. & Sourander A. (2007) Ideology of nursing care in child psychiatric inpatient treatment. *Nursing Ethics*, 14(5):103–116.
- Folkhälsorapport. (2009) Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig på Internet: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
- Hallberg, L. & Strandmark, M. (2004) *Vuxenmobbing i människovårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.
- Hannigan, B. (1997) A challenge for community health nursing: is there a future in primary health care? *Journal of Advanced Nursing*, 26, 752–757.
- Hedelin, B. & Janson, S. (2004) *Psykiatrisjuksköterskans förebyggande arbete i primärvård*. Karlstads universitet, Institutionen för hälsa och vård, Centrum för regional utveckling. Slutrapport nr 1.
- Hedman-Ahlström, B. (2009) *Major depression and family life – The family's way of living with a long-term illness*. Avhandling. Institute of Health and Care Sciences at Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Sweden. International Council of Nurses, ICN. (2005) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

- Jonsson, I. & Hedelin, B. Striving with unsafe connections – men's lived experience of hearing impairment. (*Submitted 2009*)
- Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Arvidsson, B. (2003) Nurses' conceptions of how health processes are promoted in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 608–615.
- Kristoffersen, K. & Mustard, G.W. (2000) Towards a theory of interrupted feelings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 23–28.
- Lachman, ME. (2004) Development in midlife. *Annu. Rev. Psychology*, 55, 305–331
- Marklund I., Klässbo, M. & Hedelin, B. I got knowledge of myself and my prospects for leading an easier life – Stroke patients' experience of lower-limb CIMT. (*Re-submitted 2009*)
- Merleau-Ponty, M. (1962) *Phenomenology of Perception*. London: Routledge
- Nolan, P. & Hooper B. (2000) Revisiting mental health nursing in the 1960s. *Journal of Mental Health*, 9, 563–573.
- Pejlert, A. (2001). Being a parent of an adult son or daughter with severe mental illness receiving professional care: parents' narratives. *Health and Social Care in the Community*, 9(4):194–204.
- Roberts, D. (1997) Liaison mental health nursing: origins, definition and prospects. *Journal of Mental Health Nursing*, 25, 101–108.
- Sinclair, L., Hunter, R., Hagen, S., Nelson, D. & Hunt, J. (2006) How effective are mental health nurses in A & E departments? *Emergency Medicine Journal*, 23, 687–692.
- Smeby N.A. (1997) Merbelastning på familien i psykiatrien I: Hummelvoll J.K. & Lindström U.Å.(red.) *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

- Svedberg, P., Jormfeldt, H. & Arvidsson, B. (2003) Patients' conceptions of how health processes are promoted in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 448–456.
- Svedberg, P. (2006) Hälsofrämjande psykiatrisk omvårdnad I. Arvidsson B. & Skärsäter I. (red) *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer*. Lund: Studentlitteratur.
- Svenaesus, F. (2000) The body uncanny – Further steps towards a phenomenology of illness. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3, 125–137.
- Wand, T. & Fisher, J. (2006) The mental health nurse practitioner in the emergency department: an Australian experience. *International Journal of Mental Health Nursing* 15(3):201–208.
- Wiklund, L. (2003) *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Warne, T. & McAndrew, S. (2006) Splitting the difference: The heroes and villains of mental health policy and nursing practice. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 1001–1013.
- Whitehead, D. (2006) Health Promotion in Practice Setting: Findings from a Review of Clinical Issues. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3 (4), 165–184.

# HVORDAN HAR FAMILIEN DET NÅR ET FAMILIEMEDLEM HAR EN ALVORLIG PSYKIATRISK LIDELSE

*NINA AARHUS SMEBY*

## Introduksjon

Vi vet at familien kan ha en viktig innflytelse på de ulike medlemmers helse og uhelse. Ikke noe sted i helsevesenet er dette så klart fremhevet som i forhold til personer med sårbarhet for psykose, der vi vet at familien kan innvirke på tilbakefall ved psykose, psykososial fungering, medisinsk oppfølging og på generelt velvære (McFarlane, 2003). Vi vet også at familien stiller opp for hverandre gjennom livslange og forpliktende forhold, emosjonelt og praktisk. Av den grunn blir det viktig å samarbeide med familien. I det følgende vil det bli fokusert på enkelte tema vi i psykisk helsetjeneste bør samarbeide om.

## Hvordan har familien det?

Den innvirkning mennesker med langvarige psykoser har på sine familiedlemmer, er blitt dokumentert i flere studier (Brown et al. 1972, Chafetz & Barnes 1989, Smeby 1998). At en sårbarhet for psykose og det å ha en psykose innvirker på en personen selv er vi klar over i psykisk helsevern, men at en alvorlig psykisk lidelse, med sine forskjellige ytringsformer, kan innvirke på familien har vi hatt mindre kunnskap om og interesse for.

Den engelske sosiologen Platt (1985) definerer belastning (engelsk *burden*) i forhold slik: «*Det forekommer problemer, vanskeligheter og uheldige virkninger som influerer på livet til andre nære personer for de psykiatriske pasientene, det vil si medlemmer av husholdningen og/eller familien.*» (Platt 1985, s 43). Begrepet belastning har en del karakteristika felles med begrepet sosial mestring. En persons dårlige mestring fysisk, psykisk og sosialt får konsekvenser i en familie i et komplisert samspill.

## Objektiv og subjektiv belastning

Forskerne Hoenig og Hamilton (1966 a) skiller mellom objektiv og subjektiv belastning. Ved objektiv belastning er alle følgene av det å ha omsorgen for personer med psykiske lidelser objektivt dokumentert, «men det som objektivt sett er en belastning, behøver ikke å bli oppfattet slik av dem det gjelder». Av dette oppstår skillet mellom objektiv og subjektiv belastning. Smeby (1998) fant at pårørendes objektive belastning stemte godt med den subjektive belastningen, men det var en gruppe pårørende som opplevde høy subjektiv belastning selv ved lav objektiv belastning. Sagt på en annen måte: Selv når deres familiemedlem hadde få symptomer og fungerte bra, følte de seg belastet. Det må derfor være andre faktorer som bestemmer belastningen, f.eks. de pårørendes egen angst eller ubearbeidet skyld- eller sorgfølelse.

Sterk belastning over tid kan medføre påvirkning på ens egen helse, inntektstap, forandringer i livet til andre familiemedlemmer på grunn av sykdommen, kronisk anspenthet og redusert kontakt med venner, etc. At dette igjen kan virke tilbake på den som er sårbar for psykose, sier seg selv.

Ved alle langvarige lidelser vil det være rolige perioder der familien blir fylt av håp, men så opplever de igjen perioder med oppblomstring av den underliggende tilstanden. Dette skaper angst, frustrasjon og en følelse av håpløshet. Det er også vanlig å føle at man mangler kontroll over situasjonen. Gode og dårlige perioder vil avløse hverandre, og graden av belastning vil variere. Allikevel viser det seg at belastningen holdt seg over år for en gruppe pårørende der pasienten vekslet mellom gode og dårlige perioder.

Den prosessen familiene kommer inn i, kan nok best forstås i lys av de dype emosjoner som ligger i familieband. En far fortalte at første gangen hans datter beskrev sin psykotiske verden, ble han slått til jorden. Det var et sjokk for ham. Den felles forståelsesrammen han trodde han hadde med datteren, var brutt, og hun var et helt annet sted, der hans argumenter og forståelse ikke vant gjenklang.

## Sorg og empatisk sorg

Et tema som kan være dekkende for noe av den eksistensielle dimensjonen ved familiens reaksjoner på forandringene, omhandler sorg. Atkinson (1994) sammenligner sorgen hos familier som hadde «mistet» et voksent barn enten ved død eller hodeskade der dette resulterte i organiske personlighetsforstyrrelser, og sorgen hos foreldre som hadde et voksent barn som led av schizofreni. Ifølge resultatene av Atkinsons studie hadde foreldrene til de sistnevnte en mer vedvarende sorg som medførte et kronisk sorgmønster. Hvorfor er det slik? Noe av forklaringen kan finnes i den sorg og det stigma som er forbundet med alvorlige psykiske lidelser, helsevesenets ignorering av de pårørende og utdaterte beskyldninger om at de virker negativt inn. All denne sorgen fører til en kronisk, uforløst prosess. Også det spesielle med de psykiske lidelsene kan forklare hvorfor denne sorgen er annerledes og uforløst. Dette ses i forhold til at lidelsen kan gå i faser. I lange perioder kan personen komme seg tilbake til skole/arbeid og gjenoppta sine sosiale roller, og så kan det komme en ny fase med økning av symptomer og redusert fungering og tilbakefall. Disse fasene er svært vanskelige for pasientene og fører til en veksling mellom håp og håpløshet også for familien. Som en familie sa: «Vi hadde nesten glemt at han (sønnen) hadde vært dårlig fordi det nå gikk så bra, og nå er vi tilbake til før forrige gang. Nå tør vi ikke håpe, nå har vi lært.»

Sykepleierne Chafetz og Barnes (1989) fant i sin studie av pårørende et fenomen som de beskrev som «empatisk sorg». Dette begrepet peker hen på den sorgen man kan føle ved innlevelse med en som har det vondt og som man lider med. De pårørende til en som lider av schizofreni, må være vitne til hvordan en som står dem nær, gjennomgår en vanskelig prosess. De ser at hun eller han mister grepet på virkeligheten, endrer måten å kom-

munisere på, blir mer egosentrisk, mister venner, skole- og arbeidsmuligheter. Det er antakelig en av de vanskeligste prøvene en familie kan settes på, nemlig å leve sammen med noen som blir psykotisk. Det dreier seg om empatisk sorg – du lider med den som lider, du lider med de andre i familien som taper noe, og du lider på grunn av ditt eget tap av noe i relasjonen til din sønn, datter, mor, far, barn, søsken, ektemann eller hustru. For hver av disse sosiale rollene taper både den psykotiske og familien i forhold til de forventningene som hører til denne spesielle rollen, og relasjonen kan bli ganske annerledes. Dette dobbelte tapet har ikke vært mye beskrevet, men det lar seg forstå ut fra det vi selv kjenner til om å være en familie. Hva mer er: Det gjelder sorgen over det som er tapt, så vel som over en fremtid som blir annerledes – tapet av en fremtid. De ser andre på samme alder gå igjennom fasene i livet, og sorgen bare varer ved. Familien må lide helt fra ungdomstiden, gjennom voksenalderen, og blir til slutt sittende med bekymringen: Hvem kommer til å være der og passe på når vi dør? En annen gruppe pårørende, som også føler ansvar, nærhet og sorg, er søsken. Ved siden av å følge sin bror eller søster gjennom lidelsen mens foreldrene er i live, er søsken de omsorgspersonene som ofte overtar etter foreldres død.

## Familien som «beholder» (container)

Et område som det ikke er forsket på, er familiens rolle som «container» for pasientens smerte, angst og kommunikasjon om psykotiske temaer. Ved å beskrive familiens «beholderfunksjone» vil en se deler av hva familien stiller opp på emosjonelt og som omsorgsressurs. I samtaler med pårørende forteller de hvordan de i timer og ofte gjennom natten må lytte til og trøste et forvirret og psykotisk familiemedlem. Å trøste, holde motet oppe og være der har alltid vært en viktig del av det en familie gjør for hverandre. Hvordan dette er når det er en psykose med dens tap av kontroll man skal bære, vet vi mest gjennom familiens narrativer. Flere barn har fortalt hvordan de trøster og holder sin mor eller far med selskap for å hjelpe. Barna blir også med på vrangforestillinger og kan beskrive hvordan de må gjemme seg i kjelleren sammen med den som er paranoid, eller se ting på samme måten for ikke å uroe den som er dårlig.



I en undersøkelse om pårørende skrev Brown mfl. (1972) at de pårørende ble utsatt for en alvorlig og vedvarende påkjenning – ofte på grensen av det som til vanlig ble regnet som utholdelig, når det oppsto plutselige kriser der politi, naboer eller tilfeldige ukjente personer ble involvert, vanligvis etter en periode med alvorlige påkjenninger hjemme.

I 1985 utførte de norske sykepleierne Robberstad, Bunch og Smeby den første studien i Norge som inkluderte de pårørende til psykiatriske pasienter (Robberstad, Bunch og Smeby 1985). Hensikten var å evaluere effekten av desentralisert psykiatri på en gruppe pasienter, på deres pårørende og på sykepleiere i en periode da de bodde hjemme. Ifølge de pårørende var pasientens passivitet den største påkjenningen (50 prosent). Deretter fulgte tilbaketrekning og isolering (36 prosent), mens 30 prosent sa at selve ansvaret for pasienten var belastende. Bare 10 prosent mente at det å hjelpe vedkommende med egenomsorgen var en belastning. Virkningen føltes på alle områder – i sosiale og økonomiske forhold og i redusert mulighet for egen fritid.

I 1998 fant Smeby et litt annet mønster da hun spurte pårørende hvordan den siste perioden før en akutt innleggelse hadde vært, og hva som var vanskeligst (Smeby1998). Her var det pasientens uforutsigbarhet som var mest problematisk. Hele 62 prosent av de pårørende følte dette som et problem. Deretter fulgte pasientenes selvmordsfare, utagering og tilbaketrekning som de neste. På spørsmålet om hva som var mest problematisk på området sosial fungering, svarte 84 prosent at den reduserte funksjonen i forhold til arbeid og studier var tyngst, etterfulgt av at de følte at relasjonene hadde endret seg, særlig når det gjaldt å dele hverdagsprat og følelser. Dette at hverdagskommunikasjonen endret seg blir et savn. Som en ung ektemann sa: «Jeg er fremdeles glad i min kone, men jeg savner den glade jenta jeg giftet meg med. Denne sykdommen er noe annet enn annen sykdom. Den tærer på forholdet mellom oss.» Det han sier, er at denne lidelsen innebærer en dobbelt belastning fordi den gjør noe med selve relasjonen mellom to ektefeller.

Selv under ekstreme forhold er det en tendens blant pårørende til ikke å klage. I Chafetz sin studie (1989) ble det samlet inn data fra intervjuer med omsorgspersoner. En kvalitativ analyse identifiserte alvorlige bekymringer

og behov for støtte hos disse omsorgspersonene, og de viktigste gjaldt de pårørendes emosjonelle tilstand (50 prosent). Dette omfatter både problematisk atferd (symptomer) og sinnsstemninger (sinne, depresjon og sorg). Når de ble bedt om å forklare seg nærmere, kom omsorgspersonene med eksempler på spesifikk atferd eller affekter. Den tilbaketrukne, passive atferden, ofte beskrevet som «negative» symptomer, var en påkjenning, kanskje fordi de – slik flere kilder antyder – lett kan fremstå eller tolkes som viljestyrt mer enn som en del av symptomene på psykosen. Eller kanskje det at familien tolker det som om den andre mister interessen i dem.

Flere studier viser en økt belastning på pårørende etter som tiden gikk (Chafetz og Barnes 1989, Robberstad mfl. 1982, Smeby 1998). I denne siste studien er det en sammenheng mellom hvor lenge sykdommen har vart, og subjektiv belastning opplevd av de pårørende. Denne subjektive belastningen kan holde seg konstant høy, og fører til en dårligere helsetilstand. Pårørende som lider av kroniske somatiske lidelser, beskriver hvordan egne lidelser i perioder forverres av påkjenningen.

Ekern (1997) fant i sin studie av pårørende at de i tillegg slet med forholdet til det psykiatriske helsevesenet. Ett av fenomenene hun fant, kalte hun «dialogen som uteble», og beskriver hvordan pårørende faktisk ikke opplever å bli sett. Dette fenomenet er fremdeles noe en hører fra pårørende, men egen erfaring fra grupper og samtaler er at pårørende er mer fornøyd og føler seg bedre ivaretatt. I en nyere studie mente pårørende at de har fått nok informasjon om medisinske forhold, men ikke om hvordan en skal forholde seg og mestre hverdagen (Kletthagen og Smeby 2007).

## Omsorgsansvar som mer enn belastning

I et spørreskjema av Szmukler mfl. (1994) blir både det negative og mer positive aspekter av omsorgsansvaret tatt med, foruten den mer eksistensielle delen av omsorgen for familiemedlem som er psykotisk. Av positive eller tilfredsstillende aspekter kan nevnes spørsmål som: «Jeg har fått et nærmere forhold til noen i familien min. Jeg har lært mer om meg selv. Jeg føler at jeg kan være til nytte for ham.» Denne typen spørsmål peker i retning av at erfaringen som omsorgsperson kan være både «god» og «dår-

lig», og denne tilnærmingen er antakelig en mer fruktbar måte å forklare de pårørendes erfaringer på. I tillegg får de som arbeider i helsevesenet, på denne måte et utgangspunkt for å begrunne tiltak rettet mot familiene for å redusere de negative effektene og styrke det som er positivt og helsefremmende. Dette er egentlig en viktig utvikling mot en bedre helhet: å vurdere det som er vanskelig for denne familien, men også være like god til å få fram familiens mestring og de enkelte familiemedlemmenes villighet til å hjelpe hverandre. Schumkler har anvendt sitt instrument til å måle en positiv effekt av grupper for pårørende. Skjema er oversatt til norsk av forfatteren av dette kapittel og anvendt i en norsk studie (Folden 2007)

## Belastning i forhold til barn

Barna til psykiatriske pasienter med alvorlige og langvarige psykoser er med den desentraliserte psykiatrien blitt den svakeste og mest oversette gruppen. Selv om de fleste barn i denne situasjonen klarer seg, har de likevel behov for hjelp og støtte. Når barna skal hjelpes er det viktig å samarbeide med pasientene og hjelpe dem med støttetiltak i form av hjelp i hjemmet, avlastning eller barnehagetilbud. Den gruppen som er utsatt for alvorlig omsorgssvikt eller blir mishandlet, har krav på at helsepersonell i psykiatrien melder fra til barnevernet (Lov av 17. juli 1992). Barnevernet har da rett til å få utlevert relevante opplysninger fra journalen ved henvisning til barnevernloven. Ved denne typen problematikk er sosionomen i tjenesten den som har best kunnskap og erfaring.

Som tidligere nevnt: De fleste barn som vokser opp i familier med psyko-seproblematikk, klarer seg bra i livet, men for noen blir det for vanskelig, og de får selv alvorlige problemer. Det viktigste i vurderingen av omsorgsevne er ikke om forelderen har en alvorlig sinnslidelse, men hans/hennes:

1. evne til innlevelse
2. evne til å engasjere seg i samhandling og samspill
3. evne til å prioritere barnets mest grunnleggende behov fremfor sine egne
4. evne til å oppfatte barnet realistisk
5. evne til å kontrollere følelsene sine og gi adekvat uttrykk for dem på en trygg måte for barna (Svendsen 1996).

En annen måte å si dette på er at det er en persons foreldrekompetanse som får konsekvenser ikke hva foreldrene måtte lide av. Et normalt liv som foreldre er en ønsket mål for hjelp til den forelder som sliter med sin foreldrekompetanse pga en alvorlig psykiatrisk lidelse. Stresset hos foreldrene og følelsen av ikke å mestre ville nok vært mindre hvis vi i psykisk helsevern anerkjente at de personene vi har i behandling har barn, og at en del av tjenesten vår derfor ble organisert rundt denne erkjennelsen. Vi vet hvordan vi kan hjelpe pasientene våre til å mestre livet sitt bedre, men vi handler ikke deretter.

Det er enighet om at yngre barn som har syke foreldre, sliter med konsentrasjonsproblemer, separasjonsangst, redusert initiativ og tilbaketrekning, mens større barn oftest får atferdsproblemer. Det er selvfølgelig ikke en enkel forklaring på dette fordi psykiatriske lidelser kan være koblet sammen med rusmisbruk, langvarige foreldrekonflikter, sosial fattigdom og stigmatisering fra storsamfunnet. Den beste innfallsvinkelen hvis man vil gjøre noe for barn av psykiatriske pasienter, er å definere dem som personer i risikosone, og tenke på at det er bedre å forebygge enn å behandle i ettertid.

I en studie beskriver Smeby (2000) noen av de problemene det innebærer å være barn av en forelder med psykiske forstyrrelser. I intervjuer med ti voksne barn som hadde psykotiske foreldre i oppveksten, betrodde de fleste at de syntes det var flaut, de unngikk å snakke med venner eller pårørende om hva som var galt, og de unngikk bevisst å forholde seg til sine egne følelser rundt det å ha en forelder som var psykisk syk. Strategiene deres når det gjaldt å takle den syke forelder, inkluderte å finne seg en «frisk» familie i venneflokken, unngå forelder og rømme hjemmefra når spenningen hjemme ble utholdelig. Særlig perioden før en innleggelse var forferdelig. «Vi gikk og ventet på at hun skulle bli så dårlig at hun ble innlagt.» Felles var angsten for at det skulle gå galt igjen. «Skoleveien hjem kunne bli lang. Kunne mor igjen ha prøvd å gjøre slutt på livet?»

Andre har beskrevet hvordan barna er redde for selv å bli syke (Smeby, 2000). Når det gjelder barn av kvinner som lider av schizofreni, har man funnet at barna har en høy grad av sykdom, angst, nedtrykthet, utviklingshemning og dårlig sosial tilpasning. Dette gjør dem imidlertid ikke

vesentlig forskjellige fra barn av kvinner med andre alvorlige eller kroniske sinnslidelser, eller endog barn av psykisk normale kvinner fra de lavere sosioøkonomiske lag i samfunnet (Sameroff et al. 2000).

Dessverre har det vært en foruroligende mangel på forskning om, og oppfølging av, barna til psykiatriske pasienter; etter å ha blitt identifisert, har de stort sett vært ignorert. En liten bok av Wigdis Nilsen (1994), selv en mor som lider av depresjon, beskriver både dette og sin manglende evne som mor til å ta omsorg for et barn når hun var deprimert. Hun antyder at hun som mor trengte hjelp både for sin depresjon og med sitt omsorgsansvar, og kaller barna til psykiatriske pasienter for en taus og usynlig gruppe. Det disse barna formidler i pårørendegrupper, er at de selv måtte ta for stort ansvar. Som en datter i pårørendegruppen så beskrivende sa det: «Jeg har vært mor for min mor.» Savnet etter en forelder som ikke var der for dem, fører til en livslang sorg over det som ikke ble, og sterke ubearbejdede følelser av å ha blitt sviktet av både familie, og senere av psykiatrien. Fra pårørendegruppene kommer det frem at mange av disse voksne barna også har sterke ubearbejdede opplevelser fra tvangsinnleggelse, suicidalforsøk og perioder da foreldrene har vært sterkt projiserende og lagt mye av sin smerte og sine vrangforestillinger over på de andre i familien. Et familiesystem er slik at hvis en ikke evner å bære sine egne følelser og sin egen smerte, så vil andre (her barna) måtte gjøre det i kortere eller lengre tid. Den voksne kan stenge av og ha nok med seg selv, mens kravene til barna kan være intense på at de skal vise at alt er bra. Slike barn vil ofte senere ha et sterkt behov for å høre at de har mestret og hatt kontroll, og det kan være vanskelig å få kontakt med sine egne vonde følelser. De følelsene kjenner de lettere igjen i andre.

Det sier seg selv at stor grad av angst, depresjon og forstyrret evne til å tolke barnets signaler får konsekvenser for ens evne til å ta ansvar. Mange pasienter kunne ha mestret omsorgen bedre hvis de hadde fått hjelp eller avlastning. Mange barn kunne også ha fått det bedre hvis de var blitt sett, og hadde fått hjelp. Smeby (1999) beskriver hvordan ingen hadde forklart barna hva som foregikk, eller det at mor eller far feilte noe. To barn beskrev hvor mye det hadde betydd for dem at noen hadde tatt seg tid til nettopp dette å forklare. «Etter dette skjønte jeg at det ikke var min skyld, mor var syk.» og med bitterhet: «Hvorfor hadde ingen fortalt meg noe før?»

Kufås m.fl.(1999) som har arbeidet med disse barna sier at halvparten kunne trenge noe, men 10–15 % er i behov av mer helhetlige hjelpetiltak med støttetiltak i form av henvisning av barna, forelderådgivning, praktisk hjelp i hjemmet, avlastning, barnehagetilbud etc. For den gruppen som er utsatt for alvorlig omsorgssvikt eller mishandles har barnet krav på at helsepersonell i psykiatrien melder fra til barnevernet (Lov av 17. juli 1992). Barnevernet har da rett til å få utlevert relevante opplysninger fra journalen ved henvisning til barnevernsloven. Ved denne typen problematikk er ofte sosionomen i tjenesten den som har best kunnskap og erfaring.

Det er naturlig å konkludere med at personalet i psykisk helsevern bør ha et barneperspektiv når pasientene en har ansvaret for har omsorgsansvar. En kan snakke med pasientene om barna og ta stilling til om barna har tilstrekkelig god omsorg fysisk og psykisk. Hvis en konkluderer med at det ikke er tilstrekkelig får vi hjelpe forelderene til å henvende seg til andre hjelpetjenester som ivaretar familie- og barneperspektivet.

## Konklusjon

Både ut fra litteraturen og egen erfaring blir en slått av hvordan familiene hjelper og støtter hverandre så godt de kan selv i svært vanskelige situasjoner. Det betyr at familiene er villige til å dra omsorg og ta ansvar for hverandre. Det gjenstår for fremtiden å drive mer spesifikk forskning f.eks. i forhold til ulike familiemedlemmer og mestring. Det er også åpenbart at mye kunne vært gjort fra det profesjonelle hjelpeapparatet. Mye av det vi tolker som negativ samhandling, er omsorgshandlinger drevet av hjelpeløshet, angst og behov for kontroll (Smeby, 1998). Ved å samarbeide med pasienten og hans/hennes familie vil vi kunne redusere negativ samhandling og slik frigjøre mer av det som er positivt.

I de siste årene er det kommet studier av barn, søsken, hele familier, men fremdeles mangler mye, særlig på gode handlingsvalg. Det er godt å kunne si at vi i dag har kunnskap og tiltak som styrker familien og fører til at det går bedre med den som har søkt hjelp i psykiatrien. Det som mangler er at denne kunnskapen omsettes i praksis. Hvis man ikke ser familien, med en

rett i seg selv til å få hjelp, svikter man ikke bare familien, men også pasienten. Det er i uformelle, ubetalte relasjoner at man får en følelse av egenverd. Å hjelpe pasientene til å mestre sine uformelle relasjoner må være hensikten med den profesjonelle relasjonen. Det fins en voksende mengde av litteratur fra ulike helseprofesjoner om virkningene av sinnslidelser på de pårørende og virkningen av familiemiljøet på pasientene.

Det er også viktig å problematisere at begrepet belastning (burden) har fått en fremtredende plass i undersøkelser av hvordan det er å være pårørende til en som har en langvarig psykose. Det er nærliggende å tenke seg at vi nå står i fare for å flytte den tidligere «skylden på familiene» til å legge ansvaret for alt på pasientene selv. Hvis man er klar over denne faren, skulle det å ha kunnskap om pårørendes sorg og belastning bare virke utfyllende på en helhetlig forståelse både av pasienten og hans/hennes nære relasjoner på godt og vondt. Dette blir viktig når vi vet at en økt forståelse for familiens erfaringer med å være omsorgsperson kan hjelpe oss til å utvikle og implementere tiltak for å få bedre helse både for familien og den som sliter med alvorlige psykiske problemer. Slik som Helsedirektoratets, «Veilederen om samarbeid med pårørende innen psykiske helsevern» (2008) bygger på erkjennelsen av at pårørende er en viktig ressurs i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser.

## Litteratur

- Atkinson SD. (1994) Grieving and loss in parents with a schizophrenic child. *Am J Psychiatry*. 51;8: 1137–1139.
- Barne- og likestillingsdepartement. *Lov om barneverntjenester*. 17 juli, 1992.
- Brown GW, Birley JLT, & Wing JK. (1972) The influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychology*. 121: 241–258.
- Chafetz, L., Barnes L. (1989) Issues in psychiatric caregiving. *Archives of psychiatric nursing* 3(2):61–68.

- Ekern, K.S. (1997) *En kvalitativ studie av forholdet mellom familien til mennesker som lider av schizofreni og det profesjonelle hjelpeapparat.* Hovedoppgave ved Universitetet i Oslo, Institutt for Spesialpedagogikk i samarbeid med Bislet høyskolesenter, avdeling for helsefag.
- Fjell, Anne (1999) Familiearbeid. Utkast til bokkapittel for OPUS-prosjektet, *Tidlig innsats ved skizofreni, København, FADLs forlag, s 1–21.*
- Folden, G. E (2007) *The Experience of Caregiver Burden in relatives of Patients with Bipolar Disorder or Schizophrenia.* Trondheim: Masters thesis NTNU, Faculty of Medicine.
- Helsedirektoratet (2008) *Pårørende- en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester.* Tilgjengelig fra Oslo: [www.helsedir.no](http://www.helsedir.no)
- Hoening J & Hamilton MV (1966a) The schizophrenic patient in the community and his effects on the household. *International Journal of Psychiatry*, 26, 165–176.
- Kletthagen, H., Smeby, NAA. (2007) Informasjon til pårørende av førstegangsinnlagte i det psykiske helsevern. *Sykepleien Forskning 1*: 19–25.
- Kufås, E., Askildt, E.M., Brustad, E., Amundsen K.M, Knutsen, F.B, Lund, K. Og Lyng, M. (1999) *Pasienter i akuttavdelinger har også barn.* Delrapport fra prosjekt. Blakstad psykiatriske sykehus, Asker.
- Leff, J. (1994) Working with the families of Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 164 suppl., 71–76.
- McFarlane, WR. (3003) Family psychoeducation and schizofreni: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 223–245.
- Mevik K og Trymbo BE (2002) *Når foreldre er psykisk syke.* Universitetsforlaget.



- Nilsen W. (1994) *Psykiatriens barn. Når mor ikke orker mer. Søkelys på psykiatriske pasienters barn*. Stavanger: Psykiatrisk Opplysningsfond.
- Nordby K, Kjønsberg K. Hummelvoll J.K. (2007) *Samarbeid mellom ansatte og pårørende til personer med en nyoppdaget alvorlig psykisk lidelse*. Høgskolen i Hedmark Notat nr. 2–2007.
- Platt S, Weyman A, Hirsch S. & Hewett S. (1980) The social behavioral assessment schedule (SBAS): Rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Social Psychiatry*, 15; 43–55.
- Robberstad H., Bunch EH. & Smeby NAA (1985). *Eit Betre Liv?* Oslo, Norway: Universitetsforlaget.
- Sameroff A.J, Lewis, M Miller S.M. (2000) *Handbook of developmental Psychopathology*. New York: Springer-Verlag.
- Smeby N.Aa. (2001) Samarbeid med familien i psykiatrien. I J.K. Kirkevold M og Ekern, KS (red.). *Familien i sykepleiefaget*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Smeby, N.Aa. (2000) Samtale med ungdom når mor eller far er innlagt i psykiatrisk akuttavdeling. *Dialog*; 2:25–30. Bulletin for SEPREP, Jubileumsnummer.
- Smeby NAA. (1998) *Relationship between Felt Expressed Emotion, Social Support and Burden in Families with a Member Suffering from Schizophrenia*. Doctoral Dissertation. University of California, San Francisco and Ullevaal University Hospital, Oslo.
- Szmukler G, Burgess P, Herrman H, Benson A, Colusa S, Bloch S. (1994) Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory (ECI). *Soc Psychiatr Epidemiol* 31:137–148.

Szmukler, G. University of Melbourne, Victoria, Australia. *Spørreskjema for å måle erfaring med omsorg*. Oversatt til Norsk av Nina Aarhus Smeby og Torill Dammen, Ullevål universitetssykehus, Psykiatrisk divisjon, Avd. for forskning og undervisning.

# HUMANISTISKE PERSPEKTIVER I PSYKIATRISK SYKEPLEIE

*BENGT KARLSSON*

## Innledning

Jeg har vært tvangsinnlagt hver gang. Der er så fælt. Det er ingen som spør meg hva jeg selv vil. Jeg vil bli spurt om jeg vil bli tvangsinnlagt eller ikke (Karlsson 2004).

Sitatet kommer fra en kvinne, som i maniske faser, ikke selv ønsker innleggelse og motsetter seg dette. Bruken av tvang oppleves både som frihetsberøvende og som en krenkelse av egen integritet, verdighet og mulighet til medbestemmelse i situasjonen. Kvinnens erfaringer setter i og på spill humanistiske grunnbegreper og idealer, og slik sett også humanistiske praksiser i alt omsorgsarbeid: Kvinnen ønsker å være deltaker og medbestemmende i spørsmålet om sin egen tvangsinnleggelse. Begreper som respekt, integritet, verdighet, frihet og selvbestemmelse er både teorier og de er væremåter i møtet mellom en pasient og en psykiatrisk sykepleier. I denne artikkelen ønsker jeg å løfte frem den humanistiske tradisjonen i psykiatrisk sykepleie, både i et historisk og nåtidig perspektiv. Jeg vil diskutere hvordan humanistiske praksiser settes i og på spill i daglige møter og samtaler i psykiatrisk sykepleie. Avslutningsvis vil jeg løfte frem en uro for den samtidige utviklingen i psykiatrisk sykepleie, og de utfordringer jeg tenker faget kan stå overfor.

## Humanistiske inspirasjoner – noen grunnleggende ideer

Begrepet humanisme har lange historiske tradisjoner og oppstod som en filosofisk og litterær bevegelse i Italia på slutten av 1500-tallet. Da utgjorde humanismen en reaksjon mot samtidens ortodokse kristendom. Senere ble humanismen en bredt sammensatt kulturbevegelse med avgjørende betydning for synet på mennesket og på vitenskap. Humanismen gav nytt liv til de gamle og klassiske greske frihetsidealene. Den framholdt at mennesket kan utdannes til effektiv utøvelse av frihet gjennom studier av fag som historie, litteratur, etikk og politikk (Wackerhausen 2002). Humanisme innebærer både en måte å forstå verden på og å handle på som har gitt seg ulike kulturelle uttrykk til ulike tider. Det latinske begrepet «humanitas» rommer både menneskelighet og dannelses, der dannelsen antyder det spesifikt menneskelige. Vi lærer og gjennom det kan vi bli frie mennesker. Humanismen fokuserer på hvordan mennesket atskiller seg fra dyrene gjennom sin utøvelse av frihet. Noen av tradisjonens grunnleggende prinsipper er:

- Mennesket anses i prinsippet som fritt. Det er fritt til å danne sin egen personlighet. Dette innebærer ansvarlighet i forhold til å velge handlinger, vurderinger og hensikter.
- Det finnes ingen absolutt sannhet om livet. Mennesket er et bevisst og opplevende vesen som selv erfarer virkeligheten. Et menneskes erkjennelse og handlingsmuligheter utvides gjennom aktive undersøkelser og bearbeiding og ikke gjennom passiv registrering eller autoritær overbevisning.
- Det finnes ingen absolutte verdier. Et menneske er verken godt eller ondt. Det skaper sine egne verdier, og dets handlinger og tanker er følgelig målrettede og formålsbestemte.
- Det er ikke gitt en felles og menneskelig natur. Mennesket er et individ – udelelig og særegent – dette er det menneskelige kjennetegn. Slik sett blir forskjeller mellom mennesker mer interessante enn likheter (Madsen 1974).

Som studenter kan vi studere humaniora eller humanistiske fag. Humaniora består av samfunns-, språk- og kulturvitenskapene og humanistisk psykologi. I disse vitenskapene står interessen for mennesket sentralt. Mennesket forstås som et individ i en fysisk-biologisk-sosial omverden. Det er mennesket og dets virksomhet som er gjenstandsområdet for humanvitenskapene. Det humanistiske vitenskapsidealet framholder den humanvitenskapelige metode, som også kalles hermeneutisk og/eller fenomenologisk. Den fokuserer menneskets motiver, hensikter, sosiale og kulturelle sammenhenger, vurderinger og forståelser. Humanistisk psykologi er et samlebegrep for ulike psykologiske teorier som har det til felles at de står i den humanistiske tradisjonen og framholder psykologi som en i hovedsak filosofisk og ikke naturvitenskapelig disiplin. Den humanistiske psykologien fokuserer allmennmenneskelige trekk som bidrar til forståelse av psykiske helse og uhelse. Humanistisk psykologi har sine røtter i hermeneutisk filosofi sammen med fenomenologisk og eksistensialistisk filosofi. Grunnleggende begreper om vitenskap, mennesket og dets handlinger, erkjennelse og forståelse er hentet fra disse tradisjonene. Det gjelder både forståelsen av ulike fenomener og begreper og den praktiske anvendelsen det får i arbeidet med mennesker og deres psykiske helse. Hermeneutikken har inspirert den humanistiske psykologien ved å fokusere på sammenhengen mellom forforståelse, forståelse og tolkning og mellom språk, handling og mening (Vetlesen & Stänicke 1999). I fenomenologi, dvs.læren om fenomenene, er en opptatt av å studere et fenomen slik det viser seg, slik det er gitt for subjektet i dennes livsverden, og hvordan dette kan deles med andre gjennom intersubjektivitet (Bengtsson 1999).

Eksistensialismen fremholder sammenhengen mellom frihet og valg. Mennesket er potensielt fritt, men vi handler innenfor egne og andres rammer som avgrensner våre valgmuligheter. Våre valg vil alltid ha konsekvenser for våre medmennesker, og derved også gi mening til vår eksistens.

## Den humanistiske tradisjonen i psykiatrisk sykepleie

Den humanistiske tradisjonen i psykiatrisk sykepleie er forankret i et humanistisk menneskesyn og i et humanvitenskapelig paradigme (Hummelvoll 1998; Eriksson 2001). Humanistisk psykiatrisk sykepleie omtales som holistisk med vekt på spesifikt menneskelige kvaliteter som selvrefleksjon, opplevelse av mening, verdier, håp, fellesskap, og følelser. Et humanistisk menneskesyn innebærer at mennesket anses som unikt i betydningen av å være et autonomt, rasjonelt, sosialt og åndelig vesen (Barbosa da Silva 1998). Den humanistiske tradisjonen i psykiatrisk sykepleie innebærer en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming (Hummelvoll 1997). Mennesket sees som et kulturelt og helhetlig vesen, som viser seg gjennom kropp, sjel og ånd i samspill med omgivelsene i form av samfunn og kultur. Et humanistisk menneskesyn aktualiserer autonomi og frihet i relasjonen mellom pasient og sykepleier (Barbosa da Silva 1998). Autonomibegrepet innebærer et pasientsyn der mennesket har muligheter til å ta vare på seg selv og kunne fremstå med både selvrespekt og verdighet. Frihet forstås i lys av ansvar og medansvar, der begge deler forutsetter en gjensidighet i relasjonen karakterisert av respekt og omtanke. Denne forståelsen av relasjonen mellom pasient og psykiatrisk sykepleier er basert på og utviklet gjennom tillit og gjensidighet (Lützén 1997).

Relasjonen mellom sykepleier og pasient og det at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, har blitt slått fast som en grunnleggende dimensjon i psykiatrisk sykepleie (Travelbee 1971; Peplau 1992; Hummelvoll 1997). Den terapeutisk relasjonen er forsøkt etablert som det essensielle i psykiatrisk sykepleie. Betegnelsen «Interpersonal process» (mellommenneskelig prosess) fremhever hvordan den psykiatriske sykepleierens terapeutiske rolle ikke bare kan beskrives som «routines og procedures, but it also must be discussed in terms of attitudes, feelings, relationships and understandings» (Mereness 1982 s.10). Det er personen som er i sentrum, og dennes opplevelser og erfaringer med lidelse. Personen og sykepleieren er engasjert i en relasjon basert på gjensidig påvirkning som skaper forandringer både for sykepleieren, «personen-i-omsorg» og omgivelsene (Barker et al 1998) Fokuset er rettet mot personen, dennes livsproblemer og livserfaringer og en anerkjennelse av at personen er ekspert på eget liv og tar ansvar for å

mestre dette. Vanskeligheter med å mestre eget liv kan ofte danne basis for relasjonen med sykepleier og for personens behov for hjelp. Videre tillater sykepleieren seg selv å bli emosjonelt involvert i personens situasjon og lidelse og systematisk utforske relasjonen og kommunikasjonen mellom seg selv og den andre. Denne utforskningen har sin basis i den mellommenneskelige prosess, som involverer både personen-i-omsorg, sykepleieren og andre. Fokuset er å støtte opp om ulike former for vekst og utvikling som er kjernekaraktistika ved det å være menneske.

Pasientens subjektive opplevelser og konsekvenser av lidelsen er et sentralt vurderingsgrunnlag i utøvelse av psykiatrisk sykepleie i den humanistiske tradisjonen (Lindholm 1997; Lindström 1997). Lindström (2002) fremholder at det å lindre lidelse er den psykiatriske sykepleiens ytterste hensikt. Det er en sammenheng mellom lidelse og helse. De inngår i en ubrytelig, gjensidig forbindelse og utgjør hverandres forutsetninger. Å dele lidelse kan sees fra tre aspekter; 1. Å få lide ut, 2. Å bli bekreftet og 3. Å bli forsonet (Eriksson 1995). I dette arbeidet vil en psykiatrisk sykepleier forsøke å forstå den psykiske lidelsen ut fra personen som subjektivt erfarer den. Det er den subjektive beskrivelsen og den virkning lidelsen har i personens erfarde hverdag og liv, som vil danne basis for tiltak som kan lindre den psykiske lidelsen. Fokus vil være på personens livsverden både konkret og som opplevd mening ved det å være lidende, og hvordan lidelsen kan lindres (Lindström 2002). Personens nettverk av levde relasjoner utgjør en sentral del av helheten for å kunne utøve psykiatrisk sykepleie i den humanistiske tradisjonen.

Hummelvoll (1997) bruker begrepet sykepleier–pasient-fellesskapet for å fremheve det eksistensielle i møtet mellom to mennesker. Fellesskapsbegrepet impliserer at to mennesker møter hverandre som hele mennesker, noe som muliggjør felles opplevelser. Dette betyr at sykepleieren åpner seg for pasientens forestillingsverden og situasjonsopplevelse. Sykepleieren viser seg, både med og uten ord, som en person. Likeverdighet i psykiatrisk sykepleie er basert på arbeidet for å realisere en ekte og gjensidig respekt for hverandres integritet og verdighet. Hummelvoll (1997) viser til den dialektiske gjensidigheten mellom møtet, nærværenhet og det å lytte. Det er en forutsetning for å kunne nå inn til pasientens selvoppfat-

ning at sykepleieren lytter, det vil si er åpen for de ulike måter pasienten forsøker å gjøre seg forstått og å forstå seg selv på – språklig og kroppslig. Å lytte er en aktiv tilstand preget av nærvær og autensitet.

## Hvordan videreutvikle humanistiske praksiser i psykiatrisk sykepleie?

Jeg ønsker å løfte frem fire områder ved psykiatrisk sykepleie hvor jeg tenker at vi kan arbeide med å videreutvikle ulike humanistiske praksiser. Disse er: Om å utforske pasientens verden, Person, Relasjon og Samtale.

### Om å utforske pasientens verden

Eriksson (1997) fremholder at et nytt paradigme for sykepleievitenskapen er i ferd med å vokse frem gjennom å utforske og forstå pasientens verden. Det nye paradigmet beveger seg fra sykepleie til omsorg og er forankret i en forståelse av pasientens verden som en verden av lidelse. Pasientens erfaringer med lidelse, uhelse og sykdom er utgangspunktet i paradigmet, og hevder at det er lidelsesaspektet i pasientens verden som muliggjør et omsorgsorientert perspektiv. Hedelin og Strandmark (2001) fremholder at ønsket om og evnen til å lete i pasientens livsverden er en forutsetning for å skape muligheter for ny forståelse og endring gjennom refleksjon og artikulering av levde erfaringer. Beskrivelsene av de levde erfaringene kan danne basis for endret selvforståelse i retning av mestring og myndiggjøring, og skape aksept for å stole på egne erfaringer og for erfaringens plass i det levde liv. Barker og Renyolds (1996) fremholder at det primære fokus for psykiatrisk sykepleie må være menneskers problemer. En grunnleggende forutsetning for dette arbeidet vil være å lytte til og lære av de erfaringer mennesker med psykiske lidelser har gjort seg. Dette vil erstatte to grunnleggende antakelser fra det medisinsk-psykiatriske paradigmet, nemlig:



(i) The assumption that we know what people need (without first asking them); and (ii) that we know how people might come to an understanding of their experiences of illness (s. 79).

Baker et al. (1998) har utviklet fire grunnleggende premisser for hva som kan karakterisere et humanistisk perspektiv i psykiatrisk sykepleie:

Premise 1: Psychiatric nursing is an interactive, developmental human activity, more concerned with the future development of the person than with the origins or causes of their present mental distress.

Premise 2: The experience of mental distress associated with psychiatric disorder is represented through public behavioural disturbance, or reports of private events that are known only to the individual concerned.

Premise 3: The nurse and the-person-in-care are engaged in a relationship based on mutual influence.

Premise 4: The experience of psychiatric disorder is translated into a variety of problems of everyday living (Baker et al. 1998 s. 664).

Disse grunnleggende premissene vil kunne utvikle en humanistisk og dermed helhetlig begrunnet psykiatrisk sykepleie. I en slik tilnærming vil perspektivet på pasienten som person være sentralt.

## Person

Andersson (1996) fremholder at personbegrepet har vært et nøkkelbegrep i utviklingen av sykepleieteori siden 1960-tallet. Rogers (1958) hevdet at kravet om et helhetssyn på pasienten som person måtte ses på som grunnlaget for all sykepleie. Travelbee (1971) tar utgangspunkt i mennesket som et enestående, uerstattelig individ og tar avstand fra generaliserte oppfatninger om mennesket som nedfeller seg i begrepene og rollene pasient og sykepleier. Andersson (1996) viser til Mounier som er den som introduserer vektleggingen av det individuelle mennesket som en person. Denne formen for personalisme gir ordet person en positiv betydning i motsetning

til en manipulerbar ting. Hvert enkelt menneskelig individ bør behandles som en person, forstått som et mål i seg selv og aldri bare som et middel for noe annet.

Psykiatrisk sykepleie er opptatt av å etablere de nødvendige betingelser for å fremme den enkelte persons vekst og utvikling (Lindström 1994; Hummelvoll 1997). En slik vekst og utvikling vil nødvendigvis involvere personens tilpasning til, eller overvinnelse av, de livsproblemer som er forbundet med en psykisk lidelse. Arbeidet må starte med personens opplevelser av seg selv og bearbeidelsen av disse opplevelsene – heller enn med vedkommendes opplevelser av å være pasient. Psykiatrisk sykepleie til mennesker med en psykisk lidelse innebærer omsorg med heller enn omsorg for. En hovedutfordring er hvordan sykepleieren tilpasser og møter personen-i-omsorg, og ikke hvordan personen tilpasser seg sykepleierens oppfatning av denne som pasient: «Psychiatric nursing is about engaging WITH the person, attempting to join with them in identifying, exploring and considering the nature and substance of experiences which derive from what others (doctors) call mental illness» (Barker & Reynolds 1996 s. 77). Den andre er langt mer enn bare en pasient; nemlig en enestående, uerstattelig person. Begrepene pasient og sykepleier gir ikke mening fordi de utsletter det unike ved hvert menneske og bare fokuserer fellestrekk. Kategoriseringen er en forenkling som uvegerlig fører til stereotypisering gjennom teoretiske abstraksjoner som blir styrende og tar overhånd over menneskets spesielle kvaliteter. Relasjonen sykepleier–pasient erstattes av et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee 1971). Forholdet utvikler seg prosessuelt på bakgrunn av gjensidig respons på den andres menneskelighet gjennom å dele erfaringer og opplevelser knyttet til mening. Mening er forstått både som tilværelsens ulike og konkrete livserfaringer, og som styrkende og selvaktualiserende livserfaringer.

Buber (1997) fremholder at likeverdighet i eksistensiell forstand er at helhetlig jeg møter et helhetlig du. Hummelvoll (1997) viser til at dette betyr at sykepleieren åpner seg for pasientens forestillingsverden og situasjonsopplevelse. Sykepleieren viser seg, både med og uten ord, som person. Likeverdighet i psykiatrisk sykepleie er basert på arbeidet for å realisere en ekte og gjensidig respekt for hverandres integritet og verdighet. Buber (1997) hevder at nærværenhet forstås som evnen til å være til stede på en

autentisk måte, en måte som gir mulighet til å oppleve et «jeg–du-forhold». Forfatteren viser til at det å lytte til et annet menneske er å åpne opp for et spesielt trekk ved den menneskelige tilværelse: Jeg blir meg selv gjennom den andre. Det er fordi jeg alltid er gjennom andre og derved kan lytte til den andre. Guldbrandsen (1993) fremholder at terapeutens åpenhet er gjensidig knyttet til det å lytte uten å vite. Lytting er «ikke-viten» forstått som evnen til å lytte for å kunne få vite(n). Forfatteren viser til Bion (1977), som omtaler evnen til å lytte som den negative evnen. I dette ligger det en åpenhet for å holde ut det tvetydige, det halvsanne, det usagte og det paradoksale.

## Relasjon

Et humanistisk menneskesyn aktualiserer autonomi og frihet i relasjonen mellom pasient og sykepleier (Hummelvoll 2004). Autonomibegrepet innebærer et pasientsyn der mennesket har muligheter til å ta vare på seg selv og kunne fremstå med både selvrespekt og verdighet. Frihet forstås i lys av ansvar og medansvar, der begge deler forutsetter en gjensidighet i relasjonen karakteriserert av respekt og omtanke. Denne forståelsen av relasjonen mellom pasient og sykepleier er basert på og utviklet gjennom tillit og gjensidighet. Den psykiatriske sykepleieren står ofte i et etisk dilemma knyttet til å ivareta pasientens tillit i relasjon til handlinger som truer den samme tilliten. På denne bakgrunn må sykepleieren ha høy grad av oppmerksomhet rettet mot den moralske ubalansen som potensielt kan ligge i relasjonen. Den moralske refleksjonen må baseres på empatisk inn- og medlevelse i pasientens subjektive opplevelser og situasjon og gjøres til gjenstand for relasjonell praksis (Lützen 1997)..

Tore Frost (2001) gjør et meget prisverdig forsøk på å trenge inn i hva respekt for menneskeverdet kan bety og hva det kan innebære i en hjelperelasjon. Begrepet respekt kommer fra det latinske verbet «spici» og «spectare» hvis grunnbetydning er «å se, skue noe fremfor seg». Med prefikset «re-» får vi «respectare» som er grunnlaget for det norske verbet «å se om igjen, se på ny». Når Frost tolker dette inn i en hjelperelasjon fremhever han at «respekt» dreier seg om å demonstrere en høyt utviklet evne til å kunne ta et skritt til siden og se om igjen på vår egen måte å se på, se om igjen på egen synsevne, lytteevne, akseptasjonsevne, forståelsesevne og hjelpeevne. Kravet om å møte den hjelpetrengende med respekt betyr

å våge å møte seg selv i speilet og kritisk mønstre hva slags premisser jeg – som gir meg ut for å være den gode hjelper – har for å kunne leve opp til min egne løfter. Sykepleieren må være tydelig på egne forutsetninger og i særdeleshet der hvor vedkommende opplever mangler eller begrensninger i både lytteevne, synsevne, forståelsesevne og akseptasjonsevne.

Et slikt utgangspunkt kan konkretisere hva respektfulle væremåter i en hjelperelasjon kan innebære. Både pasient og sykepleier kan gjensidig skape muligheter for å se seg selv og relasjonen «på ny». I samarbeidet kan partene systematisk lete etter andre og nye måter å forstå pasientens ønske om hjelp og hva som kan hjelpe. Ved å rette fokus på hva som skal til for at pasienten har det bedre og mestrer sine problemer og hverdag – og ikke sykdom og patologi – kan pasienten inviteres til å se om igjen og se på ny helheten i sin livssituasjon. Denne fokusendringen inviterer også sykepleieren til å kunne se på ny pasienten, dennes ressurser og muligheter og relasjonens muligheter i samarbeidet. Gjensidig anerkjennelse peker mot betydningen av det å se og av det å bli sett i relasjoner. Noen tidligere pasienter har erfart hvordan sykepleiere gjennom sine handlinger og væremåter har formidlet en klar omsorg og interesse for dem som person og menneske (Karlsson 2004). De har opplevd dette som tegn på forståelse og sympati og at de ble respektert, ivarettatt og bekreftet som den de var. I slike relasjonelle møter opplever de tidligere pasientene en genuin varme, interesse og oppmerksomhet fra sykepleieren. Denne arbeider med å forstå pasienten, dennes liv, problemer og hverdag. Et sentralt element i dette arbeidet er at sykepleieren evner å formidle noe av sin egen livserfaring med tangeringspunkter i pasientens levde problemer. Flere tidligere pasienter forteller om avgjørende relasjonelle erfaringer med fagpersoner, der møtet omkring livserfaringer har opphevet posisjonene pasient og hjelper, og der det menneskelige møtet har formidlet håp, entusiasme og engasjement omkring forandring. Tidligere pasienter fremholder hvordan lindrende relasjoner innebærer væremåter der personen blir sett, bekreftet og anerkjent. I motsatt fall oppleves relasjonen som uttrykk for mangelfull omsorg og som en ytterligere lidelse (Karlsson 2004).

Når man bekrefter, berører man den andre i en dyp mening. Det å berøre den andre innebærer å berøre seg selv eller å ha muligheten eller åpenheten til å la seg berøre. Man utviser en grunnleggende tillit til den andre i

det øyeblikket man lar seg berøre følelsesmessig. Denne tilliten uttrykker et fellesskap og oppfordrer til gjensidig lydhørhet og forsiktighet overfor det medmenneskelige. Steinholtz Ekecrantz (1995) fremholder: «Patienter ropar alltså på att bli sedda, lyssnade på och tagna på allvar. Att bli sedd är att få mänskligt värde» (s. 114).

I dette perspektivet kan det humanistiske perspektivet med grunnlag i fenomenologi, hermeneutikk og eksistensialisme forstås. Denne tradisjonen utfordrer allment det naturvitenskapelige paradigmet – som i en psykiatrisk sammenheng har hovedfokus på sykdom og patologi – og i særdeleshet det kunnskapsmessige grunnlaget for å forstå mennesket og menneskelige fenomener. Hans Skjervheim (2000) fremholder: Det er bare mulig å få tilgang til mennesket og dets sosiale liv gjennom å forstå hvordan folk tolker seg selv og sine handlinger i en gitt situasjon. Menneskelige fenomener er sosiale og har mening og denne kan ikke reduseres til noe annet en mening. Mennesket er den det tenker det er og spesifikt som vesen ved at det tenker om seg selv.

## Samtale

Samtalen fremstår som kanskje det vesentligste hjelpemiddelet i psykiatrisk sykepleie. Det er samtalen som muliggjør et ekte møte med pasienten, og som derved kan bidra til at ærlighet og tillit etableres i relasjonen (Karlsson 2004). Samtalen mellom pasient og sykepleier er selve grunnlaget for utvikling av forståelse og terapeutisk samarbeid. Samtalen igangsetter en felles leting etter forståelse og utforskning av «livsproblemer». Dialogen er likeverdig i den forstand at sykepleier og pasient snakker med hverandre, ikke til hverandre. Sykepleierens ekspertise skal bidra til et fritt samtalerom, der nye perspektiver og forståelser er det sentrale målet. Steinholtz Ekecrantz (1995) skriver at dialogbegrepet peker mer mot innholdets art enn mot dets kvalitet. De som inngår i en dialog, omgis av en felles romslig horisont der deltakerne definerer hverandre gjennom å lytte og snakke. Det som sies, er en del av interaksjonen i den sosiale kontekst der samtalen finner sted. Implisitt reflekterer deltakerne over egne og den andres reaksjoner på det som sies. Innholdet i samtalen er ikke gitt, men skapes i samhandlingsprosessen. Martinsen (2002) viser til at samtalen

har med tålmodighet og langsomhet å gjøre; å høre etter, å være oppmerksom, å la den andre komme til orde, å møte den andres svar med forsiktige spørsmål og å våge å spørre om det man ikke forstår.

Det å kunne fortelle sin historie usensurert gir en opplevelse av å bli respektert og verdsatt av andre. Samtidig gir samtalsituasjonen personene muligheter til å stoppe opp og reflekterer over selve samtalen og over det de selv uttrykker. Å tale sammen gjør det mulig for den som snakker å lytte til sin egen historie og det den forteller vedkommende. Seikkula (2000) omtaler dette som en dialogisk dialog. I en dialogisk dialog søker man å skape en felles forståelse og en felles mening ved at dialogen skaper betingelser for at deltakerne kan lytte – både til den andre og til seg selv ved å snakke til den andre og derved også til seg selv. Ved å lytte til sin egen artikulering av en historie muliggjøres en opplevelse av økt innsikt og sammenheng. Barker et al (1996) fremhever betydningen av å ta folk på alvor i samtalen i psykiatrisk sykepleie. Dette innebærer å ta utgangspunkt i deres fortellinger og derved rette oppmerksomheten mot de konkrete, fenomennære erfaringene. Ifølge forfatterne er dette å vise en menneskelig respons på menneskelige problemer. Pasienter er mennesker som ønsker å møte det medmenneskelige i møte med en sykepleier. Enkelte pasienter forteller om et dypt savn av at også sykepleierne skal vise seg som medmennesker gjennom å dele sine egne livserfaringer (Lindstrøm 1995; Steinholtz Ekecrantz 1995). Andre forteller om hvilke overskridende og avgjørende opplevelser de har hatt når dette har skjedd (Karlsson 2004).

Løvlie Schibbye (1996) vektlegger samtalsens form forstått som et forum for terapeutisk undring. I dette begrepet ligger det en forutsetning om at sykepleieren tåler uklarhet, manglende oversikt og våger å stole på egne følelser og intuisjon. Målet er ikke å trekke konklusjoner, å finne sannheter eller den friske pasient. Pasienters opplevelser av ikke å bli møtt i samtalen kan være basert på at sykepleieren ikke evner å innta den ovennevnte posisjon. I min studie «Mani som fenomen og lidelse» (Karlsson 2004), fremholder sykepleierne sine erfaringer med å samtale. Deres erfaring er at det er en kunst å kunne samtale med mennesker som er i en psykisk krise. Det gjelder både å kunne treffes følelsesmessig og stemningsmessig og å kunne være ærlige og oppriktige i forhold til hverandre. Flere sykepleiere

fremholder at samtalens kunst er noe som utvikles gjennom erfaring over tid. Møter med ulike pasienter har bidratt til at sykepleieren kan bruke og kan stole på egen intuisjon og egne følelser i samtalesituasjonen.

Flere studier (Lindholm & Eriksson 1993; Lindholm 1997; Latvala & Janhonen 1997; Hummelvoll & Røsset 1999) viser hvordan institusjonsbasert psykiatrisk sykepleie oppleves å stå i spenningsforhold mellom verdier og realiteter. Dette forholdet utgjøres av idealer om helhetlig og humanistiske idealer i samarbeidet med pasienten og av systemrelaterede realiteter i form behandlingseffektivitet, pasientgjennomstrømming, effektiv tidsbruk og standardisert behandling. Hummelvoll og Røsset (1999) finner at spenningsforholdet leder til en praksis hvor det ikke blir tatt hensyn til opplysninger om pasientens sivile liv og hans opplevelse av sin lidelse. Dette utgjør en hindring mot å møte pasienten som person ved at den støttende omsorgen pasienten erfarer tenderer mot en terapeutisk overflatiskhet i form av forsegling av sykdomsopplevelsen mer enn at det gis rom og tid for pasienten til integrasjon og bearbeiding gjennom samtale.

## En urolig avslutning

Noe av problemet med humanisme er at det er få som er i mot. Alle er for og ingen er i mot å utvikle et mer humant helsevesen, en mer human forståelse av pasienten, en mer human omsorg og behandling. Men hva vil det på et konkret nivå si at helsevesenet er humant eller at pasienten får en human omsorg? Problemet med å definere hva humanisme kan være, er at spørsmålet sjelden stilles eller diskuteres eksplisitt. Hovedtyngden av humanistiske situasjoner og samspill må avklares og beskrives for at disse skal kunne gis en konkret forpliktelse i handling(er) av de personer som inngår i situasjonen eller samspillet. Begrepet humanisme uttrykker ikke en forståelse av hva det er gjennom absolutte, tidløse definisjoner og svar. Det humanistiske perspektivet reiser en rekke spørsmål som krever en fortløpende refleksjon over, og tilpasning til, menneskenes aktuelle livssituasjoner.

Wackerhausen (2002) peker på tre nivåer hvor de humanistiske perspektivene kan gi mening i helsesektoren: 1. Det institusjonelle nivå, 2. det mellommenneskelige nivå og 3. det faglige nivå. På det institusjonelle nivå fremstår helsevesenet i Norge som en kompleks og mangfoldig sektor bestående av ulike aktører, profesjoner, interesser og kunnskaps- og interessekonflikter. Det er nok å nevne konflikter mellom systemet og den enkelte fagperson, mellom profesjoner, mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, mellom et naturvitenskaplig og et humanvitenskaplig kunnskapssyn. Disse konfliktene og motsetningene synes å være en strukturell nødvendighet ved store systemer og organisasjoner. Og like viktig; de tar først og fremst hensyn til aktørenes egne interesser og ikke til humanistiske betraktninger eller en menneskelig solidaritet. Det kan også synes som om institusjonelle systemer, på tross av gode intensjoner og målsettinger, opprettholder dehumaniserende praksiser. En humanistisk posisjon innebærer ikke et krav om ufeilbarlighet fra verken institusjoner eller enkeltpersoners side. Det er nødvendig med en konkret analyse som viser både de humane og inhumane trekk og praksisers samtidighet i institusjoner, og hvordan en systematisk kan arbeide for å fremme det menneskelige. Et nyttig utgangspunkt kan være å erkjenne omsorgens tvetydighet; man kan både gi og få for mye og for lite omsorg (Vetlesen 2001).

Det er i det mellommenneskelige møtet som fagperson og pasient – at den enkelte pasient gjør sine erfaringer med helsesektoren og den omsorg og behandling som gis. Pasienten erfarer ikke bare det mellommenneskelige møtet, men også hvordan rammene innvirker på omsorgen som utøves. Dette gjelder alt fra de fysiske rammene, deres praktiske og estetiske utforming, mulighetene for ro og hvile og hvordan og hvor samtalene om private og personlige forhold innrammes. Kari Martinsen (2002) viser hvordan krav til økonomisk effektivitet og produksjon, kombinert med krav om evidensbasert praksis, kan bidra til å forvitte relasjonen mellom den som søker hjelp og den som tilbyr hjelp. Den institusjonelle rammen setter på spill betingelsene for å utøve omsorg som ivaretar det humane gjennom respekten for tiden som avgjørende for å skape forståelse for personens lidelse og situasjon. Krav om effektiv bruk av tid gjør at sykepleieren må ta i bruk manualiserte skjemaer og standardiserte metoder for samtale. Martinsen diskuterer hvordan samtalen og tiden i dag er truet i helse- og sosialvesenet allment, og særlig i utøvelsen av omsorg. Hun viser



hvordan tiden og samtalen forutsetter hverandre i en dynamisk helhet. Samtalen krever tid og tiden krever samtale i form av partenes gjensidige tilstedeværelse, åpenhet og autentisitet. Det psykiske helsevernets krav til produksjon, pasientgjennomstrømming og tidseffektivitet truer og forvirrer betingelsene for samtalen og dens plass i terapeutisk arbeid. Samtalen krever tid; tid til å bli kjent, til å være åpen, til å uttrykke, til å lytte, til å forsøke å forstå og til å kommunisere. Når terapeutiske samtaler knyttes til antall samtaler pr. dag og hvilke samtaleteknikker den psykiatriske sykepleieren benytter, tingliggjøres både samtalen og dens deltakere.

På det faglige nivå handler det om en sammenstilling av de to foregående punkter (rammer og tid) samt en erkjennelse av forholdet mellom makt og kunnskap. Utgangspunktet er at vår vestlige forståelse av helse bygger på en dikotomi mellom syk og frisk, og derav et helsevesen som har en fundamentalistisk forståelse av sykdomsbegrepet (Wackerhausen 2002). En slik fundamentalistisk forestilling bygger videre på at sykdom kan defineres i eget objektivt og faktisk rom, på et vitenskapelig grunnlag og uavhengig av de samfunnsmessige og kulturelle forhold mennesket lever i. En slik sykdomsforståelse fremstår teoretisk gjennom standardiserte og kategoriserende beskrivelser i diagnosesystemer i kombinasjon med foreskrevne og institusjonaliserte behandlingsprosedyrer. Menneskets psykiske, sosiale og kulturelle forhold inngår meget sjelden i definisjonen av sykdommen. Utgangspunktet er at pasienten har en objektivt definert sykdom som samtidig tilsidesetter en lydhørhet og sensitivitet overfor forskjeller i menneskers verdier, livsformer og kulturelle identiteter.

Den vestlige sykdomsforståelsen peker mot forholdet mellom kunnskap og makt. Det å oppleve psykisk helse er både et personlig og sosialt fenomen. Vi er alle mennesker som lever med vår psykiske helse som inkluderer psykiske vanskeligheter og opplevelser. Det å leve med sin psykiske helse når den viser seg som psykisk uhelse, er en dobbel erfaring. Personens erfaring er både en betryggende gjenkjennelse og en foruroligende annerledeshet. Den viser seg både i personens forhold til seg selv og i andres forhold til personen. Personen kan overveldes av spørsmål knyttet til egen identitet og personlige fremtidsutsikter: «Hvem er jeg?» og «hva skal jeg gjøre nå?». For mennesker i personens omgivelser reises tilsvarende spørsmål: «Hvordan kan vi best hjelpe?» og «hva kan skje med vårt forhold?».

Disse grunnleggende eksistensielle spørsmål finner, dessverre, så altfor ofte sine forklaringer i kulturelle autoritative forklaringer fra psykiatriens klassifiserende og diagnostiserende kunnskapsgrunnlag gjennom begreper om «psykisk sykdom».

## Litteratur

- Andersson, M. (1996) *Integritet som begrepp och princip. En studie av ett vårde-  
tiskt ideal i utveckling*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap.
- Barbosa da Silva, A. (1998) Et holistisk paradigme for psykiatri i utvikling. I:  
A. Andersen og B. Karlsson (red.). *Psykiatri i endring*. Oslo: Ad Notam  
Gyldendal.
- Barker, P., Stevenson, C., Conway E., Davidson, M., Garland, A. & Hill B.  
(1996) *Toward a Theory of Psychiatric Nursing Practice*. University of  
Newcastle upon Tyne: The Tyneside View.
- Barker, P.J. & Reynolds W. (1996) Rediscovering the proper focus of nursing:  
a commentary. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3,  
75–80.
- Bengtsson, J.(1999) En livsvärldsansats för pedagogisk forskning. I: Bengtsson,  
J.(red.). *Med livsvärden som grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Bion, W. (1977) *Seven servants*. New York: Harper.
- Buber, M. (1997) *Jeg og Du*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Ekecrantz Steinholtz, L. (1995) *Patienternas psykiatri – en studie av institutio-  
nella erfarenheter*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Eriksson, K. (1995) *Det lidende menneske*. København: Munksgaard.

- Eriksson, K. (1997) Understanding the World of the Patient, the Suffering Human Being: The New Clinical Paradigm from Nursing to Caring. *Advanced practice Nursing Quarterly*, 3 (1), 8–13.
- Eriksson, K. (2001) *Vårdvetenskap som akademisk disiplin*. Åbo: Åbo Akademi, Vårdforskning, Institutionen för vårdvetenskap, rapport nr. 7.
- Frost, T. (2001) *Respekt for menneskeverdet – hva mener vi med det?* Oslo: Skriftlig foredrag ved seminaret «Språk, dialog og makt – om ytringsfrihet i norsk psykisk helsevern».
- Guldbrandsen, O.R. (1993) Eksistensiell/fenomenologisk psykoterapi. I: H.G. Nielsen og A.L. von der Lippe (red.). *Psykoterapi med voksne. Fem perspektiver på teori og praksis*. Oslo: Tano A/S
- Hedelin, B. og Strandmark, M. (2001) The meaning of depression from the life-world perspective of elderly women. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 401–420.
- Hummelvoll, J.K. (1997) Psykiatrisk sykepleie – en holistisk-eksistensiell tilnærming. I: J.K. Hummelvoll og U.Å. Lindström (red.). *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Hummelvoll, J.K. (1998) *Internasjonalt utsyn resymé av forskning og fagutvikling i psykiatrisk sykepleie*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, rapport nr. 10.
- Hummelvoll, J.K. (2004) *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J.K. og Røsset, O. (1999) *De nødvendige idealer og de slitsomme realiteter – fokus på akuttpsykiatrien*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, rapport nr. 17.
- Karlsson, B. (2004) *Mani som fenomen og lidelse – pasient- og personalerfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie*. Dr.gradsstudie, Universitetet i Oslo.

- Laing, R.D. (2001) *Det spaltede selv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Latvala, E. & Janhonen, S. (1997) Patient's capable of managing – Basic process of Psychiatric Nursing in a Hospital Environment. *Vård i Norden*, Vol. 17, no. 4, 9–13.
- Lindholm, L. (1997) Lidande och kärlek ur ett psykiatrisk vårdperspektiv. I: J.K. Hummelvoll og U.Å. Lindström (red.). *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindholm, L. og Eriksson, K. (1993) To Understand and to Alleviate Suffering in a Caring Culture. *Journal of Advanced Nursing* 18, 1354–1361.
- Lindström, U.Å. (1994) *Psykiatrisk vårdlära*. Stockholm: Liber Utbildning AB.
- Lindström, U.Å. (1995) *Ensamhetskänslan sviker inte. En kvalitativ studie rörande pasienters opplevelse av vårdkultur og vårdrelasjonen på psykiatrisk sjukhus*. Vasa: Åbo Akademi, Vårdforskning 6/1995, Intitutionen för vårdvetenskap.
- Lindström, U.Å. (1997) Psykiatrisk vård ur et vårdvetenskapligt perspektiv. I: J.K. Hummelvoll og U.Å. Lindström (red.). *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindström, U.Å. (2002) Lidelse. I: I.T. Bjørk, S. Helseth og F. Nortvedt (red.). *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lützné, K. (1997) Moral Reflection in Psychiatric Nursing. I: J.K. Hummelvoll og U.Å. Lindström (red.). *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Madsen, K.B. (1974) *Psykologisk leksikon*. København: Gyldendal.
- Martinsen, K. (2002) Samtalen, kommunikasjonen og sakligheten i omsorgsyrene. *Omsorg*, 19 (1), 14–23.

- Mereness, D.A. (1982) *Essentials of Psychiatric Nursing*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Pepleau, H. (1992) Interpersonal relations: A Theoretical Framework for Application in Nursing Practice. *Nursing Science Quarterly*, 5, 13–18.
- Rogers, C. (1958) The characteristics of the helping relationship. *Personell and Guidance Journal*, 37 (1).
- Schibbye, A.L. (1996) Anerkjennelse. En terapeutisk intervensjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33, 530–537.
- Schibbye, A.L. (2002) *Den dialektisk relasjonsforståelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seikkula, J. (2000) *Åpne samtaler*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Skjervheim, H. (2000) *Objektivismen – og studiet av mennesket*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Steinholtz Ekecrantz, L. (1995) *Pasienternas Psykiatri. En studie av institusjonella erfarenheter*. Doktorsavhandling, Linköpings Universitet.
- Travelbee, J. (1971) *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Vetlesen, A.J. og Stänicke, E. (1999) *Fra hermeneutikk til psykoanalyse*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Vetlesen, A.J. (2001) Omsorg mellom avhengighet og autonomi. I: Ruyter, K.W. & Vetlesen, A.J. (red.) *Omsorgens tvetydighet – egenart, historie og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wackerhausen, S. (2002) *Humanisme, professionsidentitet og utdanning i sundhedsområdet*. København: Hans Reitzels Forlag.



# FORNYET PROFESSIONEL IDENTITET I EN TVÆRFAGLIG VIRKELIGHED

*NIELS BUUS*

Der er gennem de seneste årtier sket store reorganiseringer af social- og sundhedsvæsnerne i de nordiske lande. Disse reorganiseringer stiller store krav til de psykiatriske sygeplejersker og deres evne til at bevare og tilpasse en sammenhængende og meningsgivende professionel identitet.

En «professionel identitet» er en konstruktion, som laves af en professionel gruppe, og som på en sammenhængende måde begrundes og forklarer gruppens nødvendige berettigelse – både over for gruppen selv og overfor offentligheden. En professions selvforståelse er altid forankret historisk. Det er den, fordi professioner opstår, forandrer sig og forgår i forhold til konkrete samfundsmæssige betingelser. Professionelle grupper positionerer sig aktivt i forhold til disse historiske, nutidige og fremtidige betingelser og udlægger dem på en måde, der fremhæver deres professions legitime berettigelse, og det er i denne proces den professionelle identitet skabes.

Jeg vil i løbet af dette oplæg diskutere to centrale aspekter af professionel identitet, som har stor indflydelse på psykiatriske sygeplejersker og deres forståelse af sig selv og deres arbejde, og dermed også på deres relationer til andre faggrupper. *For det første* vil jeg fremhæve selve den professionelle selvforståelse: Hvordan oplever psykiatriske sygeplejersker det at være professionel i psykiatrien? Jeg vil skitsere konturerne om en trist og uforløst selvforståelse og begrunde den ved hjælp af en række historiske nedslag. *For det andet* vil jeg demonstrere, hvordan den professionelle

identitet fungerer, når psykiatriske sygeplejersker udfordres til at forandre deres praksis. Jeg vil pointere, at den professionelle selvforståelse fungerer som en implicit fortolkende ramme, der med stor fleksibilitet kan bremse forandringer, der er i strid med selvforståelsen.

Jeg vil bruge disse to aspekter af professionel identitet til at diskutere, hvordan vi på en skånsom måde kan etablere os som anerkendt profession i et foranderligt sundhedsvæsen – uden at sidde tilbage med en ubehagelig fornemmelse at sælge ud af arvesølvet.

## Det er ikke nemt at være en psykiatrisk sygeplejerske

En professionel gruppe taler ikke kun med én stemme og har ikke én samlet identitet. Fagforeningsbossen, tidsskriftets redaktør, lederen, lærebogsforfatteren og den kliniske psykiatriske sygeplejerske vil have forskellige diskursive ressourcer til rådighed i deres konstruktion af deres professionelle identitet (Potter 1996). Derfor vil man kunne identificere adskillige mere eller mindre afgrænsede identiteter blandt psykiatriske sygeplejersker, som vil have større eller mindre gennemslagskraft i forhold til faggruppen som helhed.

En række forskere, under Paul Crawford og Brian Brown's ledelse, har igennem en årrække undersøgt sygeplejersker i lokalpsykiatrien, se bl.a. (Crawford, Brown et al. 2002; Brown and Crawford 2003; Crawford, Brown et al. 2008). Jeg vil i det følgende trække nogle centrale punkter frem fra en af deres undersøgelser. Det drejer sig om en interview-undersøgelse af 34 lokalpsykiatriske sygeplejersker fra The Midlands i Storbritannien (Crawford, Brown et al. 2008). Undersøgelsen havde til hensigt at beskrive de lokalpsykiatriske sygeplejerskers professionelle identitet, samt de måder deres identitet blev konstrueret på. Fundene blev præsenteret som fire temaer.

*Det første tema*, der præsenteres i undersøgelsen, er: «Et fokus på klienterne» («The client focus: the public service identity of the profession»). De lokalpsykiatriske sygeplejersker refererer til patienternes velbefindende



for at begrunde og retfærdiggøre deres indsats. Crawford m.fl. mener, at denne strategi, hvor patientens bedste fremhæves, fører til, at den specifikt sygeplejefaglige profil og indsats nedtones, og det dermed bliver svært at pege på en distinkt sygeplejefaglig identitet. Det stærke fokus på patienten slører med andre ord den sygeplejefaglige indsats og som følge heraf også identitetsfølelsen.

*Det andet tema* hos Crawford og Brown er: «Ikke at være en profession» («Not being a profession: skepticism, doubt and uncertainty»). De lokalpsykiatriske sygeplejersker beskriver at deres hverdagslignende arbejdsopgaver er meget vanskelige at beskrive og redegøre for og er usynlige for andre professionelle og overfor offentligheden. Derudover står sygeplejerskerne i hverdagen til ansvar for mange andre faggrupper i det institutionelle hierarki, lige fra socialrådgivere til læger. Sygeplejerskerne i undersøgelsen har imidlertid to forskellige måder at tolke denne oplevelse på. På den ene side tolkes det negativt, at det er en form for professionel underlegenhed, mens det på den anden side tolkes positivt, at fleksibiliteten i hverdagskompetencerne er en værdifuld kompetence i arbejdet, hvor der fokuseres på klienten.

*Det tredje tema* hos Crawford og Brown er: «At bevæge sig ud af rollen» («Growing out of the role: professional development as exit strategy»). Mange af de lokalpsykiatriske sygeplejersker søger at styrke anerkendelsen af deres professionalisme ved at tage supplerende uddannelse. Der er tale om uddannelse i andre discipliner end sygepleje, som for eksempel familierapi og kognitiv adfærdsterapi. Sygeplejerskerne er dog blevet desillusionerede, da den ekstra uddannelse ikke som forventet har været en genvej til større professionel anerkendelse.

*Det fjerde tema*, der præsenteres i undersøgelsen, er: «Søgen efter anerkendelse» («Waiting to be discovered: the search for recognition»). De lokalpsykiatriske sygeplejersker fortæller om en oplevet mangel på anerkendelse af deres professionalisme. Sygeplejerskerne går rundt i hverdagen og venter på at deres professionelle indsats bliver opdaget og på at få deres professionalisme anerkendt. Samtidig er de bange for, at det ikke sker for dem, og at deres terapeutiske aspirationer forbliver usynlige og uden anerkendelse.

Crawford og Brown et al.'s undersøgelse tegner et forstemmende billede af de 34 lokalpsykiatriske sygeplejerskers professionelle identitet. Jeg definerede indledningsvist professionel identitet som en konstruktion, der begrunder en faggruppes nødvendige berettigelse, men i undersøgelsen er det vanskeligt at identificere sådan en berettigelse, da den snarere beskriver en gruppe af professionelle, som opfatter deres egen professionalisme som usynlig og som virker uforløste i deres søgen efter anerkendelse. Udadrettede strategier for anerkendelse som at fremføre et eksplicit fokus på klienten og at søge ekstra uddannelse slår fejl, og den mere indadrettede strategi med at værdsætte sin egen fleksibilitet som værdifuld er hverken holdbar eller frugtbar. Crawford og Brown et al. påpeger da også, at det er tankevækkende, at denne gruppe af professionelle, der har en mellemlang uddannelse og lang klinisk erfaring, slås så indædt for anerkendelse. Jeg vil i det følgende diskutere de lokalpsykiatriske sygeplejerskers uforløste frustrationer ved hjælp af en række historiske nedslag for på den måde at demonstrere, at sygeplejerskerne fra The Midlands ikke er enestående, men at de i deres selv-forståelse trækker på generelle forståelsesrammer, der har historiske rødder langt tilbage i tiden. Nedslagene er baseret på historiske diskursanalyser af dansksprogede lærebøger og tidsskriftsartikler (Buus 2000; Vibholm 2009).

## Historiske nedslag i udviklingen af professionel identitet

I Danmark har der været sygeplejersker i psykiatrien i godt et hundrede år. Jeg har kun et sporadisk kendskab til den historiske udvikling af faggruppen i Norden ud over Danmark, så den nedenstående analyse kan pege på forhold, der adskiller sig fra udviklingen af faggruppen andre steder i Norden.

De første sygeplejersker fik arbejde i de store asyler, der var blevet bygget op igennem det 19. århundrede. Faggruppen afløste til dels det tidligere «opsyn» på asylerne, og blev til dels skudt ind i institutionshierarkiet mellem opsynet og det medicinske personale. Der er to ting, der er værd at trække frem fra denne periode. *For det første* den professionelle identitet, som var bundet snævert op på sygeplejerskernes kvindelige «dannelse»,

som klart overgik det «u-dannede» opsyns. Sygeplejerskerne fik anerkendelse ved at opføre sig i overensstemmelse med datidens borgerlige idealer for kvinders adfærd og ikke ved at besidde en egentlig specialviden eller kompetence. Man høstede med andre ord social anerkendelse ved at spejle sig i patriarkatets familiemodell. *For det andet* bliver sygeplejerskernes viden på dette tidspunkt kontrolleret af det medicinske personale. Sygeplejersker har ikke nogen selvstændig stemme i asylerne, da deres viden overhøres og evalueres af lægerne. Sygeplejerskernes underordnede stemme opfattes nemlig som helt naturligt indenfor det borgerlige familieideal.

Perioden omkring faggruppens første optræden i historien er kendetegnet ved en høj grad af social anerkendelse, men uden en egentlig værdsættelse af deres faglighed forstået som en specialiseret kompetence.

Større samfundsmæssige forandringer gennem det 20. århundrede betyder, at idealet om den patriarkalske familiestruktur gradvist mister sin indflydelse og falder bort. Det får konsekvenser for sygeplejerskerne i psykiatrien, der mister deres hidtidige anerkendelse. Samtidig sker der afgørende ting indenfor det psykiatriske felt. Eller rettere, i starten sker der faktisk ikke så meget. Psykiatrien var frem til opfindelsen af en række fysiske behandlingsmetoder i 1930'erne præget af en behandlingsmæssig pessimisme, da man oplevede en ophobning af sindslidende på asylerne frem for udskrivelse og helbredelse af dem (Møllerhøj 2006). Psykiatrien har i forhold til andre medicinske specialer været præget af en tvivlsom videnskabelighed, og sygeplejerskerne i psykiatrien får ikke mulighed for at høste den tabte anerkendelse gennem en specialisering af deres indsats, som det er set i sygeplejen indenfor andre mere praktisk-tekniske specialer.

I årtierne efter 2. verdenskrig sker der en større demokratisering af de vestlige samfund og denne demokratiseringsproces indfinder sig også langsomt i de psykiatriske institutioner. Sygeplejerskerne deltager aktivt i dette oprør og kritiserer med afsæt i forskellige teorier og bevægelser sundhedsvæsenet for at være medicinsk autoritært og for at reducere det enkelte menneske til kød og blod. Dette opgør kan identificeres i måden sygeplejerskernes viden begynder at spille en rolle i de psykia-

triske behandlingsmiljøer. Fra tidligere at være totalt kontrolleret af lægen begynder sygeplejerskernes stemme i 1960'erne at blive værdsat som en ligeværdig stemme blandt andre til interdisciplinære afdelingsmøder. Men det er ikke kun i afdelingsmiljøerne sygeplejerskernes stemme begynder får større gennemslagskraft. Sygeplejerskerne får større indflydelse på forlagsvirksomheden omkring den sygeplejefaglige litteratur, og det betyder, at sygeplejerskerne får etableret flere fælles talerør ud over de allerede eksisterende professionelle tidsskrifter.

Men sygeplejerskernes viden bliver med tiden mere end blot hørt under tværfaglige behandlingskonferencer. En af de institutionelle praksisser, der understreger en større værdsættelse af psykiatrisk sygeplejefaglig viden og som til stadighed underbygger psykiatriske sygeplejerskers professionelle identitet er klinisk supervision. Sygeplejerskerne kaster for alvor det medicinske, kontrollerende åg fra sig, da de udvikler klinisk supervisionsmodeller, der søger at udvikle sygeplejefaglig viden baseret på systematisk refleksion over egen praksis. Det stærke fokus på de psykiatriske sygeplejerskers viden har dog ikke ført til en egentlig specialisering af sygeplejerskernes indsats, som i de fleste situationer kan forveksles med almindeligheder eller som forbliver «light versioner» i forhold til de «ægte» specialister, nemlig psykiatere, psykologer osv.

Sygeplejerskerne har formuleret et omsorgsfuldt fokus på patienternes velbefindende, hvilket har domineret den psykiatriske sygepleje de seneste 30 år, især gennem de eksistentialistiske og fænomenologiske perspektiver på psykisk lidelse. Forandringen har utvivlsomt været forbundet med faggruppens bestræbelser på at træde ud af den medicinske professions skygge (Buus 2000; Buus 2009). Det må ligeledes tilføjes, at dette omsorgsfulde fokus på den sindslidende (eller «fokus på klienterne»), som det hedder i Crawford og Brow et al.'s undersøgelse) positionerer sygeplejerskerne på en måde, så de må konkurrere om anerkendelse på linje med de fleste andre professionelle grupper. Det er simpelthen ikke muligt være uenig i, at det er vigtigt at fokusere på omsorgen for klienterne og værdsætte deres stemme i behandlingen og plejen. Psykiatriske sygeplejersker har da også siden 1980'erne med jævne mellemrum stillet spørgsmålstejn ved deres berettigelse i feltet i forhold til andre professionelle grupper, se for eksempel (Holmes 2006; Stickley, Clifton et al. 2009). Lidt ironisk er et

at de mest anvendte svar til dette spørgsmål, at sygeplejersker har en særlig viden om medicin, hvilket er det samme som en retræte tilbage under vingen på lægen.

Argumentet med de historiske nedslag kan opsummeres på følgende måde. De psykiatriske sygeplejerskers professionalismisme var, da faggruppen blev skabt, anerkendt gennem dens imitation af borgerlige sociale normer. Med tiden svandt dette dannelsesideal og sygeplejerskerne måtte søge anerkendelse på andre måder. De har senere fået deres egen professionelle stemme og har sat fokus på deres særlige viden uden at der er sket en egentlig specialisering af deres indsats overfor den sindslidende, som er sat i centrum for deres terapeutiske aspirationer. Der er derfor en tydelig sygeplejefaglig stemme, der værdsætter sygeplejefaglig viden og sætter den sindslidende i centrum, men uden at der sker en specialisering og uden at positionen giver anerkendelse udenfor faget. Problemerne og frustrationen, som sygeplejerskerne i Crawford og Brown et al.'s studie oplever, kan med denne udlægning synes ganske generelle.

Sygeplejerskerne har tabt social anerkendelse, men erhvervet en professionalismisme, som de færreste uden for faget anerkender. Jeg deler i højeste grad de lokalpsykiatriske sygeplejerskers forstemmende selvforståelse. I næste del af oplægget vil jeg fokusere på, hvordan psykiatriske sygeplejerskers selvforståelse fungerer, når vilkårene for deres praksis forandres. Det vil jeg gøre ved at diskutere en række vigtige forandringer i de psykiatriske sundhedstjenester.

## Professionel identitet i et foranderligt sundhedsvæsen

Der kan peges på en lang række faktorer, som kan holde vores faggruppes selvforståelse fast i den uforløste situation, men jeg vil i det følgende slå ned på to forhold, som i forskellige grader har indflydelse på tværfaglige samarbejdsrelationer. Det vil handle om nye styringsredskaber i sundhedsvæsenet og om opgaveglidning.

*1. Nye styringsredskaber giver psykiatriske sygeplejersker nye opgaver.* En helt central forandring af sundhedsvæsenet er knyttet til nye administrative styringssystemer, der alle har det til fælles, at de stiller krav til de psykiatriske sygeplejerskers evne til at eksplicitere deres professionelle rationalitet og deres handlinger. Enhver ny arbejdsopgave vil blive tolket af sygeplejerskerne ud fra deres professionelle selvforståelse, og i nogle situationer vil nye opgaver blive tolket som i konflikt med de værdier, som traditionelt giver selvforståelsen sin indre sammenhængskraft.

Et styringsredskab, der har fået sindene i kog blandt store dele af sygeplejerskerne i Norden, og som er svært ikke at have en mening om som sygeplejerske, er evidens baseret praksis. I endnu en interviewundersøgelse af lokalpsykiatriske sygeplejersker påpeger Crawford og Brown et al. det problem, at lokalpsykiatriske sygeplejersker har været tilbageholdende i forhold til at implementere evidens baseret praksis (Crawford, Brown et al. 2002). De designede derfor en undersøgelse, der skulle undersøge lokalpsykiatriske sygeplejerskers reception af evidens baseret praksis ved at undersøge måden, der konstruerer den på under interviewsamtaler. De lavede en fokusgruppe med 6 sygeplejersker og 10 individuelle interview.

Analysen viser, at sygeplejerskerne konstruerer et billede af evidens baseret praksis, så det fremtræder mekanistisk og dermed som noget, der ikke lader sig implementere. Sygeplejerskerne får på den måde positioneret sig selv som positivt interesserede i evidens baseret praksis, men samtidig i en situation, hvor det lige præcis ikke lader sig gøre at implementere evidens baseret praksis. Crawford og Brown et al fremhæver, at sygeplejerskerne på den måde hverken virker inkompetente eller reaktionære i forhold til evidens baseret praksis (Crawford, Brown et al. 2002). På denne sindrige måde gør de lokalpsykiatriske sygeplejersker modstand mod et hegemonisk styringsredskab, som de mener er i fundamental strid med deres opfattelse af deres praksis. Det diskursive konstruktionsarbejde skal altså ses som led i en strategi, der aktivt beskytter sygeplejerskernes praksis mod en hegemonisk styreform.

I Crawford og Brow et al.'s udlægning af interviewsamtalerne fungerer den professionelle selvforståelse som den optik, som sygeplejerskerne ser deres praksis igennem, og som de beskytter gennem deres konstruktions-

arbejde (Crawford, Brown et al. 2002). Fundene fra undersøgelsen minder os derfor om, at enhver implementering af nye tiltag må tage højde for den professionelle selvforståelse hvis tiltagene ikke skal bremses af sygeplejerskerne, der konstruerer «gode grunde» (Garfinkel and Bittner 1967) til ikke at implementere dem.

2. *Opgaveglidning og opgaveflytning.* En anden central forandring af sundhedsvæsenet, der er ved at forandre vores fag, er opgaveglidning og opgaveflytning: personalemangel og reorganiseringer af sundhedsvæsenets ydelser betyder, at sygeplejersker får nye opgaver og mister andre opgaver. Begge situationer kan fremprovokere modstand blandt psykiatriske sygeplejersker, da nye opgaver kan være i konflikt med den overleverede selvforståelse.

Lægemangel i psykiatrien har lagt et øget pres på andre faggrupper, inklusiv sygeplejersker, for at overtage dele af lægernes hidtidige opgaver, de ukomplicerede rutineopgaver. Mindre opgaveglidninger kan omfatte rutinevurderinger og -behandlinger eller ordinationer af udvalgte typer af medikamenter og behandlinger. Større opgaveglidninger kan omfatte større reorganiseringer af det psykiatriske behandlingstilbud. De mindre opgaveglidninger er måske dem, der i største omfang skaber stress blandt plejepersonalet, fordi de ofte sniger sig gradvist ind i hverdagen og udfordrer sygeplejerskernes opfattelse af, hvad deres kerne-ydelser består af. De kan have svært ved at forliges med et billede af sig selv som «mini-læger». Større reorganiseringer af psykiatriske tilbud kan være mindre problematiske, da de ofte er resultatet af længerevarende planlægning i overensstemmelse med sygeplejerskernes egen opfattelse af deres berettigelse, værdi og indsats.

Omvendt betyder nye opgaver, at sygeplejersker skal afgive dele af deres traditionelle opgaver til andre faggrupper. Det kan i den sammenhæng virke meget frustrerende for sygeplejersker ikke at varetage de opgaver, de hidtil har haft og som de ser som helt centrale for deres fag og faglighed. Det kan være vanskeligt at se sig selv få flere opgaver ved et skrivebord og ved behandlingskonferencer frem for de helt personorienterede opgaver i interaktion med sindslinde mennesker.

Der er mange interessenter i forhold til opgaveglidning. I en to-sides artikelserie i Berlingske Tidende d. 11. april 2009 udtaler Dansk Sygeplejeråds formand, Connie Kruckow, at en måde at gøre sygeplejefaget mere attraktivt er at give sygeplejersker muligheden for at videreudanne sig til ekspert-sygeplejersker med egen selvstændig ordinationsret. Flere politikere tilslutter sig denne mulighed, da det efter deres mening vil medvirke til at løse både manglen på læger og sygeplejersker. Modsat kritiseres forslaget om ekspertsygeplejersker af lægeforeningen, der ser ekspertsygeplejersker som en alvorlig forringelse af behandlingen af kronisk syge. På artiklens modsatte side interviewes to kliniske sygeplejersker, der ikke har meget til overs for ideen om at få flere ind i faget ved at give sygeplejerskerne flere opgaver: «Der er en grund til, at vi er sygeplejersker og ikke læger» (...) «Hvis man går med ambitioner om at læse medicin gider man da ikke først at bruge flere år på at tørre røv og lave en masse plejeopgaver (...)» (Nielsen i Krogsgård 2009, 13). De fremhæver i stedet, at der er brug for et markant løft af kvaliteten af plejen af patienterne: «(...) noget af det mest nedbrydende for arbejdsglæden er, når patienterne er utilfredse med forholdene, og man ikke føler, man gør en forskel» (Nielsen i Krogsgård 2009, 13). Det er tydeligt, at disse sygeplejerskers holdninger ligner de lokalpsykiatriske sygeplejerskers fra Crawford et al.'s studie (Crawford, Brown et al. 2008). Det er også tydeligt, at administratorer og politikere og kliniske sygeplejersker har meget forskellige bud på, hvad der giver anerkendelse og hvad der kendetegner en professionel sygeplejefaglig indsats: specialiserede opgaver eller givende relationer til patienterne.

Der er med andre ord et stort potentiale for forandringer og nytænkning. Det vil dels ske i forhold til grænsedragningen mellem professionerne, hvor personale manglen er ved at skabe en reel mulighed for en decentralisering af den medicinske professions dominans i det bureaukratisk-administrative system. Det vil dels ske indenfor vores profession, hvor nye opgaver vil udfordre mange sygeplejers professionelle selvforståelse, når der skal siges goddag til nye opgaver og farvel til gamle.



## Diskussion

De to største problemer, som jeg har skitseret i det foregående er, *for det første*, at mange sygeplejersker savner anerkendelse for deres arbejder og savner fornemmelsen af tydelige grænser omkring deres profession. Den professionelle selvforståelse er plagsom for sygeplejerskerne, da de opfatter sig selv som «underdogs» blandt psykiatriens professionelle. Oplevelsen er utvivlsomt forbundet med, at mange sygeplejersker har ringe arbejdsvilkår, hvor det ikke er synligt, at de gør en forskel for de personer, de har ansvar for at hjælpe. *For det andet* står vi midt i og overfor en række forandringer i sundhedsvæsenets styring og organisation, som vil presse sygeplejerskerne ud i nye opgaver, som i mange tilfælde vil afføde modstand, da de vil være i konflikt med deres professionelle selvforståelse.

De aktive forfattere og undervisere er særligt toneangivende i forhold til skabelsen af psykiatriske sygeplejerskers professionelle identitet. Tænk blot på, hvor ofte Jan Kåre Hummelvolls (Hummelvoll 2006) definition af psykiatrisk sygepleje og hans overvejelser om faget er blevet læst og diskuteret af studerende og uddannede sygeplejersker. Denne gruppe af sygeplejersker leverer med andre ord gennemslagskraftige diskursive ressourcer til faggruppen.

Hvordan kan denne gruppe bidrage til at styrke de psykiatriske sygeplejerskers professionelle identitet? Lidt provokerende kunne man hævde, at de seneste årtiers meget humanistisk teoretisering af faget fører til ekstra frustration blandt sygeplejerskerne, da det bliver ekstra tydeligt, at praksis ikke lever op til disse idealer. Ville det være mere frugtbart, at teoretisere faget på en måde, som i højere grad svarer overens med vilkårene for sygeplejerskers kliniske praksis? Fører det ikke blot til frustration og nederlagsfølelse, hvis man evaluerer sit arbejde ud fra idealer baseret på relationsarbejde i asylernes opbevaringsbehandling, og man arbejder i en hverdag, hvor konsultation og skrivebordopgaver fylder mest? Jeg tror, at det er nødvendigt at vi arbejder målrettet på udvikle og forandre de teoretiske idealer for vores fag. Jeg tror, at det vil løse op for megen af den modstand psykiatriske sygeplejersker konstruerer mod forandringer og vil reducere deres oplevelse af stress over at forstå sig selv som «underdog» i opposition mod den hegemoniske medicinske model.

I en tankevækkende filosofisk analyse abstraherer Paley diskussionen omkring den sygeplejefaglige selvforståelse (Paley 2002). I en sammenlignende analyse med Nietzsches begreb om slavemoral problematiserer Paley sygeplejerskernes omsorgsparadigme («the caring paradigm»). Ifølge Paley har omsorgsparadigmet været et dominerende verdenssyn indenfor sygeplejen siden 1970'erne, og det består af fænomenologi (som epistemologi) og holisme (som ontologi).

Paley tager i sin analyse udgangspunkt i Nietzsches genealogi over moralen fra 1887, hvor han hævder, at «godt» ikke altid har haft en moralsk medbetydning. «Det gode» var tidligere reserveret «de fornemme» og differentierede dem fra «de lave og svage», plebset. Den moralske medbetydning, forskellen mellem det gode og det onde, opstår da de svages præster gennem en kreativ opstand skaber et sæt nye værdier. Resultatet er en symbolsk orden, hvor de fornemmes handlinger moralsk set opfattes som onde og de svages som gode. Men den symbolske orden ændrer intet ved den politiske balance, og der er tale om en selvfornægtelse baseret på de selvsamme værdier, som fornægtes. Derfor opfattede Nietzsche denne slavemoral som uærlig og syg.

Paley trækker paralleller mellem Nietzsches oprindelige redegørelse af slavemoral og sygeplejerskers omsorgsparadigme (Paley 2002). Sygeplejerskernes præster er sygeplejeteoretikerne, som især siden 1970'erne har transformeret den moralsk neutrale medicinske objektivisme til noget *ondt* i opposition til sygeplejerskernes overlegent *gode* omsorgsparadigme. Der sker i denne proces en moralsk afvisning *videnskab* (science), af *fokus* og af *klinisk distance* gennem prioriteringen af *fænomenologi*, *holisme* og *omsorg*.

Det er svært at vise effekten af slavemoralen i sygeplejen, men pointen for Paley (og i sin tid Nietzsche) er, at slavemoral er patologisk og udtryk for en fejring af svaghed. Et eksempel på dette er, når sygeplejeteoretikere kritiserer den dominerende opfattelse af evidens ved at fremhæve alternative former for «evidens» (Martinsen 2006). Disse alternative former for evidens påvirker sygeplejerskernes selvforståelse ved at tildele dem moralske ret til at have andre former for evidens, men det rykker ikke ved den politiske balance: Slavemoral vil aldrig gøre sygeplejerskerne

fornemme og magtfulde, og jeg mener, at det er en medvirkende grund til, at de psykiatriske sygeplejersker har ondt i selvforståelsen og opfatter sig som «underdogs». I mange sammenhænge kan det fungere fint for en sygeplejeteoretiker at afvise videnskabelig evidens, men det er på ingen måde en farbar strategi i hverdagen for praksissygeplejersker.

Den eneste måde sygeplejersker kan undgå slavemoralen på, er ved at overtage de fornemmes (medicinens) referenceramme og der er mange tegn på, at det langsomt er ved at ske. Sygeplejens placering i universiteterne er et område, hvor det er tydeligt, at det er ufrugtbart at bevare forestillingen om «sygepleje» som en selvstændig videnskabelig disciplin. Den lange kamp for at akademisere faget og komme ind i akademiet *er* vundet. «Sygeplejevidenskab» har på sin vis overlevet sig selv som videnskabelig disciplin, for det videnskabelige felt, vi kæmpede for at komme ind i, forandrede sig undervejs. Tiden er nu kommet til at arbejde med at skabe en interdisciplinær selvforståelse, hvor vi sammen med de andre sundhedsprofessionelle arbejder med at løse sundhedsvidenskabelige problemstillinger. Jeg mener, at vores kamp for anerkendelse er vundet den dag, hvor en forskers professionelle baggrund er ligegyldig. Derfor vinder vi ikke noget ved fortsat at dyrke en stærk selvfølelse omkring forestillingen om en underkuet profession.

## Afslutning

Jeg mener, at personalemanglerne skaber en fuldstændig unik mulighed for at forandre vores professionelle ansvarsområde. En professions ansvarsområde er jo ikke naturgivent, men foranderligt i forhold til samfundets behov. Det forudsætter en vilje til at redefinere nogle af de grundlæggende idealer for faget, og den proces vil være hård og nogle sygeplejersker vil ikke kunne acceptere forandringerne. Men, som Kuhn påpeger i sin analyse af videnskabelige paradigmer, er pensionsalder og forandring snævert forbundne (Kuhn 1996). Men fornyede muligheder som følge af forandringer i samfundet behøver ikke nødvendigvis at betyde en afskrivning af de professionelle idealer, men det forudsætter at vi skal være aktive og fremsynede og udvikle mulighederne.

Her til allersidst vil jeg minde om, at det jo ikke er alle forandringer i sundhedsvæsenet, der er frugtbare, og jeg mener, at der er vores ansvar aktivt at bidrage med relevant forskning og videnskabeligt arbejde, så sundhedsprofessionelles argumenter bliver vægtigere i den offentlige debat om udviklingen af sundhedsvæsenet.

## Litteratur

- Brown, B. & Crawford, P. (2003) The clinical governance of the soul: 'deep management' and the self-regulating subject in integrated community mental health teams. *Soc.Sci.Med*, 56(1): 67–81.
- Buus, N. (2000) *En Jernhånd i Fløjlshandske. En diskursanalyse af de psykiatriske sygeplejerskers arbejde i det 20. århundrede*. Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet.
- Buus, N. (2009) *Sygeplejersker i psykiatrien. Psykiatrisk sygepleje*. N. Buus. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Crawford, P., B. Brown, et al. (2002). Reluctant empiricists: community mental health nurses and the art of evidence-based praxis. *Health Soc.Care Community*, 10(4): 287–298.
- Crawford, P., B. Brown, et al. (2008) Professional identity in community mental health nursing: a thematic analysis. *Int J Nurs Stud*, 45(7): 1055–63.
- Garfinkel, H. & Bittner, E. (1967) «Good» organizational reasons for «bad» clinic records. *Studies in Ethnomethodology*. Cambridge, Polity Press: 186–207.
- Holmes, C. A. (2006) The slow death of psychiatric nursing: what next? *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13(4): 401–15.
- Hummelvoll, J. K. (2006) *Helt – ikke stykkevis og delt*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Krogsgård, N. (2009) Det er fedt at være sygeplejerske. *Berlingske Tidende*: 12–13.
- Kuhn, T. S. (1996) *The structure of scientific revolutions*. Chicago: The university of Chicago press.
- Martinsen, K. (2006) *Samtalen, skønnen og evidensen*. København: Gads Forlag.
- Møllerhøj, J. (2006) *På gyngende grund. Psykiatriens praksisser og institutionalisering i Danmark 1850–1920*. København: Institut for folkesundhedsvidenskab. Københavns Universitet.
- Paley, J. (2002) Caring as a slave morality: Nietzschean themes in nursing ethics. *J Adv Nurs*, 40(1): 25–35; discussion 42–4.
- Potter, J. (1996) *Representing reality. Discourse, rhetoric and social construction*. London: Sage.
- Stickley, T., A. Clifton, et al. (2009) Thinking the unthinkable: does mental health nursing have a future? *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 16(3): 300–4.
- Vibholm, H. A. (2009) Udviklingen af klinisk supervision i dansk psykiatrisk sygepleje. En Foucault inspireret historisk analyse af lærebøger gennem ca. 100 år. Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.



# VEDLEGG

## NORDISK SEMINAR OM PSYKIATRISK SYKEPLEIE 20. OG 21. APRIL 2009

*FESTTALE: MARIE VÅNAR HERMANSEN*

### Kjære venner av spesialskolen i psykiatrisk sykepleie

Da måltidet var over reiste den 80 år gamle sykepleieren seg langsomt fra bordet. Hun støttet seg lett til bordplaten og sa: «For meg er alt blitt kjærlighet». Alle ble med ett stille – noe åpnet seg inne i oss, og vi tok i mot dette støtet av erkjennelse.

For noen av oss kan dette virke gammelmodig. For andre vil tankene gå tilbake til de sykepleierne som gjennom sine ord og sine handlinger gav oss perspektiver, og en himmel over yrket, oppgavene og tilværelsen.

Vi har ingen spesialskole i psykiatrisk sykepleie lenger; Nå bor skolene inne i oss.

Nedleggelsen av spesialutdanningene kom snikende. Først overføring av rektorstillingene til faglige lederstillinger. Deretter overføring av skolene til høyskolesystemet. Senere ble det sammenslåing av grunnskoleutdanninger og spesialutdanninger – som ble til videreutdanninger i psykiatrisk sykepleie.

Byråkratiseringen startet på slutten av 80-tallet. Jeg opplevde det selv.

Vår orientering mot det hele mennesket fikk konkurranse av strategisk planlegging, målstyring, økonomistyring og kronetelling, timetelling, listeføring m.m.

Mange av dem som deltok i denne delen av reisen følte seg plaget, forskremte og faglig hjemløse. Noe som igjen førte til at mange dyktige sykepleielærere ble kastet av eller valgte å hoppe av den nye tids moteriktige karusell. Denne byråkratiseringsprosessen har funnet sted på høyskolene og universitetene i inn- og utland (jfr. Le Clesio).

Nå er det bare kunsthøyskolene som setter ned foten og ønsker faglig autonomi og faglig integritet. Det skal bli spennende å se hva historikerne skriver om denne perioden.

Hva ser vi i dag, for eksempel i Oslo? Jo, to tverrfaglige utdanninger i psykisk helsearbeid; hva nå enn dette måtte være? – hvorav en gir mastergrad.

Siden vi lever i et samfunn med kort hukommelse, kan dette kanskje høres forlokkende ut. For meg som har virket i de lange linjers tid, synes jeg disse tverrfaglige utdanningene er preget av fragmentering og historieløshet, og av mangel på både dybde og perspektiv.

Hva ble det til med våre faglige verdier og idealer? Vår orientering mot det hele mennesket, og hvor ble himmelen over vårt virke av?

Det var Marie Lysnes som hadde staket ut veien for oss. Hun kjente målet. Hun beskrev for oss, som var hennes elever, sykepleieren som pasientens medvandrer. Vårt ansvar som psykiatriske sykepleiere var, i dyp respekt og likeverd å vandre sammen med dem som var blitt «sårbente», livstrette, syke og mismodige. Vi skulle hjelpe dem å fortsette på livsveien til de igjen kunne løfte hodet og fortsette sin vandring på egen hånd.

Dette var en fundamental forskjellig måte å beskrive sykepleier–pasient forholdet på, enn det resignerte uttrykket «bruker» som mer og mer får innpass i dagens psykiatri.



Marie Lysnes var også glødende opptatt av sykepleiens historie. Siden hun arbeidet i de lange linjers tid, var Cathinka Gulberg og ikke minst Florence Nightingale forbilder og inspirasjonskilder. Om Florence Nightingale sa hun: «Å stanse henne ligger hinsides noens evner». Det samme kunne vi si om Marie Lysnes. Så fikk hun da også kongens fortjeneste medalje i gull. Etter fylte 70 år dro hun, som en annen viking til Island, hvor hun hjalp til med å etablere en spesialscole i psykiatrisk sykepleie. Med seg på reisen fikk hun vår nyutarbeidede studieplan – med alle vedlegg, samt forelesningsmanus, kompendier, årsberetninger osv.. Etter et års tid fikk vi alt tilbake, med en mengde røde streker.

Etter at Marie Lysnes hadde gått av som rektor ved skolen på Bygdøy, var alle stillinger lyst ledige. Aud Bruknap, Brita Nilsson og jeg hadde funnet ut at vi skulle sende inn en felles søknad til de ledige stillingene. Inspirert av tidsånden, ville vi gjøre det sammen, som et lite kollektiv. Ja, vi skulle faktisk «kuppe» skolen, og Brita kunne skrive på maskin. Brita fikk jobb, Aud og jeg fikk ikke, men etter noen år arbeidet vi der alle tre. De sentrale personer på skolen da jeg begynte der som rektor i 1978, var Anne-Lise Bergenheim, Brita Nilsson og Gry Bruland Vråle.

En utrolig vennlighet strømmet mot meg da jeg kom dit. Jeg skal aldri glemme det. Så sa jeg: «Så greie dere er med meg og hverandre». «Ja, her er vi greie med hverandre, for da har vi hverandre lenge». Selv om vi fem var pionerene i utviklingen av studieprogrammet var det en viss sirkulasjon blant lærerne, og nye krefter kom etter hvert til, og disse kom med viktige forbedrende og utdypende bidrag til programmet, og de ledet sine sekvenser med myndige hender. Sentrale personer ellers var: Liv Strand, Lee Haveeland, Berit Wold og Gerd Edvartsen. Nina Aarhus Smedby og Gro Ystrøm

Skolen på Bygdøy var et arbeidssted hvor mange av oss hadde våre beste arbeidsår, og jeg har forstått det slik at det også utviklet seg særdeles gode miljøer på de andre spesialskolene.

Jeg vil her nevne forhold som sannsynligvis var viktig for et godt miljø.

1. I mange år var vi underlagt Helsedirektoratet. De gav oss vide rammer og stor tillit. Vi startet for eksempel et 2 års prøveprogram, med et studieår og et veiledet praksis år.
2. Vi hadde videre et felles idégrunnlag. Dette var noe vi møysommelig hadde arbeidet fram.
3. Bindemidlet mellom oss lærere var kjærlighet, og da var det lett, som en nylig sa til meg, å ta ansvar og å forplikte seg i forhold til skolen. Med et solidarisk fundament var det også enkelt å anerkjenne hverandre og å finne balansen mellom å framheve den enkelte(les egne) behov og interesser i forhold til fellesskapets behov for kompetanseheving
4. Vi hadde en nær og god personlig kontakt med den enkelte student og med den enkelte praksisinstitusjon. Jeg tenker her på sykepleierne i administrative stillinger og de kliniske veilederne.

Vårt store felles senteringsområde var Hovedfaget Psykiatrisk sykepleie. Det forandret seg både innholdsmessig og pedagogisk i de 44 årene skolen eksisterte.

I vår tid på 70–80- og 90-tallet ble vi mindre opptatt av sykdom, psykiatri og psykoanalyse. Selv om undervisningen naturlig nok var rettet inn mot hovedkategoriene av psykiske lidelser, hadde vi som nevnt fokus på det hele mennesket... – mennesket som vesen og mennesket som mysterium.

Vi var opptatt av enkelt menneskets eksistensielle liv: Menneskets helsepotensialer, og menneskets egen søken etter meningsfulle tiltak, mestring og problemløsning.

For oss utviklet det seg en nær sammenheng mellom pedagogikk og psykiatrisk sykepleie. Ut av dette vokste det et behov for å arbeide systematisk med veiledning, både klinisk og i form av etterutdanningskurs. Jeg tror kanskje vi var de første i landet som startet systematiske veiledningskurs, hvor disse var på deltid og gikk over et år.

Dersom en i framtiden skal etablere en ny videreutdanning i Psykiatrisk sykepleie kan dette skje i samarbeid med Norsk sykepleierforbund og ses i nær sammenheng med den veilederutdanning som finner sted i høyskolene, i praksisfeltet og godkjennes av NSF.

Vi utviklet etter hvert et godt samarbeid med de andre spesialskolene. I møte med disse utvekslet vi synspunkter og materiale som helt klart hevet nivået i skolene. I tillegg arrangerte vi en rekke kurs og konferanser for studentene, for studentenes veiledere og for sykepleiere i praksisåret. I hovedsak påtok vi oss all undervisning selv.

I denne smeltedigelen av samfunnsmessige, psykiatriske sykepleiefaglige interesser ble det ofte meningsutvekslinger, og det kunne oppstå spenninger, men alle var inneforstått med at kritiske spørsmål måtte vi tåle.

Å svette litt i bakken gav en bedre forelesning eller et bedre kapittel. Det er mange som har spurt meg hvorfor det var så bra å være på Bygdøy som lærer og som student. Noe av svaret var at læringsmiljøet ikke bare var et resultat av «flink pike» syndromet. Det var en form for indre logikk i skolen vår som ikke bare var rasjonell. Den løftet oss alle opp til et nivå som ga den enkelte rom og fleksibilitet til å være skapende.

Jeg tror det er slik at i det ikke-byråkratiske gror kreativiteten – sykepleiekunsten. Det er mange vi skulle ha takket for godt vennskap og god hjelp til utviklingen av spesialskolen. I denne sammenheng vil jeg framheve våre tre største læremestre, hvorav to er tilstede i dag. Det var Tore Frost, Unni Lindstrøm og Katie Eriksson. Ved at dere uavbrutt formidlet deres kunnskaper kastet dere lys over våre, fra tid til annet, uklare tankeområder og ga oss nøkler slik at vi selv kunne åpne dører til våre egne liv og vårt eget fagfelt.

Avslutningsvis vil jeg rette en personlig takk til dere tre som tok initiativet til dette seminaret, og som har stått for både planlegging og gjennomføring av dette arrangementet.

Tidens elv renner for oss alle, for å si det med Per Petterson. For de av oss som for lengst er ute av utdannelsesinstitusjonene gir dette seminaret en anledning til å kaste blikket bakover, framover og på hverandre.

Det synes vi alle er både nyttig og hyggelig. Takk skal dere ha Gry, Jan Kåre og Bengt.

## OM FORFATTERNE

**Inger Aanderaa**, født 1933. Pensjonist. Psykiatrisk sykepleier. Tidligere førstelektor ved Høgskolen i Oslo, avdeling for sykepleierutdanning. Publikasjoner:

*Pasienten og sykepleieren – et gjensidig påvirkningsforhold.* (1994) Oslo: Ad Notam Gyldendal.

*Å arbeide i andres hjem. Hjelpere i møte med mennesker med psykiske lidelser.* (1996) Oslo: Kommuneforlaget. (Inngår i flermediekurset *Støtte og lære*, Norsk fjernundervisning).

*Relasjoner i teamarbeid. Et psykodynamisk perspektiv.*(1999, 2002) Gyldendal Akademisk.

**Niels Buus**, født 1970, er psykiatrisk sygeplejerske og post.doc. i Forskningsenheden «Helbred, Menneske og Samfund» ved Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet og post.doc. (20%) ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo. Hans dansksprogede udgivelser omfatter blandt andet:

Buus, N. (2008). Sprogbrug blandt plejepersonale på psykiatrisk hospital, i *Se mennesket – om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie*, B. Karlsson, ed., Gyldendal Akademisk, Oslo.

Buus, N. (2007). Arven efter Peplau: interpersonelle relationer i sygeplejen, *Klinisk sygepleje*, vol. 21, no. 2, pp. 58–67.

Buus, N. (2006). Forord, i *Helt – ikke stykkevis og delt*, J. K. Hummelvoll, Hans Reitzels forlag, København, pp. 11–14.

**Tore Frost**, født 1943, er filosof og universitetslektor emeritus ved IFIKK, Universitetet i Oslo. Han har tidligere bl. a. utgitt:

Frost, Tore m.fl. (oversetter og medredaktør) (1999–2008) *Platons samlede verker til norsk* (9 bind). Oslo: Vidarforlaget.

Frost, Tore (2003) *Greske myter og mysterier*. Oslo: De norske bokklubbene.

Kapitler i følgende fagbøker:

*Samtalens filosofi og etikk* i boken *Samtalen i skolen*. Oslo: Damm forlag 2004.

*Menneskets iboende verdighet* i boken *Samtalen i barnehagen*. Oslo Damm forlag 2005

**Arild Granerud**, født 1956, er psykiatrisk sykepleier og førsteamanuensis ved Høgskolen i Hedmark, og forsker II ved Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk helsevern. Han har for uten vitenskaplige artikler og rapporter tidl. bl.a utgitt:

Granerud A. (2008): *Social integration for people with mental health problems: experiences, perspectives and practical changes*. Doctoral thesis at the Nordic School of Public Health, Göteborg, Sweden.

Granerud A. (2008) Handlingsorientert forsknings samarbeid innen psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten. I Karlsson, B. (red): *Se mennesket – om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie*. Gyldendal akademisk, Oslo.

**Birgitta Hedelin**, född 1948, är professor i sykepleievitenskap, Högskolen i Gäddvik, Seksjon for sykepleie, Norge, samt docent i omvårdnad, Karlstads universitet, Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper. Hun har bl.a tidligere publisert:

Hedelin, B., Jormfeldt H. & Svedberg P. Hälsobegreppet – synen på hälsa och sjuklighet. I: Friberg F & Öhlen J. (red) *Omvårdnadens grunder, perspektiv och förhållningssätt* Lund: Studentlitteratur – In press.

Blegeberg, B., Blomberg, A.C. & Hedelin, B. (2008) Conceptions of the professional role of operatiopn theatre and psychiatric nurses. *Vård i Norden*, 28(3)9–13.

Blomberg, B. & Hedelin B. (2007) Att få personlig vägledning – patienters erfarenheter av mötet med en psykiatrisjuksköterska i primärvård. *Vård i Norden*, 27(2)25–29.

Hedelin, B (2006) Att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa – psykiatrisk omvårdnad utanför psykiatrins arena. I: Arvidsson B & Skärsäter I (red) *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer*. Lund: Studentlitteratur.

**Marie Vånar Hermansen**, födt 1941. Hun er psykiatrisk sykepleier og tidligere rektor ved spesialskolen i psykiatrisk sykepleie ved Statens utdanningssenter for helsepersonell. Hun har publisert boken:

*Sykepleiefaglig veiledning* som kom i 1984 og 1992 i et samarbeid med Liv Berit Carlsen og Gry Bruland Vråle.

*Sykepleie i tiden: hvor står vi? hvor går vi?* Foredrag i foredragssamling fra sykepleiesymposiet 1987 der hun også var medlem av redaksjonskomiteen.

**Jan Kåre Hummelvoll**, født 1948, psykiatrisk sykepleier og arbeider som professor i psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark og professor II ved Høgskolen i Vestfold. Han har utgitt en rekke bøker og artikler innen psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid. I de senere år har han særlig vært oppatt av metodiske og etiske spørsmål i praksisnær forskning.

**Bengt Karlsson**, født 1955, psykiatrisk sykepleier og arbeider som professor i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag. Er forfatter i bøkene:

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. og Løkke, J. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karlsson, B. (red.) (2008). *Se mennesket – om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

**Bjarne Lemvik**, fødd 1958, psykiatrisk sjukepleiar og seksjonsleiar i psykiatri i Klepp kommune. Har gitt ut:

Bjarne Lemvik (2006) *Å skape gode livsvilkår. Psykisk helsearbeid i kommunen*. Oslo: Kommuneforlaget.

**Unni Å. Lindström** (HVD, RN) Född: 1948. Professor i klinisk vårdvetenskap vid Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi. Hun har bl.a. publisert:

- Lindström, U.Å. (1992) *De psykiatriske specialsjukskötarnas yrkesparadigm*. Doktorsavhandling. Åbo Akademis förlag, Åbo.
- Lindström, U.Å. (1994). *Psykiatrisk vårdlära*. Liber utbildning, Stockholm.
- Eriksson, K. & Lindström, U.Å. (2003) *Klinisk vårdvetenskap. I*.
- Eriksson, K. & Lindström, U.Å. (red.) *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, 3–20.
- Eriksson, K. & Lindström, U.Å. (2009) *Vårdvetenskap som Caring Science*.
- Pro terveys*. In Press. (Utkommer i augusti).

**Brita Nilsson**, født 1940. Hun er psykiatrisk sykepleier og har hovedfag i sosialpedagogikk. Hun har siden 1976 arbeidet som lærer ved videreutdanning i psykiatrisk sykepleie og senere som høgskolelektor og førsteamanuensis ved videreutdanning i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo. Hun er i dag pensjonist førsteamanuensis. Publikasjoner:

Nilsson, B. (2004) *Savnets tone i ensomhetens melodi. Ensomhet hos aleneboende personer med alvorlig psykisk lidelse*. Dr.gradsavhandling. Åbo: Åbo Akademis Förlag.

Nilsson, B. (2007) *Ensomhet. Psykisk lidelse og hermeneutisk omsorg: Når horisonter møtes*. Oslo: Cappelen Akademisk.

**Helga Robberstad**, fødd 1935, pensjonert psykiatrisk sjukepleiar og førstelektor ved Høgskolen i Stavanger. Har gitt ut:

1986 (med Eli Haugen Bunch og Nina Århus Smeby): *Eit betre liv?* Oslo: Universitetsforlaget.

1997: *Pasient frå 9–15. Om psykiatriske dagsentra*. Bergen: Fagbokforlaget

2002: *Kommunepsykiatri. Pionerar, vekst og utvikling*. Bergen: Fagbokforlaget

**Nina Aarhus Smeby**, født: 1943. Psykiatrisk sykepleier. Forskningsleder i sykepleie ved Oslo universitetssykehus, Ullevål og førsteamanuensis II, Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Hun har bl.a. utgitt:

Bjoerge H, Smeby NAa. (2005) Cognitive symptoms in persons with schizophrenia assessed by PANSS in the acute phase and 9 months later, *Vard I Norden*, Vol 25;1:32–36.



- Kletthagen, H., Smeby, NAa. (2007) Informasjon til pårørende av førstegangsinnlagte i det psykiske helsevern. *Sykepleien Forskning* 1:19–25.
- Nilsen, L., Kjønnøy, K, Smeby, NAa. (2009) Psykoedukative flerfamiliegrupper for personer med ulik psykoseproblematikk. *Vård i Norden* 92; 29:4–8.
- Smeby NAa. *Relationship between Felt Expressed Emotion, Social Support and Burden in Families with a member with Schizophrenia*. Doctoral Dissertation. University of California San Francisco and Ullevaal University Hospital Hospital, Oslo, 1998.

**Gry Bruland Vråle**, født i 1946. Hun er psykiatrisk sykepleier og ansatt som førstelektor ved Diakonhjemmet Høgskole, avdeling for diakoni, familierapi, helse og ledelse. Hun har bl.a. publisert:

- Gry Bruland Vråle (1992, 2000 og 2009) *Møte med det selvmordstruede mennesket*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hermansen, M. Vånar, Carlsen L.B, Vråle. G. Bruland. (1992) *Sykepleiefaglig Veiledning*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Vråle G.B & Steen E. (2005) The dynamics between structure and flexibility in constant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation. I: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 513–518.

