

Birgitta Hedelin
Elisabeth Severinsson
Jan Kåre Hummelvoll

Psykiatrisk omvårdnad och psykiskt
hälsoarbete i lokalsamhället

- en resumé av internationell forskning
och yrkesmässig reflektion

Høgskolen i Hedmark
Rapport nr. 10 – 2003

Online-versjon

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.

Forfatteren er selv ansvarlig 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, oppdrags virksomhet, foreløpig publisering før publisering i et vitenskapelig tidsskrift etc.

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

Rapport nr. 10 - 2003

© Forfatterne/Høgskolen i Hedmark

ISBN: 82-7671-291-6

ISSN: 1501-8563



Høgskolen i Hedmark

Tittel: Psykiatrisk omvårdnad och psykiskt hälsoarbete i lokalsamhället- en resumé av internationell forskning och yrkesmässig reflektion

Forfattere: Birgitta Hedelin, Elisabeth Severinsson och Jan Kåre Hummelvoll

Nummer: 10

Utgivelsesår: 2003

Sider: 122

ISBN: 82-7671-291-6

ISSN: 1501-8563

Oppdragsgiver:

Emneord: Lokalsamhälle, psykiatrisk omvårdnad, psykiskt hälsoarbete, kunskapsutveckling

Sammendrag: Lokalsamhälle är ett komplext begrepp som omfattar både gemenskap och utanförskap, hem och gräns. Ofta avses ett avgränsat geografiskt område med formella och informella institutioner, värderingar, hierarkier, utvecklings- och kommunikationsvägar. Lokalsamhället är den primära arenan för psykiskt hälsoarbete och psykiatrisk omvårdnad. Syftet med denna litteraturresumé var att ge en bred översikt över forskning och yrkesmässig reflektion relaterad till psykiatrisk omvårdnad och psykiskt hälsoarbete i lokalsamhället. Forskningsfrågorna inriktades på centrala forskningsteman, kunskapsutveckling och framtida utmaningar som beskrivs inom området från 1990 till 2002. Resumén bygger huvudsakligen på vetenskapliga artiklar vilka kategoriserats och beskrivs kortfattat.

Tre centrala teman inom psykiatrisk omvårdnad och psykiskt hälsoarbete i lokalsamhället har framkommit; Utvecklingen, historiken och professionaliseringen, Förutsättningar, innebörd och praxis, samt Arbetets inriktning på personer eller grupper i riskzonen för psykisk ohälsa eller på personer med långvariga och allvarlig psykisk ohälsa och deras närstående. Kunskapsutvecklingen har huvudsakligen en deskriptiv ansats med kvalitativa och kvantitativa datainsamlingsmetoder eller bygger på yrkesmässig reflektion och diskussion. Framtidsfrågorna inriktas huvudsakligen på behovet av att fördjupa kunskapen om specifik psykiatrisk omvårdnad och psykiskt hälsoarbete som riktas till enskilda personer men även på behovet att påverka psykisk hälsa hos utsatta grupper i befolkningen. Utveckling av psykiatrisk omvårdnad genom handlingsorienterad forskning, handledning, utbildningsfrågor, samverkan och metoder för utvärdering betonas liksom behovet av kunskapsteoretisk förankring av betonas.



Høgskolen i Hedmark

Title: Psychiatric nursing and mental health work in the community - a resumé of international research and professional reflections

Authors: Birgitta Hedelin, Elisabeth Severinsson and Jan Kåre Hummelvoll

Number: 10

Year: 2003

Pages: 122

ISBN: 82-7671-291-6

ISSN: 1501-8563

Financed by:

Keywords: mental health work, psychiatric nursing, local community, knowledge development

Summary: Community is a complex concept comprising fellowship and alienation, home and border. Often a local community is conceived as a delimited geographic area with formal and informal institutions, values, hierarchies and communications. The local community is the primary arena of mental health work and psychiatric nursing. The aim of this literature resumé was to give a broad overview of research and professional reflection related to mental health work and psychiatric nursing in the local community. The research questions focused on central research themes, knowledge development and future challenges described within the field from 1990 through 2002. The resumé rests mainly on scientific articles that are categorised and described briefly.

Three central themes have appeared: a) Development, history and professionalism, b) Presuppositions, implications and practice and, c) Focusing persons and groups at risk of developing mental unhealth or on persons with long-term and serious mental sufferings and their relatives. The knowledge development has primarily descriptive designs with qualitative and quantitative methods of data gathering, or rests on professional reflection and discussion. To a large degree the questions related to future research focus on the need to deepen the knowledge on specific mental health work and psychiatric nursing towards single persons, but even on the need to promote mental health in vulnerable groups in the population. The development of mental health work by means of cooperative inquiry, supervision, training, collaboration and methods of evaluation are emphasised - as well as the need for basic epistemological reflection.

1 Forord

Ny vårdvetenskaplig forskning med anknytning till praxis, är betydelselös för patienten och samhället om den inte används i klinisk verksamhet. Implementationsprocessen måste därför i framtiden göras till föremål för systematisk granskning. (Lena Hjälte)

Denne konklusjonen stod å lese i Vård i Norden (nr.4, 2002) og hadde som talende overskrift: "Det är inte min värld". Det synes nemlig å eksistere en kløft (klyfta) mellom den forskningsbaserte kunnskapen og den erfaringsbaserte brukskunnskap som praktikere primært benytter. Ofte er den forskningsbaserte kunnskapen skrevet i et språk som er vanskelig tilgjengelig, og for praktikerne er det ofte brist på tid til å lese forskningslitteraturen. Følgelig blir ofte ny forskningskunnskap liggende ubrukt og ikke reflektert inn i praksis. På bakgrunn av denne praksisteorikløften, er det viktig å få formidlet forskningskunnskapene slik at de er lett tilgjengelig. Denne rapporten har blant annet dette generelle siktemålet.

Rapporten har også en mer lokal hensikt (syfte). Den danner (utgør) det teoretiske grunnlaget for et handlingsorientert forskningssamarbeid (aksjonsforskning) mellom Høgskolen i Hedmark, Avdeling for helse- og sosialfag og kommunene Hamar og Åmot. I denne sammenheng vil rapporten bli benyttet som grunnlag for jevnlig (regelbunden) dialogbasert undervisning for å stimulere ytterligere kompetanse hos de som arbeider med psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet.

Prosjektet, som startet i januar 2002, har som tittel: *Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet*. Gjennom ulike delprosjekter (hvorav denne litteraturoversikten er det første) vil man søke

å utvikle teoretisk og praktisk kunnskap om psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet. Denne kunnskapsdannelsen har en tverrvitenskapelig tilnærming og skal involvere brukere aktivt. Målet med projektet som helhet er:

- at man gjennom tverretattlig (intersektoriell), tverrfaglig (multidisiplinär) samarbeid utvikler helsefremmende strategier som skaper trivsel og tilhørighet i lokalsamfunnet
- at mennesker i risikogrupper for utvikling av psykisk uhelse møter relevante psykososiale tilbud
- at mennesker med psykiske lidelser opplever psykiatritjenestene som sammenhengende og med god kvalitet
- at man gjennom praksisnær forskning utvikler kunnskap om vesentlige psykososiale problemstillinger som møter psykiske helsearbeidere i lokalsamfunnet.

Denne litteraturgjennomgangen vil også være relevant for et bredere publikum som er engasjert i temaet, ikke minst studenter i videreutdanning og praktikere i Norge og Sverige. Rapporten kan betraktes som en *forelesning* i og med at forfatterne gir en oversikt over kunnskapsgrunnlaget innen temaområdet psykisk helsearbeid og psykiatrisk sykepleie i lokalsamfunnet. Gjennom en slik forelesning får leseren av rapporten en kortfattet, illustrativ og forhåpentligvis poengtert fremstilling av temaområdet. Det kan gi idéer til begrunnede tiltak og metoder som man ønsker å prøve ut – samtidig som man gjennom lesningen får se sin egen, lokale praksis i en større internasjonal sammenheng. For mange vil en slik leserveiledning stimulere til etterlesning av originalkildene. Det er vårt ønskemål.

Rapporten er bygget opp slik at den først gir en teoretisk bakgrunn for psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet. Dernest følger en presisering av måten vi har arbeidet med publikasjonene på (metoden), og så presenteres resultatene av lesningen under overskrifter som viser hvordan de enkelte arbeidene er kategorisert/tematisert. Så sammenfattes litteraturgjennomgangen – og leserne blir utfordret til videre arbeid. Til slutt finnes en tabell over de enkelte publikasjoner som forteller om problemstilling, metodevalg og forslag til fortsatt forskning og utvikling.

Forfatterne har valgt å skrive på sine morsmål, dvs. svensk og norsk. Dette har vi gjort av flere grunner. For det første antar vi at rapporten vil ha interesse for studenter og praktikere i begge land, og for det andre er norsk og svensk egentlig samme språk – selv (även) om man kan komme i tvil enkelte ganger. For å dempe tvilen, har vi satt i parentes ord som avviker klart i de to 'dialektene'. Vi vil ikke underslå at lesningen av nabolandets (grannlandets) språk kan være strevsomt, men vi håper at leserne kan betrakte dette som en utfordring (utmaning) til – og øvelse i – norsk-svensk kommunikasjon og forståelse.

Forfatterne har en felles (gemensam) bakgrunn som psykiatriske sykepleiere, lærere og har doktorgrad i folkehelsevitenskap. Birgitta Hedelin er universitetslektor ved Karlstads universitet, Institutionen för hälsa och vård, og førsteamanuensis II ved Høgskolen i Gjøvik, Avdeling for helsefag. Elisabeth Severinsson er professor i psykiatrisk sykepleie ved Høgskolen i Hedmark, Avdeling for helse- og sosialfag, og dosent i sykepleie ved Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap. Jan Kåre Hummelvoll er dosent i psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark, Avdeling for helse- og sosialfag.

Vi vil særlig få takke bibliotekarene Heidi Kristiansen, Høgskolen i Hedmark og Annelie Ekberg, Karlstads universitet, som har hjulpet oss med å finne relevant litteratur. Vi vil også takke FoU handläggare Jeanette Palm som har språkgransket deler av rapporten.

Karlstad//Onsala/Elverum i juni 2003

Birgitta Hedelin Elisabeth Severinsson Jan Kåre Hummelvoll

Innehållsförteckning

1	Forord	7
2	Introduktion	13
2.1	Innledning.....	13
2.2	Lokalsamfunnet som arena for psykisk helsearbeid	17
2.2.1	Definisjon av samfunn	17
2.2.2	Integrering versus marginalisering – motsetningsfylte aspekter ved lokalsamfunnet	20
2.2.2.1	Å skape samfunn	21
2.2.2.2	Grensesamfunn.....	22
2.2.2.3	Hjem og grenser	23
2.2.2.4	Implikasjoner	24
2.2.3	Lokalsamfunnsutvikling – en strategi for helsefremmende arbeid	25
2.2.3.1	Noen begreper relatert til lokalsamfunnsutvikling	26
2.2.3.2	Lokalsamfunnsutvikling som en strategi for 'bemyndigelse'	28
2.2.3.3	Forandringsprosesser og lokalsamfunnsutvikling.....	30
2.2.3.4	Sentrale aspekter ved lokalsamfunnsutvikling	31
2.2.4	Psykiatrisk sykepleie i lokalsamfunnet	33
2.2.4.1	Et veiledende paradigme	34
2.2.4.2	Terapeutisk nærvær	35
2.2.4.3	Det helende møte.....	36
2.2.4.4	Prinsipper i kommunal psykiatrisk sykepleie.....	36
2.2.5	Oppsummering.....	38
3	Metode	39
3.1	Metodisk reservasjon	40
4	Centrala forskningsteman och metodologiska ansatser	42
4.1	Utveckling, historik och professionalisering.....	42
4.1.1	Faktorer som påverkat utvecklingen	42
4.1.1.1	Hälsopolitik – från institutionsvård till integrering i samhället	42
4.1.1.2	Grundläggande ideologier inom psykiatrisk vård.....	45
4.1.1.3	Psykiatrisk omvårdnad och relationen till allmän omvårdnad	46
4.1.1.4	Motstridiga perspektiv inom psykiatrisk omvårdnad	48
4.1.2	Specialisering och professionalisering.....	49
4.1.3	Arbetsituationen – tillfredsställelse, stress och stor arbetsbörda	54

4.2	Förutsättningar, innebörd och praxis.....	56
4.2.1	Förutsättningar för psykiatrisk omvårdnad på landsbygden	57
4.2.1.1	Kulturella dimensioner och sociala faktorer.....	57
4.2.1.2	Sjuksköterskans arbetsituation.....	59
4.2.1.3	Den åldrande befolkningen.....	60
4.2.1.4	Att arbeta i patientens hem	60
4.2.2	Innebörd och praxis	62
4.2.2.1	Psykiatrisjuksköterskan som libero	62
4.2.2.2	Relations- och folkhälsomodellen.....	63
4.2.2.3	Klient- och sjuksköterskerelationen i en ny kontext.....	65
4.2.2.3.1	Humorn som verktyg	66
4.2.2.3.2	Tidsaspekten	67
4.2.2.4	Handledning, konsultation och ”liaison”	67
4.2.2.4.1	Psykiatrisk konsult i primärvård.....	70
4.3	5. Psykisk ohälsa eller psykiatrisk sjukdom?	71
4.3.1	Hälsofrämjande arbete - eller primär, sekundär och tertiär prevention?	72
4.3.2	Vem är patienten?	75
4.3.2.1	Barnen, familjerna och de äldre	75
4.3.2.2	Personer med akut psykisk ohälsa	75
4.3.2.3	Personer med långvariga psykiska störningar	76
4.3.2.3.1	Schizofrena patienter och deras familjer	76
4.3.2.3.2	Hälsofrämjande arbete med schizofrena långtidssjuka patienter	79
4.3.2.3.3	Bedömning av vårdbehov hos personer med allvarliga sjukdomar	80
4.3.2.3.4	Personer med borderlineproblematik.....	80
4.3.2.4	De äldre	81
4.3.2.4.1	Psykisk hälsa och depression.....	81
4.3.2.4.2	Flerdimensionellt perspektiv på demensomvårdnad.....	83
4.3.2.5	Befolkningen.....	86
4.3.2.5.1	Förebyggande arbete mot depression hos äldre.....	86
4.3.2.5.2	Förebyggande arbete mot våld.....	87
4.3.2.5.3	Förebyggande arbete mot ätstörningar	87
5	Sammanfattande kommentarer.....	89
5.1	Redogörelse av forskningsmetoder i tidigare forskning.....	92
5.2	Förslag till fortsatt forskning inom psykiatrisk omvårdnad och psykiskt hälsoarbete.....	93
6	Referenser	96
	Bilaga	

2 Introduktion

2.1 Innledning

Hvis samfunn/lokalsamfunn skal være teorien og stedet for mye av sykepleiepraksis i det 21. århundre, er det nødvendig at man innen sykepleien avklarer hva som forstås med samfunn. Men enda viktigere er det at man blir modigere i tenkningen, slik at man anerkjenner begrepets tvetydighet. Man trenger å undersøke diskursene og den medfølgende kunnskap og praksis som anvendes i det samfunn man deltar i, og som man kjenner fra innsiden. Det er med andre ord avgjørende å forstå det motsetningsfylte som ligger i begrepet og fenomenet samfunn, det vil si at det både representerer et hjem - et sted for tilflukt, enighet og fortrolighet, og samtidig en grense - et sted for fare, forskjeller og fremmedfølelse.

Fritt oversatt etter Drevdahl, 2002.

Denne rapporten handler om psykisk helsearbeid og psykiatrisk sykepleie i lokalsamfunnet. Sitatet foran forteller imidlertid at samfunn er et flertydig og sammensatt begrep. Vi vil derfor utdype dette begrepet i kapittel 2. Lokalsamfunn definerer vi i denne rapporten som :

Et 'fullstendig' lokalt samfunn som er en geografisk avgrenset enhet med tilhørende formelle og uformelle institusjoner, organisasjoner og foretak – slik som en mindre kommune eller en bydel/distrikt i en større kommune.

I fremstillingen vil vekten ligge på det som internasjonalt omtales som 'community psychiatric nursing'¹, fordi betegnelsen kommunalt psykisk helsearbeid ('community mental health work') ikke synes å være etablert som et tydelig avgrenset fagfelt. Imidlertid vil resultatene som kommer frem i litteraturgjennomgangen være relevante for de som arbeider med psykisk helsearbeid i kommunene. I norsk sammenheng kan kommunalt psykisk helsearbeid betraktes som et paraplybegrep som dekker flere yrkesgrupper med deres respektive faglige perspektiver – inkludert psykiatrisk sykepleie. Derfor er psykisk helsearbeid avhengig av et flerfaglig kunnskapstilfang (mångvetenskaplig kunnskap), tverrfaglig praksis (tvärprofessionell praxis) og tverretatlig samarbeid (intersektorielt samarbeide) – samt samarbeid med frivillige organisasjoner og brukergrupper. Fokus for psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet er helse. Følgelig vil arbeidet bygge på kunnskaper man har om faktorer og prosesser som fremmer helse (salutogenese²) og sosial tilhørighet for individer og grupper – og kunnskaper om hva som lindrer psykisk lidelse.

Generelt vil kommunale helsetjenester dreie seg om ikke-spesialiserte tjenester, eller en førstelinjetjeneste, som ytes (erbjuds) til innbyggerne. Tjenesten skal både fremme helse, forebygge sykdom og omfatte pleie (vård) og omsorg til dem som er syke og trengende. Sentrale trekk (drag) ved kommunal helsetjeneste er at den skal:

- relateres til befolkningens behov – og være tilgjengelig for alle
- dekke både helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende helse- og omsorgstjenester

¹ I England skiller man mellom 'Community psychiatric nurses' (CPN) og 'Community mental health nurses' (CMHN). Den første gruppen er tilknyttet andrelinjetjenesten (dvs. en spesialisttjeneste i lokalsamfunnet) og har oftest en spesialistutdannelse utover psykiatrisk sykepleierutdannelsen. Den andre gruppen representerer generell psykiatriske sykepleiekompetanse som er tilknyttet den kommunale helsetjeneste. Samlebetegnelsen for psykiatriske sykepleiere (enten de arbeider i institusjon, dagsentra eller i kommunen) er foreslått til å være: 'Mental health nurses'. For enkelhets skyld vil vi i denne rapporten omtale begge grupper som kommunale psykiatriske sykepleiere (jf. CPN) og på svensk 'psykiatrisjuksköterskor i öppen vård'.

² *Salutogenese* har å gjøre med de faktorer/forhold som styrker og fremmer helse, mens *patogenese* fokuserer faktorer/forhold som fremkaller sykdom. Psykiatrisk praksis (inkludert tradisjonell psykiatrisk sykepleie) er primært relatert til det siste perspektivet, mens psykisk helsearbeid har hovedfokus på det første.

- fokusere lokalsamfunnsdeltagelse både på individuelt og kollektivt nivå i forhold til planlegging og gjennomføring av helsetjenester
- ha en multisektoriell tilnærming – hvor man forstår uhelse ut fra multifaktoriell årsaker. (jf. Taket 2001)

For å få et overordnet perspektiv på psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet, er det naturlig å ta utgangspunkt i WHO's helsepolitiske dokument 'Health21' (Region Europa 1998). Her er også psykisk helse trukket frem som et viktig satsningsområde. Det *etiske grunnlaget* for WHO's 'Health21' hviler på tre grunnleggende verdier:

- Helse som en grunnleggende menneskelig rettighet
- Likhet i helse og solidaritet i handling mellom og innen alle land og deres innbyggere
- Deltagelse og ansvar for både individer, grupper, institusjoner og samfunn for vedvarende (fortløpende) fremme av helse.

Disse verdiene ligger til grunn for handlingsstrategiene som presenteres senere. For å sikre fremdrift av vitenskapelig, økonomisk, sosial og politisk gjennomføring av 'Health21', løftes fire *handlingsstrategier* frem:

1. Flersektorielle strategier for å møte forhold som påvirker helsen – slik som fysiske, økonomiske, sosiale, kulturelle og kjønnsmessige perspektiver.
2. Resultatorienterte helseprogrammer og investeringer som stimulerer helse og klinisk omsorg.
3. En integrert familie- og primærhelsetjeneste som støttes opp av et fleksibelt og responsivt spesialisthelsetjeneste.
4. En deltagende helsestimulerende prosess som involverer relevante partnere på alle nivåer; hjem, skole og arbeid, lokalsamfunn og stat – og som fremmer felles (gemensam) avgjørelser, gjennomføring og ansvarlighet.

Når det gjelder å fremme *mental helse*, forutsettes det en vedvarende oppmerksomhet og innsats for å beskytte mentale helse gjennom hele livet, særlig i forhold til sosialt underprivilegerte grupper. Godt planlagte programmer som rettes mot livs- og arbeidsmiljø, kan hjelpe mennesker til å oppnå en opplevelse av meningssammenheng, bygge opp og

vedlikeholde (upprätthålla) gjensidig støttende sosiale relasjoner og å mestre stressende situasjoner og hendelser. Selvmordsraten kan reduseres betraktelig hvis alt helsepersonell trenes opp til å oppdage tidlige tegn på depresjon, og hvis adekvat behandling blir gitt. I mange land har de store 'asylene' blitt erstattet av et nettverk av psykiatriske akuttavdelinger i allmennsykehus, primærhelsetjenestetilbud og helsesentra. Stress i arbeidssituasjonen spiller en vesentlig rolle når det gjelder å bidra til sykefravær og for tidlig død relatert til sosial status. Forbedret arbeidsmiljø vil gi en friskere arbeidsstokk som så vil øke produktiviteten. Arbeidsløshet er både en fysisk og psykologisk helserisiko. Men arbeid er ikke nok, man må også sørge for kvalitativt gode arbeidsforhold.

Når det gjelder skader som skyldes vold og ulykker, pekes det særlig på nødvendigheten av å prioritere høyere forhold som er relatert til sosial integrasjon og tilhørighet – og spesiell oppmerksomhet må rettes mot de viktigste årsakene til vold (inkludert familievold) – først og fremst med vekt på alkohol.

Av de 21 målene er det flere som har direkte relevans for psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet, bl.a. *Mål 6*: Å forbedre den mentale helsen, *Mål 9*: Å redusere skader fra vold og ulykker – og *Mål 12*: Å redusere skader som skyldes alkohol, narkotika og tobakk. Her trekkes særlig lovgivning frem som et viktig virkemiddel, sammen med gode behandlingstilbud.

Hensikten med den foreliggende studie er å gi en oversikt over internasjonal forskning og faglig refleksjon relatert til kommunal psykiatrisk sykepleie/psykisk helsearbeid slik den kommer til uttrykk ved overgangen til det 21. århundre (1990 – 2002). Følgende spørsmål søkes besvart i studien:

1. Hvilke forskningstema er sentrale innen kommunal psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid?
2. Hvordan er kunnskapen innen fagfeltet utviklet?
3. Hvilke utfordringer i kommunal psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid ligger foran (framför) oss?

For å skape en referanseramme for litteraturgjennomgangen som følger i de senere kapitlene, vil vi i kapittel 2 undersøke nærmere hva som menes med (lokal)*samfunn* – og hvilke *prosesser* som medvirker i dannelsen (skapandet) av samfunn. Siden mange av kildene som det henvises til senere i rapporten er knyttet til relasjonsarbeid, vil vi markere at også *lokalsamfunnsutvikling* er en relevant strategi for helsefremmende arbeid nettopp (just) for de grupper som er målet for psykisk helsearbeid – og som tar vare på de grunnleggende verdier og handlingsstrategier som WHO-dokumentet foran presiserer.

2.2 Lokalsamfunnet som arena for psykisk helsearbeid

2.2.1 Definisjon av samfunn

Vi har i innledningen valgt en relativt enkel definisjon av lokalsamfunn som arena for psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid. Imidlertid er det grunn til å understreke at begrepet er mangetydig. Det kan bety alt fra å betegne den lille, homogene, sosiale og kulturelle enheten, nasjonen forstått som 'storsamfunnet' - til store internasjonale samfunn (for eksempel 'European Community' – EU). For å avgrense samfunnsbegrepet i samfunnsarbeid, taler man gjerne om 'lokalsamfunnet' og refererer dermed til en sosialgruppe hvor det eksisterer en relativt sterk følelse av samhørighet innen et gitt geografisk område. Ronnby (1995, s. 60 ff) påpeker at til forskjell (skillnad) fra det engelske 'community', som iblant oversettes med lokalsamfunn, har det svenske begrepet 'lokalsamhälle' et tydeligere preg av å være geografisk avgrenset. I Norge er 'lokalsamfunn' mer knyttet til en gruppe mennesker som utgjør et kulturelt og sosialt fellesskap (gemenskap). Det kjennetegnes av at mennesker angår hverandre som totale personer. Individet er her aldri bare arbeidskraft, funksjonshemmet eller avviker i forhold til den andre, men også søsken, svoger eller medlem samme forening. Mennesker angår hverandre innen flere sektorer samtidig. Slik sett synes det norske 'lokalsamfunn' å samsvare mer til det engelske 'community' enn det svenske 'lokalsamhälle'.

Samfunn ligger i kjernen av den sosiale og personlige identitet, i politikk og i aksjon. Begrepet ble først brukt av Ferdinand Tönnies (1887/1963)³

³ Tönnies, F. (1887). *Gemeinschaft und Gesellschaft*. (Utgitt i eng. oversettelse av Loomis, C.P. (1963): *Society and Sociology*. New York: Harper and Row.) Disse to tyske ordene for

som skilte mellom 'gemeinschaft' og 'gesellschaft'. I følge Tönnies er *Gemeinschaft-samfunnet* basert på intimitet og emosjonell involvering, hvor identiteter skapes og sentrerer om felles verdier og oppfatninger ('shared meanings'). I et slikt samfunn vil trang til helhet, likhet og en stabil identitet gå i oppfyllelse. Samfunnsharmonien antas å oppstå på grunn av ansikt-til-ansikt-forbindelser som fører til at individuelle oppfatninger og meninger blir tydelige for alle. Det blir dermed det *hjem* hvor man søker tilflukt for å finne trøst sammen med mennesker som er lik en selv. Dessuten forstår samfunnsmedlemmene hverandre – og denne forståelsen forener dem i et fellesskap. Derfor vil det delaktige samfunn skapes gjennom klar og entydig kommunikasjon blant medlemmene, samtidig som forskjeller og oppdeling holdes nede – enkelte ganger slik at samfunnet homogeniseres. *Gesellschaft-samfunnet* preges av forbindelser som er rasjonelt skapt for å oppnå visse, spesielle mål – og hvor partene er innstilt på å utnytte hverandre ('shared interests'). Markedet er et slikt eksempel på gjensidig utnyttelse, det samme er lønnsarbeid, konvensjonell høflighet og storbyliv. Tönnies mente at utviklingen fra det tradisjonelle 'gemeinschaft-samfunnet' (slik som mer rurale samfunn), til 'gesellschaft-samfunnet' (urbane samfunn preget av individualisering og beskyttelse av privatliv), medfører samfunns-messige oppløsningstendenser med tap av autoritet og følelsen av fellesskap.

Emile Durkheim (en av Tönnies samtidige sosiologer) – kjent bl.a. for sin studie av selvmord – fokuserte på *sosial solidaritet* i forsøket på å forstå hva som får samfunn til å fungere. Han hevdet at vi en gang fungerte på grunnlag av det han kalte for *mekanisk solidaritet*, som var preget av en intens moralitet skapt av et mindre antall og homogent sammensatt gruppe mennesker i enkle organiserte samfunn. På slutten av det 19. århundre derimot var man på vei mot en *organisk solidaritet*, som var mer abstrakt, universelt og basert på arbeidsdeling - og med forskjellige komplementære organisasjoner. Durkheims analyse av selvmord (1888/1952) – som den ultimate avvisning av det sosiale fellesskap (samfunn) – ble betraktet som uttrykk for *anomi*⁴ (mangel (brist) på tillit til sosiale normer) i det moderne

fellesskap kan oversettes med henholdsvis 'samfunn' (som for eksempel i 'trossamfunn') og 'selskap' (som for eksempel i 'aksjeselskap').

⁴ Durkheim (1952) mente at hovedkilden til anomi er et brudd (brott) i balansen mellom ønsker og oppfyllelse – eller mellom aspirasjon og prestasjon. En hver plutselig forandring i sosiale forhold, selv en gunstig forandring, induserer anomi ved å forstyrre forholdet mellom en persons rutineaktiviteter og hans/hennes mål i livet. Mer allment kan man si at anomi

samfunn. Idealformen for solidaritet, som han håpet skulle utvikle seg i fremtiden, var at man beveget seg tilbake til den tidligere samfunnsmodellen som var preget av laugsgrupperinger. Disse karakteriseres av at de er forenet gjennom felles interesser og ekspertise, at det råder en relativ likhet i makt – og hvor uønskede individer hindres fra å delta.

Ramon (2001, s. 30) påpeker at i vår tid blir *solidaritet* polarisert: på den ene siden fokuseres det på å forsvare rettighetene til dem som er mindre ressurssterke enn man selv er – og å skape allianser som er basert på felles interesser blant mennesker med ulik makt. På den andre siden forstås solidaritet som en gjenopplivelse av nasjonalisme, etnosentrisitet og religiøs fundamentalisme.

Samfunn kan også bety å tilhøre en *statusgruppe* - det vil si en gruppe som har felles livsstil og som deler en opplevelse av gruppeidentitet, eller et *tilhørighetssamfunn* ('consciousness community'). Sistnevnte representerer grupperinger som har samme økonomiske interesser uten at de nødvendigvis deler felles livsstil eller identitet. Dette kan illustreres ved at vi for en del lever i *simulerte samfunn* ('imagined communities'), som nesten blir konkretisert gjennom introduksjonen av virtuelle realiteter – og samfunn på Internett. Vi får dermed forskjellige definisjoner av samfunn: Samfunn som *geografisk lokalisering*, samfunn som *felles interesser* uten nødvendigvis felles geografisk lokalitet, og samfunn preget av *tilhørighet og tilknytning* hvor mennesker identifiseres med spesielle sosiale preferanser.

Videre kan samfunn karakteriseres langs aksene *sosial integrasjon – desintegrasjon*.⁵ Sosialpsykiateren Alexander Leighton (1965) har bidratt med vesentlig innsikt i hvilke sider ved et lokalsamfunn som er av betydning for innbyggernes psykiske helse. Han beskriver hvordan lokalsamfunnets sosiale systemer fungerer. Et *integrert lokalsamfunn* er preget av at både den formelle struktur (for eksempel organisasjoner, servicetilbud, transport- og kommunikasjonsforbindelser) og den uformelle struktur (dvs. det sosiale nettverket) fungerer godt. I det desintegrerte

fremkommer i et hvert samfunn som vektlegger sterkt individuell suksess, men som samtidig fordeler mulighetene til suksess ulikt. Forskjellige typer anomireaksjoner kan være *innovasjon, ritualisering, tilbaketrekning* eller *opprør*.

⁵ Sosial integrasjon har å gjøre med: grad av nabokontakt, følelse av tilhørighet og en følelse av å kunne påvirke (i) sine omgivelser.

samfunn finnes oppløsnings-tendenser og prosesser i begge de foran nevnte strukturer hvor man finner tegn på sosiokulturell desintegrasjon.

Lokalsamfunn preget av *sosial desintegrering* er karakterisert av følgende: svake sosiale nettverk, stor grad av mistenksomhet og gjensidig mistillit mellom folk, få lokale ledere, få og svake organisasjoner, passivitet i fritiden og pessimisme når det gjelder muligheter til å påvirke eget nærmiljø.

Antatte *årsaker* til en slik negativ utvikling av lokalsamfunn er flere og sammensatte. De viktigste synes å være: materiell fattigdom, utbredt inn- og utflytting, raske sosiale endringer (nedleggelse av en hjørnestensbedrift, etablering av en stor bedrift på et lite sted), kulturell forvirring (som følge av manglende planlegging i forhold til integrering av mennesker fra mange kulturer i samme bomiljø), skjev aldersfordeling, mangel på relevante arbeidsplasser ift. innbyggernes behov, få kulturelle aktiviteter, naturkatastrofer og epidemier, utbredt fattigdom, sekularisering og oppheving av etablerte normer og liten tro på fremtiden (Leighton 1965, Dalgard 1988, Dalgard et al. 1995). Når flere av disse faktorene inntreffer samtidig, vil det bli et press i retning av sosial desintegrasjon. Slike lokalsamfunn vil ha en klart større hyppighet (frekvens) av psykiske helseproblemer enn godt integrerte lokalsamfunn. Problemene dreier seg særlig om angsttilstander og lettere depresjoner. Dessuten vil opplevelsen av fremmedgjøring (dvs. den individuelle opplevelse av maktesløshet, isolasjon, usikkerhet på normer og opplevelse av meningsløshet) være vanlig i lokal-samfunn preget av fattige kontakter og sosial desintegrasjon.

Allment vil *indikatorer* på sosial desintegrasjon være selvmordshyppighet, alkohol- og stoffmisbruk, kriminalitet, vold og ensomhet (jf. Halvorsen 2002).

2.2.2 Integrering versus marginalisering – motsetningsfylte aspekter ved lokalsamfunnet

Den amerikanske sykepleieforskeren Denise Drevdahl (2002) problematiserer i en interessant artikkel begrepet *samfunn* ('community') og presenterer en mer sammensatt forståelse som vil bli resymert i det følgende. Selv om artikkelen ikke relateres til mental helse, har

fremstillingen klar relevans for psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid.

Drevdahl påpeker at lokalsamfunnet ofte fremstilles idealisert, som et sted hvor innbyggerne opplever trygghet, sikkerhet og tilhørighet – og hvor innbyggerne har en vilje til å tre støttende til når noen trenger hjelp. Men samfunnslivet er sjelden så perfekt. Enkelte dominerende grupper presenterer idealbilder av samfunnet med bestemte formål (syfte). Samfunnet blir dermed stedet hvor den enes håp og drømmer konfronteres – og av og til kolliderer – med andres. Men å forestille seg samfunnet som enten preget av fred eller strid, blir for enkelt siden det bare frembyr en dikotom (sort-hvit) forståelse.

2.2.2.1 Å skape samfunn

For mange praktikere og forskere oppfattes samfunn som et bestemt geografisk område hvor folk bor, omgås, involverer seg og medskaper hverandres identiteter – slik som i 'gemeinschaft-samfunnet' (jf. Tönnies forståelse). Samfunnet opprettholdes ved å understreke likheter og nedtone forskjeller. På denne måten blir begrepet samfunn benyttet for å avgrense en sammenholdt enhet. Det 'rene samfunn' med grunnleggende fellestrekk, vil oppstå når vi identifiserer individer med ord som 'de fattige', 'innvandrerne', 'de psykisk lidende' – og så betrakter dem som ensartede kollektiver hvor individene oppfattes som like. Derfor vil tendensen til å bruke disse samlebetegnelsene for å konstituere samfunnet, føre til at man benekter (fjerner), devaluerer eller undertrykker subjektene ontologiske forskjeller, og søker å oppheve sosial variasjon til fordel for noe som oppleves som et konfliktfritt og avgrenset hele.

Likevel vil det å skape en gruppes eller et samfunns identitet, ved å innordne forskjeller under en overordnet enhet, føre til at man benekter sammenhengen mellom selvet og de(n) andre. Denne prosessen innebærer at man opererer med en forståelse som indikerer at selv-identitet er avhengig av den andres eksistens - samtidig som man benekter de motsetningsfylte og destabiliserende elementer som relasjonen til den andre innebærer. Drevdahl hevder at disse motsetningene bør få oss til å erkjenne at vi egentlig og alltid er kompliserte, paradoksale individer som deltar og lever i en rekke samfunn. De kvalitetene som utgjør et samfunn er

ikke entydige og enkle, men uttrykk for en dialektisk prosess. Det vil si at samfunn ikke bare er et sted hvor individet kommer med en allerede ferdig formet identitet med aspirasjoner som det søker å oppnå; samfunnet former individets selv – og vi medskaper samfunnet.

2.2.2.2 Grensesamfunn

Samfunn, som en anordning som homogeniserer (utjevner), skiller og deler, vil automatisk føre med seg etablering av marginer og grenser. Drevdahl poengterer at når samfunn dannes, skapes grenser og forskjeller avvises slik at de mange kan bli ett. Grenser etableres for å definere de stedene som er henholdsvis sikre og trygge, og de som er usikre og som bidrar til å kunne skille 'oss' fra 'dem'.

Dannelsen av et samfunn, som en slags innhegning, fungerer ved å plassere individer i forhåndsbestemte kategorier hvor de allerede deltar. For å gjenkjenne grenseboerne ('sosialklienter', 'narkomane', 'husløse', 'psykiatriske pasienter') blir deres forskjellighet og annerledeshet poengtert og forsterket. *Grensesamfunn* er steder hvor samfunnsmedlemmene blir sett på som annerledes og mangelfulle. Medlemmene av grensesamfunnene antas å ha stabile identiteter med visse felles kjennetegn. Fordi vi kan identifisere en gruppes kjennetegn, har profesjonelle en tendens til å tro at man forstår individene som tilhører gruppen. Følgelig lages det planer for helse- og sosialtjenester som kan 'injiseres' i samfunnet for å kurere sykdom og reformere borgerne for å skape et helsemessig godt samfunn. Ved å definere enkelte grupper som trengende, og i behov av profesjonelle tjenester, så fungerer dette som en styringsprosess preget av *makt*. Derfor er det viktig at både for legfolk og profesjonelle forstår hvordan maktutøvelsen viser seg og virker i lokalsamfunnet. Selve grensedragningen, som markerer et samfunn fra et annet, er også et uttrykk for maktutøvelse. Samfunnet er stedet hvor samfunnsmedlemmene lærer seg og disiplineres til å spille sin rolle.

Å bygge samfunn forutsetter en viss grad av *stabilitet, trygghet og sikkerhet*. Imidlertid er det to problemer som melder seg. For det første er grenser gjennomtrengelige. Mennesker siver ('ooze') inn i samfunnet fra sine grenseposisjoner hele tiden; de holdes ikke konstant på plass. For det andre, fordi vår egen kultur, historie, språk og erfaringer blir brukt som

markører for å avgjøre hvordan andre er forskjellige fra oss, er det ikke så mye gruppe-medlemmenes forskjellighet vi forstår, men heller forskjellene i oss selv. I siste instans er det slik at vi også skaper samfunn. Hver enkelt av oss, i egenskap av å være medlemmer av det samfunn vi medskaper, viser i adferd de forskjeller som blir forventet av oss. Derfor er det slik at samfunn alltid er komplekse og motsetningsfylte – alltid i forandring ettersom vi stadig søker etter hjemstavn ('hemvist').

2.2.2.3 Hjem og grenser

Om man oppfatter samfunnet bare som et fysisk eller relasjonelt sted hvor medlemmene iakttas og disiplineres, begrenses deres evne (förmåga) til å utfordre maktrelasjoner. Samfunn *kan* også være stedet hvor lindring fra dagliglivets påkjenninger finner sted, og hvor man kan motvirke situasjoner preget av urettferdighet. Å være medlem av grensesamfunn, med fastlagte og forente identiteter, kan skape en følelse av fellesskap og tilhørighet, og føre til at grensesamfunnet oppleves som 'hjem'. Hjemfølelsen skaper et fysisk og emosjonelt trygt sted medlemmene kan søke til, oppleve bedring og å oppleve seg hele igjen. Et slikt fellesskap kan inspirere til handling.

Gjennom refleksjon og felles aksjon kan grensesamfunnenes medlemmer oppnå større innsikt i undertrykkende forhold, og samtidig oppdage muligheter og strategier til mer kraftfull påvirkning av sin livssituasjon ('empowerment'). Derfor kan slike samfunn bli stedet man blir værende fordi det forsterker den enkeltes evne til å utholde og motstå – og hvor man kan se for seg alternative måter (sätt) å leve på.

For mennesker som har blitt undertrykket eller utbyttet av det dominerende samfunn, vil prosessen med å gjenskape identitet - gjennom politisk motstand - representere en form for *identitetspolitikk*. Men identitetspolitikken motiverer også til å undersøke hvem som blir utestengt fra hjemmet. Også medlemmer i grensesamfunn skaper 'tilgitrede rom' ('barred rooms') hvor man sjekker alle i døråpningen, og slik sett markerer sitt eget samfunn. Det skapes en overordnet felles fortelling som på en bidrar til å bringe dem som ikke tilhører gruppen til taushet.

Å arbeide mot utestengningstendenser forutsetter at både legfolk og profesjonelle blir bevisst (medvetna om) de maktrelasjonene som konstituerer samfunn – og som skaper forskjeller mellom ulike samfunn. Drevdahl hevder at vi trenger å erkjenne at eksklusjonstendenser eksisterer og å argumentere i forhold til dem. Samfunn (hjem), som skapes gjennom identitetspolitikk, ses som noe som motvirker misnøye, mens det i realiteten er stedet hvor makt og lengsler (längtan) opererer. I stedet for å fostre følelser av trygghet og sikkerhet, skaper samfunn angst. Sosial og økonomisk ulikhet bidrar til et opplevd ubehag, og den sosiale ulikhet minsker ikke under dekket av det idylliske samfunn. Når det kommer til stykket, er samfunn et sted som avspeiler kompliserte, komplekse og motsetningsfylte relasjoner – nettopp slik tilfellet er i de fleste hjem.

2.2.2.4 Implikasjoner

Det som er beskrevet har betydning for både praksis, teoriutvikling og forskning også innen psykisk helsearbeid og psykiatrisk sykepleie. Som profesjonelle må vi erkjenne at vi skaper de samfunn som vi har som grunnlag for vår yrkespraksis og inntekt. Drevdahl påpeker at de solidariske og vennskapelige forhold som vi har i forhold til våre klienter, også inneholder en viss ambivalens. Denne ambivalensen er relatert til vår motstrebende akseptasjon av den rolle hver og en av oss spiller i dannelsen av den Andre – og dermed av grenser. Grensesamfunnene (fattige, psykisk lidende, innvandrere osv) stammer egentlig fra våre egne konstruksjoner. Vi bærer med oss tegn relatert til diskurser om makt og samfunn i vår utdanning, i våre erfaringer og opplevelser – og i ordene vi bruker når vi taler og skriver. Derfor er disse spenningene knyttet til symboler på privilegier, makt og fellesskap viktige områder for videre analyse og aksjon. Et konkret steg å ta er bevisst å notere når en gruppe individer blir betraktet som homogene – og så erkjenne faren for maktutøvelse som denne homogeniserende prosessen medfører.

Ved å erkjenne den innebygde makt som ligger i samfunnsdannelse, kan man spørre: Hvordan kan samfunn fungere på en mer frigjørende måte? Dette betyr ikke at man eliminerer maktens virkninger – for det vil være umulig siden vi alle er fanget i ulike nett av maktrelasjoner. I stedet må man identifisere sammenhengen mellom makt og samfunn, og så bruke denne kunnskapen til å lokalisere områder for politisk aksjon for å

stimulere utvikling av et mer rettferdig samfunn. Det betyr å skape ny og varierte levemåter, engasjere seg i forhold til ulike samfunn – og å være i stand til å arbeide sammen med andre slik at man får en dypere forståelse av hvem samfunnsmedlemmene er, hva de tenker, hvordan de vil leve for å skape mening i sine liv. Denne måten å arbeide på innebærer at man deltar i oppriktige, likeverdige og respektfulle samtaler med samfunnsmedlemmene om deres erfaringer – for å avgjøre hvor og når videre aksjon skal settes inn. Ikke minst bør psykisk helsearbeidere søke å lære av dem som daglig opplever samfunnets motsetningsforhold. De som krysser grensene (for eksempel mennesker med psykiske lidelser) har en flerdimensjonal forståelse og bevissthet om hva det vil si å leve på begge sider av grensen. Denne kunnskapen er nødvendig for å engasjere seg i en mer frigjørende praksisform.

Vi trenger å erkjenne vår egen lengsel etter harmoni og enhet – samtidig som vi forstår utfordringene og farene som denne lengselen representerer. Bare når vi problematiserer vår forståelse av samfunn gjennom å forstå andres perspektiver og oppfatninger, kan vi sjeldne våre hjem/samfunn/grenser på varierte og av og til forvirrende måter.

2.2.3 Lokalsamfunnsutvikling – en strategi for helsefremmende arbeid

Etter denne refleksjonen over det komplekse i begrepet samfunn, er det naturlig å se på hvordan lokalsamfunnet – som 'hjem' og 'grense' – kan påvirkes og utvikles i en retning som gir innbyggerne mulighet til å leve livene sine slik de ønsker – på tross av funksjonssvikt og vansker (svårigheter).

Teoretisk har lokalsamfunnsutvikling ('community development') lenge blitt assosiert med Paulo Freire i Brasil. Freire (1970) søkte, gjennom en kritisk samfunnsvitenskapelig tilnærming, å engasjere mennesker til å utfordre under-trykkende politiske systemer som fratrar dem rettigheter og gjør dem til objekter – og å motsette seg konstruksjonen av dem selv som maktesløse og ute av stand til å handle på egne vegne. Kritisk teori tar utgangspunkt i den virkelighet mennesker opplever i stedet for idealiserte oppfatninger. Man har tiltro til at lokalsamfunnene har evne til å lokalisere og navngi problemer ut fra sine egne perspektiver. Strategien som benyttes er bl.a. å utvikle folks kritiske bevissthet slik at de ser hvilke

undertrykkende krefter de utsettes for, lokalisere problemene og handle som en gruppe for å påvirke og forbedre sin livssituasjon.

Fra å være en handlingsstrategi som var assosiert med radikale grupperinger av helse- og sosialarbeideres virksomhet, har lokalsamfunnsutvikling blitt en nesten global akseptert tilnærming for å forbedre lokalbefolkningens helsesituasjon og sosiale forhold (Miller & Ahmad 1998).

Idéene bak lokalsamfunnsutvikling synes å samsvare med aktuelle folkehelsestrategier og tenkning (jf. Health21). Et slik arbeid forutsetter at man erkjenner hvordan sosiale, økonomiske og politiske faktorer påvirker våre muligheter for å leve helsebringende liv.

Den følgende fremstilling av lokalsamfunnsutvikling knytter seg i det vesentligste til en omfattende litteraturgjennomgang av temaet som James & Baker (2001) har presentert.

2.2.3.1 Noen begreper relatert til lokalsamfunnsutvikling

Det foreligger ikke noen allment akseptert definisjon av lokalsamfunnsutvikling. Dette har antagelig å gjøre med at begrepet samfunn ('community') er omdiskutert, som vi har sett tidligere. Utgangspunktet er at det eksisterer forskjellige samfunn, for eksempel de som defineres av et geografisk område, nabolag, nærmiljø (bydel, grend) eller kommune. Men samfunn kan også være en mer avgrenset fysisk og sosial arena som arbeidsplass eller skole (Mæland 1999, s. 125).

Når det gjelder *lokalsamfunnsutvikling*, er det rimelig enighet om følgende sentrale prinsipper (jf James og Barker 2001, Israel et al. 1994):

- en kollektiv bestrebelse for å identifisere og handle i forhold til spørsmål/tema som opptar individer og samfunn
- involvering av lokale ledere og lokalbefolkning for å møte/løse bestemte problemer
- frigjøring og bemyndigelse av lokalsamfunn og bygge opp selvtillit og handlekraft
- bred deltagelse for å fremme mer likeverdige og tilgjengelige tjenester

- anerkjennelse av betydningen av sosiale nettverk og sosial støtte
- støtte til å utfordre og innvirke på utvikling og gjennomføring av offentlig politikk
- at det finnes organisasjoner som svarer på behov som lokalsamfunnet har
- å fremme sosial integrering og motarbeide diskriminering
- å redusere ulikheter
- samarbeid og intersektorielt arbeid.

Et nærliggende begrep er *sosial kapital*. Dette begrepet definerer Putnam (1993, s. 167) på følgende måte:

Sosial kapital er de trekk ved en organisasjon slik som tillit, normer og nettverk som kan forbedre samfunnets effektivitet gjennom å lette samordnet aksjon/handling.

Indikatorer på sosial kapital er relasjoner, sosial støtte, gruppemedlemskap, samfunn og sivilt engasjement slik som for eksempel valgdeltagelse.⁶ James og Barker (s. 60) påpeker at der hvor nivået av sosial kapital er høyt, ser man at folkehelsegevinstene er tydelige, slik som redusert barnedødelighet, økt forventet livslengde, lavere antall dødsfall som følge av slag og selvmord og en forbedret overlevelse etter hjertesykdom. Grunnen til at sosial kapital har vunnet oppmerksomhet, er at begrepet relateres til et bredt syn på forhold som påvirker helse og velvære. Slik sett har sosial kapital blitt foreslått som en sammenhengende måte å begrepsfeste den 'beste praksis' på i helsefremmende allianser eller partnerskaps-tilnærminger. Fordelen med begrepet *sosial kapital* er at:

- analyseenheten blir lokalsamfunn heller enn individer
- det tar med i vurderingen både sosiale, økonomiske, politiske og omgivelsesfaktorer knyttet til helse- og på den måten forsterkes behovet for allianser eller partnerskapsarbeid på tvers av samfunnssektorer

⁶ Nash (2002) har undersøkt valgdeltagelse ('voting') som et virkemiddel for å fremme sosial inkludering hos mennesker med psykiske lidelse. Forfatteren ser manglende valgdeltagelse som en indikasjon på sosial fragmentering, sosial ekskludering, manglende alternativer eller apati. Nash hevder at sosial inkludering krever at man forholder seg til en rekke ulike spørsmål – hvorav valgdeltagelse bare er ett område. Han mener det er vesentlig at mennesker med psykiske lidelser får hjelp til å se sin rolle som velger – og at å ta denne rollen bidrar til opplevelse av sosial inkludering gjennom medbestemmelse.

- det retter oppmerksomheten mot mekanismene for nettverksdannelse og hvordan slike nettverk fungerer – og at
- begrepet krysser det faggrenser.

Andre begreper som er nært forbundet med lokalsamfunnsutvikling er 'lokalsamfunnskapasitet' og 'lokalsamfunns-regenerasjon'. James og Barker (s. 61) forstår *lokalsamfunnskapasitet* som samlingen av goder og ressurser som individer og fellesskap bringer med seg for å forbedre den lokale livskvalitet. Dermed blir bygging av lokalsamfunnskapasitet en systematisk tilnærming til å styrke individer, lokalsamfunn og frivillige grupper/organisasjoner til å kunne delta mer helhetlig og aktivt i styrking og gjenoppbygging av deres nabolag.

Lokalsamfunnsregenerering dreier seg om å målrettet arbeid i depriverte områder for å snu forfallet i fattige nabolag. Når man sammenholder disse begrepene – i tillegg til 'bemyndigelse' (empowerment) – ser man at de har sammenfallende idéer.

2.2.3.2 Lokalsamfunnsutvikling som en strategi for 'bemyndigelse'

Tradisjonelle tilnærminger til helsefremme, slik som *opplysning* og *atferdsforandring* (beteendeförändring) har vist seg å være lite effektive når det gjelder områder som er sosialt depriverte. Disse måtene å arbeide på har til en viss grad bidratt til legge skylden på individene ('victim blaming') og har ikke bidratt til å redusere risiko for sykdom. Ved å fokusere risikofaktorer i det helsefremmende arbeidet, har man feilet når det gjelder å angripe de mer omfattende og større spørsmålene som knytter seg til sosial deprivasjon og ulikheter i forhold til helsespørsmål.

Som helsefremmende strategi, fokuserer lokalsamfunnsutvikling på mer overordnede forhold. Denne tilnærmingen understreker betydningen av å arbeide sammen med lokalbefolkningen for å klargjøre egne mål, mobilisere ressurser og utvikle handlingsplaner som kan støtte opp om tiltak som kan gi positive helsegevinster. Oppmerksomheten rettes mot forhold som allment oppleves som en barriere mot helse og velvære. For å oppnå dette er bemyndigelse ('empowerment') av lokalsamfunnet vesentlig.

Bemyndigelse (dvs. å vinne større makt og kontroll over) er uløselig knyttet til makt. Derfor er det viktig å se på hvordan maktforhold kommer til uttrykk i psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet. Tradisjonelt har også mye av for eksempel sykepleien vært knyttet til det hierarkiske system med ledelse og kontroll fra den medisinske profesjon – og styrt av en sykdomsorientert biomedisinsk modell. Denne modellen har bidratt til en mystisisme basert på kunnskapsmonopol, som har plassert makten hos den medisinske elite. Legmannsforståelsen av hva som oppleves som helse, har ofte blitt nedvurdert samtidig som de sosioøkonomiske og miljømessige virkninger på helsen er oversett.

Ved å rette oppmerksomheten mot salutogenese (i stedet for patogenese) har Antonovsky (1996) fokusert på forhold som skaper og vedlikeholder helse. Han hevder at en viktig salutogen faktor er evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende ('sense og coherence'). I denne sammenheng peker han på tre sentrale begreper, nemlig håndterlighet ('manageability'), forståelse ('comprehensibility') og mening ('meaning-fullness'). *Håndterlighet* har å gjøre med i hvilken grad personer føler at de har ressurser til å kunne svare på eller mestre de krav og utfordringer som opptrer i deres dagligliv. *Forståelse* refererer til hvor vidt en gitt situasjon eller opplevelse som influerer deres liv kan oppleves som forutsigbar og forståelig. *Mening* dreier seg om individets evne (vilje, motivasjon og mestring) til å delta i de prosessene som innvirker på dets fremtid.

Opplevelsen av meningssammenheng er nært forbundet med begreper som identitet, kontroll, optimisme og livsvilje og evne til å holde ut i vanskelige livsforhold ('hardiness').

James og Barker (s. 63) hevder at maktbalansen må gjenopprettes hvis det skal bli en sjanse for individuell eller kollektiv myndiggjøring og rettferdighet i helsemuligheter. En tolkning av individuell myndiggjøring ('self-empowerment') er folks evne til å oppnå kontroll over personlige, sosiale, økonomiske og politiske krefter for å kunne handle for å forbedre livssituasjonen. Myndiggjøring kan defineres på individ-, organisasjons- eller lokalsamfunnsnivå, og kan inkludere slike aspekter som selvaktelse og mestringsforventning ('self-efficacy').

Når det gjelder lokalsamfunnsutvikling og helsefremmende arbeid, er det viktig at man ikke bare undersøker 'myndiggjøring av lokalsamfunnet', men også hvilke effekter organisasjonen kan ha på selve lokalsamfunnet og på individet. Hvis individer skal bli myndiggjort, må de først av alt erkjenne og oppdage deres egen maktesløshet – noe som Freire (1970) benevner som *kritisk bevisstgjøring*. Øket bevisstgjøring i forhold til livssituasjonen bidrar til at individer kan identifisere sine egne behov i stedet for at disse skal bli bestemt eller foreskrevet av andre. Dette gjelder for eksempel i forhold til flyktninger og asylsøkere, som har vansker med å la sin stemme bli hørt, og som ofte mangler tilgang til tjenester, bolig og materielle ressurser.

På organisasjonsnivå er grunnprinsippene i myndiggjøring makt, informasjonsdeling og deltagelse i beslutninger som bidrar til å forhandle frem enighet om mål. Dette vil på den ene side støtte individers myndiggjøring innen organisasjonen selv, og på den andre siden gjøre det mulig for organisasjonen å influere på politikken i det større samfunn.

Når det gjelder bemyndigelse av lokalsamfunn, har denne virksomheten av og til blitt romantisert, hevder James og Barker (s. 64). Det kan nemlig godt være at lokalsamfunnet ikke alltid virker helsefremmende og bemyndigende (jfr. Drevdahl 2002). Faktisk kan det være slik at desentraliserte beslutninger, som er et fremtredende trekk ved lokalsamfunnsutvikling, kan forskyve oppmerksomheten bort fra den mangel på kontroll som lokalsamfunn har over økonomiske ressurser. En nærliggende fare når varig endring ikke skjer, er at man – i stedet for å legge skylden på maktesløse individer – tilskriver årsaken til maktesløse lokalsamfunn.

2.2.3.3 Forandningsprosesser og lokalsamfunnsutvikling

For å etablere en effektiv lokalsamfunnsutvikling i retning av å fremme og vedlikeholde (upprätthålla) helse, må man vurdere forskjellige grader av forandring på ulike nivå.

På *individnivå* må man foruten å øke ferdigheter og kunnskaper, også endre selve tenkemåten. Dette gjelder særlig for de profesjonelle helsearbeiderne. Endringen dreier seg om å dempe fokusering av

enkeltoppgaver til fordel for lokalsamfunnsorienterte måter å praktisere på. Individene blir sett på som deler av en kollektiv gruppe som har spesielle behov.

På *organisasjonsnivå* vil forandring involvere flere grupper og organisasjoner som arbeider i lokalsamfunnet - og vil omfatte endring av holdninger som sitter dypt, og som derfor kan være vanskelig å forandre. Har man en dominant medisinsk modelltenkning i helsearbeidet, vil fokus være rettet mot sykelighet. Det vil å såfall motvirke lokalsamfunnstilnærmingen. En klar identifisering av behovene i lokalsamfunnet er imidlertid første steg. Denne vurderingen må inkludere forhold som bidrar til å skape en bred orientering mot en mer sosial definering av helse.

James og Barker (s. 66) viser til at betydningsfulle sosiale endringer har funnet sted i det 20 århundre hvor man har blitt mer klar over behovene og bidragene fra grupper som tidligere har vært marginalisert i lokalsamfunnet. Nettopp lokalsamfunnenes flerkulturelle karakter, med et økt antall flyktninger og asylsøkere, har gitt lokalsamfunnet et ytterligere kompleks preg i forhold til helse- og sosiale behov. Denne endrede sosiale situasjon krever et fleksibelt helse- og sosialtjenestesystem, hvor etablering av partnerskap i arbeidet forutsetter at man ser behovet for deltagelse fra både individer og grupper. Lokalsamfunnsutvikling forutsetter likeså at samarbeidsformene mellom yrkesgrupper og organisasjoner preges av evne til å tenke mer helhetlig om verdien av andre tilnærminger og modeller som er utviklet for å stimulere endring.

2.2.3.4 Sentrale aspekter ved lokalsamfunnsutvikling

Å arbeide innen rammen av lokalsamfunnsutvikling presenterer de ulike faggruppene for mange muligheter og utfordringer. Noen av mulighetene handler om å bygge sunne allianser og mer tilpasningsorienterte tjenester. Utfordringene kan relateres til spørsmål om profesjonell autonomi, reduksjon av profesjonell makt og for sterk byråkratisk styring.

Det er nyttig å søke å få oversikt over den prosessen som lokalsamfunnsutvikling kjennetegnes av. Følgende modellskisse klargjør

de viktigste oppgaver og ferdigheter som er *forandringsprosessens ulike faser* preges av:

- 1) Avklaring av roller og ansvar for de som skal arbeide med prosjektet: Undersøke jobbeskrivelser, klargjøre mål og lage en fremdriftsplan
- 2) Skape et bilde av lokalsamfunnet: Dette gjøres gjennom å samle inn og analysere statistisk materiale om befolkningens helsetilstand, sammenligne ulike grupper i lokalsamfunnet, sammenligne lokalsamfunnstilbud, samle en oversikt over formelle og frivillige organisasjoner
- 3) Bli kjent med lokalsamfunnet både formelt og uformelt: Få oversikt over ulike grupper, benytte 'snøballeffekten' for å identifisere nøkkelpersoner, avklare viktige problemområder og lage en tidsplan for å samtale med grupper for uformell samtale
- 4) Behovskartlegging: Basert på gruppesesjoner og/eller benytte forsknings-metoder som fokusgrupper og semistrukturerte intervjuer for å identifisere behov og mulige løsninger
- 5) Aksjonsplanlegging: Klargjøre og prioritere mål, utvikle en felles visjon, lage realistiske mål, utvikle et rammeverk for aksjonen, tidsplaner og avklare roller og ansvar
- 6) Konsolidering av endringen: Registrere virkninger og hendelser, refleksjon og evaluering – samt avklare strategier for å forlate 'feltet'.

James og Baker (s. 67) understreker at selv om denne prosessbeskrivelsen kan være nyttig som en oversikt over hovedelementene i lokalsamfunnsarbeidet, er det viktig å huske at dette representerer en lineær modell – og at den ikke reflekterer nøyaktig den faktiske prosessen i lokalsamfunnsutviklingens dynamikk og fremdrift.

Å skape allianser eller å inngå i partnerskap med lokalbefolkningen, profesjonelle og frivillige grupper, er avgjørende for effektivt utviklingsarbeid. En bred kommunikasjon er nødvendig for å identifisere helsebehov. Samtidig er det en forutsetning at man lytter til innbyggernes stemme gjennom hele prosessen. Vellykket lokalsamfunnsutvikling avhenger av at man starter med de prioriterte områder som ønskes lokalt. Aktiv deltagelse og samarbeid med mange ulike grupper er vesentlig for å bygge ned barrierer mellom individer og organisasjoner. Denne type involvering representerer noe mer enn bare å konsultere folk. Graden av

deltagelse vil variere, men den bør inkludere informasjonsdeling, aktiv konsultasjon både individuelt og kollektivt – samt felles avgjørelser i forhold til planlegging av aksjonsopplegget. Brukergrupper må trekkes inn i alle faser for at et ekte tillitsfullt samarbeid skal utvikles.

For at organisasjoner/grupper skal kunne svare på spørsmål som reises av brukere, må en viss grad av utviklingsutvikling finne sted. Dessuten må kompetanse og læringsevne i forhold til å kunne starte forandringsprosesser - samt å vedlikeholde innovasjon - stimuleres. I tillegg er det viktig at lokale '*sosiale entreprenører*' finnes og gis støtte. Slike entreprenører vil være personer som i sitt nærmiljø bidrar aktivt til fellesskapet gjennom lokalt lederskap og initiativ for å løse og forebygge sosiale problemer.

Den dynamiske prosessen i lokalsamfunnsutvikling – og den voksende opplevelse av lokalt eierskap (ägande) – betyr at de profesjonelle, etter hvert som tiltakene har vist seg levedyktige (livskraftige), gir slipp på styringen og lar prosjektet føres videre av lokale representanter.

Når det gjelder *ferdigheter* som trengs i utviklingsarbeid i lokalsamfunnet peker James & Barker (s.72) på følgende: Evne til relasjonsbygging med nøkkelpartnere, at man har en samarbeidsorientert lederstil, evne til teamarbeid og å opprettholde kommunikasjon med ulike grupper og enkeltindivider på forskjellige nivåer. Dessuten trengs ydmykhet, konfidensialitet, fleksibilitet, ansvarlighet, forhandlingsevner, utnytte muligheter for å påvirke beslutningstagere og at man er orientert mot å se muligheter. Endelig behøves evaluerings- og forskningsferdigheter. Disse ferdighetene skal selvsagt ikke forventes av alle, men de bør inngå i den samlede kompetansen blant de som arbeider med prosjekter som retter seg mot lokalsamfunnsutvikling.

2.2.4 Psykiatrisk sykepleie i lokalsamfunnet

Psykiatrisk sykepleie i lokalsamfunnet innebærer imidlertid mer enn den form for samfunnspraksis som er beskrevet i det foregående. For å få et bilde av hva kommunal psykiatrisk sykepleietjeneste kan bidra med i en tverrfaglig sammenheng, vil vi trekke frem et nord-irsk bidrag. Sykepleieforskeren Ann Long (2001) mener at profesjonell psykiatrisk sykepleietjeneste i lokalsamfunnet preges av at man har et *veiledende*

paradigme, at det på relasjonsplan legges vekt på *terapeutisk tilstedeværelse* med oppmerksomhet på *møtets muligheter* – samt at man har syn for de *grunnleggende prinsipper* for arbeid i lokalsamfunnet. I det følgende skal redegjøre for og utdype disse aspektene nærmere.

2.2.4.1 Et veiledende paradigme

Long (s. 208-210) beskriver det praksisveiledende paradigme ved fem komponenter:

1. *'Væren' som en helende ('therapeutic') opplevelse og erfaring.* På individuelt nivå vil både det 'å være hos', og 'å ha omsorg for', kunne gi verdifulle terapeutiske erfaringer for den lidende person. Long benevner paradigmet som *personorientert* ('person-valuing paradigme'). Det personorienterte paradigmet, som bygger på et humanistisk og eksistensielt-fenomenologisk perspektiv, forutsetter at hjelperen forstår den andre gjennom å lytte, utforske, klargjøre og tolke lidelse og adferd – i stedet for bare å observere og forklare.
2. *Terapeutisk atmosfære ('therapeutic ambience').* De helende, terapeutiske aktivitetene bør gjennomføres innen en terapeutisk atmosfære preget av emosjonell næring og følelsesmessig ivaretagelse, akseptasjon, ekte omtanke og invitasjon til å dele. Det personorienterte paradigmet ser at mental helse henger sammen med personens valg av livsstil, idealer, måter å arbeide på for å bli en autonom person – og at han/hun på samme tid ser seg selv som en del av samfunnet. For å få del i disse aspektene, må hjelperen lytte til personens egne beskrivelser. Hjelperen må ha som grunnholdning at den hjelpsøkende, som opplever mental lidelse og problemer, sine særegne behov, preferanser og mestringsmåter. Følgelig trenger personen støtte til å utvikle sine egne mestringsmåter gjennom felles planlegging av tiltak.
3. *Å speile personen.* For å oppnå et gunstig resultat av samarbeidet slik at bedringsprosessen stimuleres, må den hjelpsøkende erfare at hans/hennes opplevelser og behov blir verdsatt av hjelperen på en ikke-dømmende måte gjennom empati, gjensidighet og omtanke. For å kunne fungere som en katalysator for heling og endring hos den hjelpsøkende person, må hjelperen følge den retning og takt i helbredelsesprosessen som personen selv bestemmer.

4. *Å gi et nytt omsorgsfokus.* Den personorienterte tilnærmingen atskiller seg fra den tradisjonelle profesjonelle 'top-down' teoretiske arbeidsmåten – hvor man primært vurderer den hjelpsøkende behov eller problemer på faglig grunnlag, og så utformer en plan for hvordan disse behovene skal møtes. I en personorientert tilnærming endres maktgrunlaget i retning av samarbeid basert på pasientens behov og ønsker.
5. *Selvobservasjon.* Hjelperen må arbeide med sin egen selvforståelse og utvikle tro på sin egen indre kraft og ressurser - inkludert omsorgsevne. Også hjelperen har behov for videre vekst for å utvikle seg faglig og personlig. For å utvikle seg til å bli åpne, selvobserverende og reflekterte fagpersoner, vil klinisk veiledning være et vesentlig virkemiddel.⁷

2.2.4.2 Terapeutisk nærvær

Long (s. 211) poengterer at kommunal psykiatrisk sykepleie er en interaktiv prosess hvor den primære hensikt er å gjenopprette klientens verdighet og verdi som et helt ('healthy'), unikt menneske. Både hjelperen og personen som søker hjelp, er først og fremst mennesker med gitte, individuelle variasjoner. Slik sett er begge likeverdige, men samtidig unike i individuelle uttrykk og karaktertrekk. Dette har betydning for samhandlingen som kommer i stand i samarbeidsrelasjonen – og for fremdrift og retning i det 'helende' ('healing') arbeidet. Her vil hjelperens terapeutiske nærvær på en sammensatt måte virke inn på muligheten til å fremme bedringsprosessen ved å frigjøre den hjelpsøkendes vekstprosesser. I dette terapeutiske nærværet er kommunikasjon vesentlig. Kommunikasjon må her forstås mer enn ord; det vil også omfatte empatisk nærvær, å kunne stå i situasjonen hos pasienten og å ta imot og tolke personens smertefulle tanker og følelser. En slik kommunikasjonsform vil kunne hjelpe ham/henne til å arbeide seg gjennom ubehagelige og plagsomme opplevelser og erfaringer.

⁷ En vesentlig bok i denne sammenheng, er Severinsson, E. (1995). *Clinical Nursing Supervision in Health Care*. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan. Denne doktoravhandlingen inneholder fem studier med klar relevans for veiledning i psykiatrisk sykepleie.

2.2.4.3 Det helende møte

Nærvær og samarbeid med et annet menneske er essensielt for utvikling og opprettholdelse av en terapeutisk relasjon, som er selve kjernen ('crux') i kommunal psykiatrisk sykepleie. Denne relasjonen kan karakteriseres på bakgrunn av tre faser: orienterings-, arbeids- og avslutningsfasen. Det essensielle i den terapeutiske relasjon er det mellom-menneskelige (jfr. Buber 1990). Kommunal psykiatrisk sykepleie er derfor 'lokalisert' innen det mellom-menneskelige. Å være menneske i bubersk forstand, er å relatere seg til andre (Buber 1994). Hvert terapeutisk møte bør derfor bli en 'levd erfaring' både for hjelperen og pasient – som har sin grunn i med-deltagelse ('co-participation'). Kommunal psykiatrisk sykepleie sikter også mot å hjelpe personen til å få en bevissthet/oppmerksomhet for livets mening – og hensikten med å leve. Med-deltagelsen skal bidra til å utvikle mål og planer – og på den måten bidra til å bemyndigelse ('empowerment') og til en helhetlig helingsprosess.⁸

2.2.4.4 Prinsipper i kommunal psykiatrisk sykepleie

Det unike med kommunal psykiatrisk sykepleie er at den erkjenner variasjonen og bredden i sykepleierens roller (jf. Long 211 ff.). Målet er å tilby en proaktiv, utadrettet tjeneste som omfatter et profesjonelt ansvar for å være oppsøkende, utfordre og influere den offisielle politikken relatert til mental helse. Følgelig må sykepleieren samarbeide med klienter, deres pårørende og lokalsamfunn for å kunne maksimere potensialet for mental helse. Det er fem prinsipper som står frem:

1. *Søken etter erkjente og skjulte (dålda) behov:* For å praktisere i følge dette prinsippet må psykiatriske sykepleiere og andre helse- og sosialprofesjoner i kommunen undersøke (bl.a. gjennom forskning), analysere og revidere erkjente og skjulte helse- og sosiale behov blant lokalbefolkningen (kommunehelseprofil/diagnose). En slik systematisk granskning skal resultere i en profil for helse- og sosiale behov, prioritering av mental helse, spesifisering av mål for mental

⁸ Denne tenkningen ligger nært inntil den modellen som Hummelvoll (1997) har presentert i hans holistisk-eksistensielle psykiatriske sykepleiemodell.

helse og å identifisere hva som skal være målene for resultatet av arbeidet for å fremme mental helse.

2. *Motvirke ulikevekt i mental helse:* Her henviser Long (s. 213) til Caplans⁹ tradisjonelle forebyggingsmodell, nemlig primær-, sekundær- og tertiær forebygging. Innen alle disse nivåene vil den psykiatriske sykepleier i kommunen spille en sentral rolle – forutsatt at det faglige fokus reorienteres til ikke bare å omfatte relasjonsarbeid, men også psykiske helseproblemer for grupper og for lokalsamfunn som helhet.¹⁰ På det generelle plan vil arbeidet rettes mot følgende tiltak: Å skape trygge og gode oppvekstvilkår, å bidra til en utviklende og meningsfull tilværelse og å arbeide for utvikling av støttende og stimulerende omgivelser. (jf. Mæland 1999, s. 165-167.)
3. *Stimulere aktiviteter som fremmer mental helse:* Her foreslår Long (s. 214) tiltak og programmer som kan stimulere folks tiltro til seg selv, stimulere til nettverksdannelse og sosial støtte, øke opplevelse av meningssammenheng (jf. Antonovsky 1996) og å motivere til å realisere folks kreative potensial.
4. *Terapeutiske tilnærminger i mentalt helsearbeid:* Den psykiatriske sykepleier kan arbeide som 'endringsagent' ved å bistå med adferdsendringer på individnivå, på familienivå relatert til samspill, støtte og undervisning - og på samfunnsnivå knyttet til å synliggjøre mentale helsespørsmål, utvikle indikatorer på mental helse/uhelse, fremme mental helse hos barn, unge og eldre – samt å fokusere mental helse i forhold til arbeidsliv og ansettelsespolitikk. Et annet sentralt område er å lytte til brukernes stemme ('voice').
5. *Politisk påvirkning av forhold som har betydning for mental helse:* Mental helse er i stor grad politisk. Det kan ikke adskilles fra politiske beslutninger som fattes på lokalt og nasjonalt nivå. Oppgavene som følger dette prinsippet har å gjøre med utvikling av gode psykisk helsetjenester i lokalsamfunnet, styrking av en helhetlig omsorgstilnærming gjennom samarbeid mellom helse- og sosialetater, etablere gode programmer for oppfølging av mennesker som skal tilbakeføres til lokalsamfunnet etter langvarige

⁹ Caplan, G. (1961). *An Approach to Community Mental Health*. London: Tavistock Publications.

¹⁰ En relativt omfattende beskrivelse av mentalt helsefremmende arbeid finnes bl.a. i Hummelvoll, J.K. (1997). "Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie." Oslo: Ad Notam Gyldendal (kap. 23)

institusjonsopphold, utvikle gode strategier og modeller for risikovurdering av personer med voldelige tendenser, rådgivningstjeneste - inkludert den psykiatriske sykepleiers 'advokat-funksjon', fokusere forholdene for hjem-løse personer, forebygge selvmord – og å rette oppmerksomheten mot problemer knyttet til flerkulturell helsetjenester og integrasjon. Likeledes må barns situasjon iakttas – samt kvinnespørsmål relatert til mental helse.

2.2.5 Oppsummering

De perspektivene på (lokal-)samfunnsbegrepets kompleksitet – og på mulige strategier for lokalsamfunnsutvikling som er presentert, er ment som en referanseramme for kommunal psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid. Det er vist at å fremme psykisk helse krever et bredt samarbeid mellom faggrupper, etater (sektorer) og lokalbefolkningen. Lokalsamfunnet er den primære arena hvor helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid utspiller seg. Forutsetningen for å kunne arbeide helsefremmende er at de profesjonelle har en lyttende holdning til ulike gruppers behov og ønsker, at man har en grundig lokalsamfunns-kunnskap – og at man forstår hvilke prosesser i lokalsamfunnet som skaper opplevelse av hjem og grenser. For at man skal lykkes med å fremme helse må befolkningen engasjere seg i spørsmål som angår trivsel og tilhørighet i samfunnet. Dette er kanskje den mest avgjørende faktor i utvikling av et integrert lokalsamfunn.

3 Metode

På grunn av at det finnes få internasjonale oversiktsartikler om forskning i psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet, har vi valgt å trekke frem vitenskapelige studier og faglige refleksjoner som viser hva psykiatriske sykepleieforskere og praktikere er opptatt av i overgangen til det 21. århundre. Flere typer oversiktsartikler finnes. Kirkevold (1996) nevner følgende typer: 1) resymé (dvs. en kortfattet oppsummering av hovedpoenger i relevante undersøkelser og publikasjoner innen et felt), 2) kritisk analyse (dvs. analyse av eksisterende litteratur for å peke på svakheter i det kunnskapsgrunnlag som foreligger knyttet til et bestemt tema), 3) synopse (dvs. en fremstilling som tar utgangspunkt i at det finnes ulike perspektiver som påvirker forskningen innen ett og samme felt – og belyser likheter og forskjeller) og 4) syntese (dvs. at man benytter definisjoner, funn og beskrivelser fra forskjellige undersøkelser for å fremme en bredere og mer helhetlig beskrivelse, definisjon og forståelse av et fenomen). Metodevalget i denne litteraturstudien er *resyméet*. Intensjonen er å gi leseren en oversikt over publikasjonenes innhold. Resyméartikler/studier har gjerne en 'nøytral' fremstilling slik at alle undersøkelser får lik behandling og presenteres i samme form. Det er videre en forventning om at forfatteren går ut over bare å oppsummere funnene ved å foreta en kategorisering av artiklene (jfr. Kirkevold 1996). I og med at temaet for den foreliggende studie er så vidt favnende, er det problematisk å gi fremstillingen av de enkelte publikasjoner samme form. Kravet om lik presentasjon er derfor fraveket av pragmatiske grunner for å gi fremstillingen en naturlig flyt, og for å kunne utdype temaer som antas å være av særlig nyhets- og nytteverdi for psykiatriske sykepleiere/psykiske helsearbeidere i det kliniske felt.

Litteratursøkningen er primært konsentrert om artikler (og andre skriftlige fagkilder) fra årene 1990 - 2002. Databasene som er brukt er: *Cinahl*, *Embase Psychiatry* og *Medline*.

Søkeordene har vært: *Psychiatry*, *psychiatric nursing*, *mental health* i kombinasjon med *community* og *local community*. Vi fikk flere hundre 'treff'. På grunnlag av abstraktene valgte vi ut artikler/kilder som særlig belyste sentrale tema i kommunal psykiatrisk sykepleiepraksis og refleksjoner over praksis. Disse ble lest i sin helhet, analysert og gruppert. Det er også gjort søk (*Embase Psychiatry*, *Cinahl* og *Web of Knowledge*) med søkeordene *mental health work*, *community mental health work* og kombinasjonen *community and mental health work*.

'Mental health work' gav maksimalt 50 treff. Få av disse var relatert til psykisk helsearbeid som en betegnelse på en spesifikk yrkesfunksjon, og 'community mental health work' gav bare 3 treff. Totalt synes dette å indikere at den norske betegnelsene 'psykisk helsearbeid' og 'kommunalt psykisk helsearbeid' ikke er etablerte begreper i engelskspråklig forskningslitteratur. I tillegg har forfatterne foretatt manuelle søk i bibliotek og ellers benyttet den faglige oversikt og kunnskap som forfattergruppen samlet har om temaet. Siden engelsk er grunnlaget for søkeordene, er det naturlig at de fleste kildene kommer fra England, Australia og USA. I nordisk sammenheng er bare svenske og norske publikasjoner representert i vårt søkeresultat. At engelske forskere særlig har markert seg, kan også tilskrives at de har den lengste faglige og akademiske tradisjon innen 'community psychiatric/mental health nursing'.

3.1 Metodisk reservasjon

I denne internasjonale litteraturoversikten er resyméformen valgt. Denne metoden gjør det mulig for leseren å få et raskt oversiktsbilde av tema og innhold i en lang rekke publikasjoner som ellers ville være meget tidkrevende å sette seg inn i. Enten leseren er interessert i temaer som er relevante for forbedring av praksis eller er engasjert i planlegging av et forskningsprosjekt, vil man i resyméet kunne spore artikler som er relevante å studere i sin helhet (jfr. Kirkevold 1996). I denne studien er metoden modifisert på en måte som gjør at fremstillingen av de enkelte publikasjoner ikke er gjennomført i samme form. En konform fremstilling

ville være uhensiktsmessig i og med at publikasjonene dreier seg både om vitenskapelige artikler og teoretiske og kliniske refleksjoner. Den frie resyméformen kan gjøre det vanskelig for leseren å sammenligne artiklene og å vurdere holdbarheten i kunnskapsgrunnlag og funn. Om dette hadde vært hensikten, måtte oversikten ha vært gjennomført med en annen metode, enten som kritisk analyse eller synopsis. Dette ville ha krevet et strengere utvalg av publikasjoner – for eksempel vitenskapelige artikler knyttet til avgrensede tema innen psykiatrisk sykepleie/psykisk helsearbeid. Vi har imidlertid laget en oversikt som oppsummerer hensikt og sentrale problemstillinger, metode og forslag til fortsatt forskning (se vedlegg/bilaga).

I og med at hensikten var å gi en bred oversikt over sentrale problemstillinger innen fagspesialiteten, ble en modifisert resyméform vurdert som mest tjenlig. Svakheten med en slik fremstilling er at selve komposisjonen blir preget av forfatterens subjektive vurdering av hva som er relevant å ta med og hvor grundig resyméene skal være. Kvaliteten og nytteverdien av rapporten blir derfor avhengig av forfatterens faglige oversikt. Følgelig må lesningen av resyméet skje med kritiske øyne – og med leserens egen fagoversikt og praksiserfaring som et pragmatisk validitetskriterium.

4 Centrala forskningsteman och metodologiska ansatser

Vid genomgången av den forskning som publicerats 1990-2002 har följande centrala teman framstått: 1. Utveckling, historik och professionalisering av psykiatrisk omvårdnad och psykiskt hälsoarbete i lokalsamhället, 2. Förutsättningar, innebörd och praxis, 3. Omvårdnadens inriktning, det vill säga primär, sekundär eller tertiär prevention och därmed frågan om vem patienten eller målgruppen är. För att utveckla kunskapen inom respektive tema har både kvantitativa och kvalitativa metoder använts och inom vissa teman finns översiktsartiklar eller artiklar som är diskuterande och problematiserande. De olika teman presenteras tillsammans med en yrkesmässig reflektion relaterad till psykiatrisk omvårdnad och psykiskt hälsoarbete i lokalsamhället. En sammanställning av källornas centrala frågeställningar, metoder och framtidsfrågor presenteras i bilaga (vedlegg).

4.1 Utveckling, historik och professionalisering

Ett flertal artiklar beskriver och diskuterar bakgrundsfaktorer och konsekvenser av såväl organisatoriska som ideologiska faktorer till att psykiatrisk vård och psykiskt hälsoarbete bedrivs i lokalsamhället. Trots att artiklarna har olika kulturella utgångspunkter finns gemensamma linjer.

4.1.1 Faktorer som påverkat utvecklingen

4.1.1.1 Hälsopolitik – från institutionsvård till integrering i samhället

Under de senaste decennierna har trenden i de flesta länder i västvärlden varit att psykiatrisk vård i allt större utsträckning flyttats från institutioner ut i samhället. Skälen har varit samhällsekonomiska men även humanistiska och baserats på varje människas rätt att leva ett fullvärdigt liv i samhället trots psykisk ohälsa. Omorganisationen har lett till förändrad

yrkesfunktion och arbetsinnehåll för många professioner som arbetar med psykiskt hälsoarbete och psykiatrisk omvårdnad. Satsning på målgrupper med olika former av psykiska hälsoproblem, multidisciplinära (tverrfaglige) team, samverkan med primärvård och arbete i patientens hem, har tvingat fram eller möjliggjort en förnyelse i kunskaps- och yrkesutvecklingen. Reformarbetet inom psykiatrisk vård återspeglar olika länders kulturella och politiska strukturer. Nedan ges en kort sammanfattning som beskriver hur utvecklingen genomförts i olika länder: England, USA, Norge och Sverige.

I England etablerades ”community psychiatric nursing” (CPN) på 1950-talet. De psykiatriska sjuksköterskorna hade sin bastjänst på sjukhusen men hade även till uppgift att följa upp utskrivna patienter. Introduktionen av neuroleptika medförde ett större behov av eftervård för patienterna, särskilt för patienter med diagnosen schizofreni. Psykiatrisjuksköterskornas verksamhet i lokalsamhället utvecklades ytterligare som en följd av nedläggningen av de stora institutionerna. År 1980 var 75 % av alla psykiatriska sjuksköterskor med ansvar för utskrivna patienter knutna till sjukhusen medan situationen fem år senare hade ändrat sig så att hälften var anställda inom kommunen (Brooker 1992). Antalet psykiatriska sjuksköterskor i lokalsamhället ökade dramatiskt i England från 1 per 50.000 personer 1980 till 1 per 10.500 år 1996. Den psykiatriska sjuksköterskans arbetsområden har utvidgats mot primärvården och därmed kommit att inriktas på fler målgrupper än patienter med psykiatrisk diagnos (Royal College of Psychiatrists 1997).

I USA började utvecklingen av psykisk hälsovård utanför institutionerna år 1963. Det som förorsakade denna förändring var att den allmänna hälsopolitiken inriktades på att föra psykiatri tillbaka till den medicinska huvudfåran och samhällslivet. Som en följd av den nya hälsopolitiken etablerades psykiatriska hälsocentraler i samhället för att ge människor med psykisk ohälsa tillgång till vård i sin närmiljö. Här blev utvecklingen av ett tvärprofessionellt samarbete nödvändigt, vilket medförde att de psykiatriska sjuksköterskorna fick anledning att klargöra sin roll och sitt yrkesmässiga samarbete. En viktig uppgift blev med tiden att fungera som ”case manager”, kontaktperson eller patientens talesman. Det innebar bland annat att följa och stödja patienten genom en mångfaldig och ofta bristfälligt samverkande hälso- och socialvård (Stuart & Sundeen 1991).

”Psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten” i Norge är relativt ny. På 1970-talet knöts "sosialsykepleiere" till psykiatriska sjukhus för uppföljning av utskrivna patienter men det var först på 1980-talet som psykiatriska sjuksköterskor anställdes i kommunernas hälsotjänst. De bakomliggande orsakerna var hälsopolitiska. År 1984 kom lagen om befolkningens rätt till hälso- och sjukvård i sin närmiljö, vilket även gällde personer med psykiska sjukdomar. Stortingsmelding 1987-88 (Helsepolitikken mot år 2000. National Helseplan) underströk betydelsen av att stärka den psykiatriska kompetensen i kommunerna. Psykiatriska sjuksköterskor utgjorde en av flera kompetenta grupper i detta sammanhang. En expertkonferens om allvarliga psykiska störningar¹¹ påpekade att alla kommuner borde ha minst en psykiatrisk sjuksköterska med ansvar för uppföljning av långtidspatienter med allvarliga psykiska störningar. I utvärderingar¹² har det visat sig att de kommuner som har psykiatriska sjuksköterskor anställda har högre vårdkvalitet när det gäller eftervård till psykiatriska patienter och att frekvensen av återinläggning är lägre. Dessutom framkom att psykiatrisjuksköterskor även hade kompetens att ge stöd, råd och vägledning till anhöriga och till kommunhälsotjänstens personal. I ”Helse for Alle i Norge?”(1987) betraktas psykiatrisjuksköterskan som en resurs inom primärhelsetjenesten.

I Sverige föreligger ingen lång tradition beträffande psykiatrisjuksköterskors arbete i lokalsamhället. Utflyttningen av personer med psykiska störningar från institutioner till eget boende i hemkommunen påbörjades under 1980-talet och fick sin höjdpunkt i samband med psykiatrireformen,¹³ som genomfördes under 1990-talets senare hälft. Genom reformen fastslogs ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun. På landstingen ligger ansvar för att medicinskt förebygga, utreda och behandla psykiska sjukdomar medan kommunens ansvar omfattar boende, sysselsättning och rehabilitering. Psykiatrisjuksköterskorna hade huvudsakligen haft sin verksamhet inom den kliniska psykiatriska vården, ofta i slutenvård, inom landstingen. Genom psykiatrireformen ställdes nya krav på deras yrkesfunktion eftersom verksamheten i större utsträckning skulle ske i lokalsamhället och inriktas på andra målgrupper än patienter med psykiatriska diagnoser.

¹¹ Norsk Forskningsråd 1993

¹² Stortingsmelding 1989/90:36

¹³ Reg.prop1993/1994:218

I Sverige finns i dag (2003) ingen samlad bild över psykiatri-sjuksköterskors funktion i lokalsamhället. De anställs i ökande omfattning i etablerad verksamhet eller i tidsbegränsade projekt som har psykiatrin, primärvården eller kommunen som bas. Arbetets innehåll, målgrupper och funktion varierar. I psykiatri-sjuksköterskornas arbete finns spännvidden från att stödja och följa upp psykiskt långtidssjuka personer i eget boende till att förebygga och tidigt upptäcka personer med lättare psykisk ohälsa. Detta motsvarar de kompetensområden som beskrivits för sjuksköterskor med specialistutbildning i psykiatrisk vård av Socialstyrelsen.¹⁴

4.1.1.2 Grundläggande ideologier inom psykiatrisk vård

Vill man förstå vad som format utvecklingen av psykiatrisk omvårdnad i lokalsamhället bör man enligt Godin (1996) anlägga ett historiskt perspektiv som fokuserar psykiatrisk vård och dess grundläggande ideologier. Han menar att *i den biomedicinska* modellen sågs psykiatriska sjuksköterskor som psykiatrikerens förlängda arm för att administrera och kontrollera läkemedels-behandling samt att observera patientens beteende, symtom och eventuella biverkningar. För sjuksköterskor som lämnat institutionsvården och arbetade i samhället, i öppen vård, blev det ofta en huvuduppgift att administrera depå-läkemedel enligt läkarordination till utskrivna patienter. Den uppgiften upplevde många sjuksköterskor negativt eftersom den medicinska professionen definierade deras arbete och därmed hindrade dem från att utveckla sin egen profession, psykiatrisk omvårdnad i lokalsamhället, utifrån sina egna yrkesspecifika premisser.

Som motvikt nämner Godin (a.a.) *den psykosociala modellen* som innebär att psykisk hälsa och ohälsa relaterades till sociala processer. Det medförde att nya professioner och funktioner behövdes inom psykiatrisk vård och personalstaben utvidgades med socialarbetare, psykologer och arbetsterapeuter. Här återfinns grunden till utvecklingen av multidisciplinära team och psykiska hälsocentraler i lokalsamhället där varje profession, mer eller mindre målinriktat och uttalat, har strävat efter att tydliggöra sin specifika kompetens och funktion i teamet. Detta gällde inte minst de psykiatriska sjuksköterskorna. Trots dessa försök att tydliggöra innebörd och praxis i olika professioner menar Godin att oklarheterna istället har ökat och lett till rollförvirring och oklara gränser i

¹⁴ SoS Allmänna råd 1995:5. Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor.

fråga om ansvar och befogenheter, liksom att olika yrkesgrupper försökt att få övertag och utöva makt över andra yrkesgrupper¹⁵.

4.1.1.3 Psykiatrisk omvårdnad och relationen till allmän omvårdnad

En annan faktor som varit betydelsefull för utvecklingen av psykiatrisk omvårdnad är dess relation till generell omvårdnad och sjuksköterskans professionalisering i allmänhet¹⁶. Det har sin grund i 1800- och tidigt 1900-tal, när psykiatriskt omhändertagande innebar förvaring på de gamla asylerna och där personalen agerade mer som vakter än som vårdare. Personalen hade ingen eller bristfällig utbildning, ringa påverkansmöjligheter och heller inte några större ambitioner att utveckla området. Enligt Godin (a.a.) är det i denna tradition, som förknippas med arbetarklass, grovhet och maskulinitet, som psykiatrisk omvårdnad har sina rötter. Det var först i mitten av 1900-talet när medicinska behandlingsmetoder som insulinbehandling, psykokirurgi och ECT började användas, som sjuksköterskor gjorde sitt inträde i den psykiatriska vården. Sjuksköterskor, som var kallade att hjälpa och vårda sjuka inom kroppssjukvården, har fått bilden av det aristokratiska, det rena och det kvinnliga. Sjuksköterskorna som var verksamma i psykiatrisk vård kom att få låg status inom sjuksköterskekåren på grund av sin ofta otydliga och ifrågasatta funktion. Godin menar att vi måste se den psykiatriska sjuksköterskans yrkesfunktion i lokalsamhället mot denna bakgrund. Men denna utgångspunkt kan även ha bidragit till en enad och stark yrkessammanhållning som främjat professionaliseringen.

Den psykiatriska omvårdnads ställning har även fortsättningsvis diskuterats. I början av 1990-talet ansågs psykiatrisk omvårdnad stå inför en brytningstid, ett vägskäl, som å ena sidan kunde innebära stora potentialer till utveckling och autonomi men, å andra sidan, kunde beskrivas som ett område i kris och upplösning (Betrus & Hoffman 1992). Godin (1996) och Nolan och Hopper (2000) menar att det är förvånansvärt att psykiatrisk omvårdnad har överlevt med tanke på den påfrestning och

¹⁵ Se även Betrus & Hoffman 1992, Mellon 1994, Shears & Coleman 1999

¹⁶ Svedberg (2002) beskriver omvårdnadstraditioner inom svensk psykiatrisk vård under 1900-talets första hälft och fokuserar särskilt faktorer som rädsla och våld samt långbad som en ofta använd metod för aggressiva och motoriskt oroliga patienter.

rollförvirring som den psykiatriska vårdens olika skolbildningar och ideologiska svängningar medfört. Hit hör även alla omfattande organisatoriska förändringar som bland annat inneburit övergången till ett vidgat arbetsfält i lokalsamhället vilket splittrat yrkesgruppen. Ett annat hot är, enligt författarna, den generella omvårdnadens dominans över den psykiatriska. Enligt Nolan och Hopper (a.a.) kämpar psykiatriska sjuksköterskor fortfarande emot en allmän uppfattning att de är förmyndare och vakter. Denna uppfattning har lett till svårigheter att etablera en självständig terapeutisk funktion i samhället. Brister i utbildningen och svårigheter att integrera teori och praktik har också bidragit till en upplösning av psykiatrisk omvårdnad. Andra författare, till exempel Ritter (i Nolan & Hopper a.a.), följer samma tanke och frågar sig om det finns eller någonsin funnits en kärna eller enhetlig tankeram för psykiatrisk omvårdnad. Psykiatrisk omvårdnad har varit ett osynligt område i planering och policysammanhang eftersom psykiatriska sjuksköterskor inte inbjuds och inte förväntas ha något att bidra med. Liknande resultat visas i en studie från USA (Stuart, Worley, Morris & Bevilacqua, 2000) som syftade till att undersöka karaktäristiska drag i psykiatriska sjuksköterskors arbetsförhållanden. Studien visade att psykiatriska sjuksköterskor, även de med högre utbildning, upplevde att deras kunskaper och kompetens inte efterfrågades när viktiga beslut skulle fattas vid den organisation de arbetade inom.

En helt annan utgångspunkt tas i en studie som undersökt psykiatriska sjuksköterskors specifika kompetens (Barker, Jackson & Stevenson, 1999; Jackson & Stevenson, 2000). Studiens syfte (hensikt) var att fokusera på både vårdgivares och mottagares perspektiv. De frågor som undersöktes var vad psykiatriska sjuksköterskor behövs för, vad som skiljer psykiatriska sjuksköterskors arbete från andra teammedlemmars arbete samt att försöka finna konsensus mellan vårdgivare och mottagare i dessa tjänster. Som metod valdes *grounded theory* och data samlades genom fokusgruppintervjuer med 92 personer; psykiatriska sjuksköterskor, socialarbetare, patienter, anhöriga (påstående), läkare och andra yrkesfunktioner i multidisciplinära team. Analysen ledde fram till nyckelkategorin "*knowing me - knowing you*" vilken avsåg en komplex relation mellan sjuksköterskan och patienten, en pågående process där båda försöker lära känna varandra. Sjuksköterskan använder tre domäner av sin personlighet: "sitt vanliga jag" (Ordinary Me), "sitt pseudo-vanliga jag"

(Pseudo-ordinary Me) och "sitt professionella jag" (Professional Me). Dessa domäner var relaterade till sjuksköterskans kunskapsdjup, makt, användning av tid och tolkning. Det framkom i studien att psykiatriska sjuksköterskor behövs och att rollen i högsta grad är komplex. Sjuksköterskor har många olika funktioner i sina möten med en mängd olika personer, både lekmän och professionella. De behöver klara av att växla mellan olika mellanmännsliga situationer och att hålla ihop den komplexa vårdkedjan som innefattar alla aspekter som ryms inom hälsovård. Att både klara av att vara "en vanlig människa" och en professionell vid olika tidpunkter är en speciell utmaning för psykiatrisjuksköterskor. Barker och medarbetare (1999) framhåller betydelsen av att psykiatriska sjuksköterskor utvecklar nya sätt att utföra det traditionella omvårdnadsarbetet i en komplex och tekniskt avancerad hälso- och sjukvård där den humanistiska värdegrunden hotas.

4.1.1.4 Motstridiga perspektiv inom psykiatrisk omvårdnad

Shears och Coleman (1999) ser den filosofiska debatten som uppstod i England under 1990-talet som en dragkamp om den kunnskapsteoretiska grunden för psykiatrisk omvårdnad. Vissa företrädare för omvårdnad som akademiskt ämne menade att utbildningen i psykiatrisk omvårdnad borde ha ett tydligt biomedicinskt fokus eftersom psykiska sjukdomar i grunden är sjukdomar i hjärnan och att psykiatrisk omvårdnad har tappat detta grundläggande fokus. Mot denna bakgrund framstod ett starkt behov av att profilera en egen nisch för psykiatrisk omvårdnad som tar avstånd från det man kallar "den allmänna omvårdnadens hegemoni". Andra författare menade att psykiatrisk omvårdnad i lokalsamhället inte heller kunde inrymmas i "allmän psykiatrisk omvårdnad" på grund av lokalsamhällets specifika krav som innebar en annan funktion och unika interventioner, ofta riktade till personer med svåra och långvariga psykotiska störningar (Mckenna, Keeney, Bannon & Finn 2000; Nolan & Hopper 2000; Godin 1996).

Denna inställning var dock inte enhällig (samstemt) i den akademiska debatten. Andra, till exempel Barker, Reynolds och Stevenson (1997) och Lego (1992), framhöll den holistiska och humanistiska grunden för psykiatrisk omvårdnad som tar avstånd från en reduktionistisk sjukdomssyn. En humanvetenskaplig grund ger stabilitet i såväl innebörd

som praxis i psykiatrisk omvårdnad och bidrar till att minska och eliminera inflytandet och hotet från andra ideologier och professioner. En grundläggande medvetenhet om det egna perspektivet tillåter psykiatrisk omvårdnad att vara öppen för och tillämpa teorier och modeller från andra områden, till exempel biomedicinsk psykiatri, kognitiv eller psykodynamisk psykologi, utan att låta sig domineras eller tvingas överge den egna professionens grundläggande kännetecken (Michael, 1994). Det humanistiska perspektivet förenar psykiatrisk omvårdnad med allmän omvårdnaden eftersom substansen är densamma.¹⁷

4.1.2 Specialisering och professionalisering

Butterworth (1995) presenterar en undersökning som ICN (International Council of Nurses) genomfört i sina medlemsstater. Undersökningen baseras på ett frågeformulär som 20 av 23 medlemsstater besvarade. Det är särskilt sjuksköterskeutbildning och specialistsjuksköterskerollen som fokuseras i artikeln. I alla utbildningsprogrammen verkar den traditionella medicinska modellen ersättas av ett tydligare fokus på omvårdnad. Detta paradigmskifte innebär att man lägger vikt vid interpersonella relationer, beteende och en helhetssyn på patientens problem. Kommunikation och relation betraktas som terapeutiska redskap. Psykisk hälsa och psykiatri ingår i de flesta länders grundutbildning men graden av fokusering varierar. De färdigheter, kunskaper och hållningar som sjuksköterskestudenterna förväntas ha efter avslutad utbildning är att de ska kunna bedöma individers psykiska tillstånd inom ramen för generell omvårdnad och planera och genomföra omvårdnadshandlingar. Specialistutbildning i psykiatrisk omvårdnad bygger på grundutbildning till sjuksköterska. Utbildningen förbereder för brett fält av intellektuella och interpersonella färdigheter som är användbara i relationen till patienter inom vård på institution och i lokalsamhället. Författaren framhåller att många länder rapporterar om sjunkande sökantal till utbildning i psykiatrisk omvårdnad. Det antas ha samband med att nedskärningen av institutionsvård och utbyggnaden av kommunal vård medför rollförvirring och osäkerhet om psykiatrisjuksköterskans framtida yrkesfunktion.

¹⁷ Många författare har beskrivit psykiatrisk omvårdnad ur ett humanvetenskapligt perspektiv, se t ex Barker, Reynolds & Stevenson (1997), Hummelvoll (2001), Lindström (1997), Paterzon & Zderad (1988), Peplau (1952).

I flera länder har psykiatriska sjuksköterskor gått i förgrunden för förändring av vården och utbudet av tjänster. Butterworth nämner Uganda som ett exempel på att psykiatriska sjuksköterskor är högt värderade och ansvarar för psykiatrisk service, särskilt på landsbygden. Motsvarande utbildningsprogram ges i Botswana, Lesotho och Zambia.

När det gäller Thailand, Panama, Brasilien och Japan pekar utvecklingen på följande utmaningar (Ogussio 1995). I Thailand har psykiska hälsoproblem vuxit fram på grund av stress relaterad till ekonomiska och sociala förändringar både i städer och på landsbygden. På samma sätt som i andra länder är det en övergång från vård på institutioner till lokalsamhällets hälsotjänster vilket lett till motsvarande förändring i psykiatrisjuksköterskornas utbildning och funktion. Problemet i Thailand är brist på psykiatrisjuksköterskor och brist på strategier för psykiatrisk omvårdnad i lokalsamhället. I Panama är de vanligaste psykiska hälsoproblemen relaterade till missbruk, våld och utvecklingsstörningar hos barn. Teman knutna till psykisk hälsa har länge ingått i sjuksköterskornas grundutbildning. I specialistutbildningen i psykiatrisk omvårdnad har tonvikt lagts på socialpsykologi, samhällsutveckling och undervisningsteknologi. I Brasilien har University of Sao Paulo, School of Nursing, fått status som det första WHO Collaborating Centre in Mental Health Nursing i världen. De är aktiva i att anordna nationella konferenser inom yrkesspecialiteten. I Japan förändras familjestrukturen raskt och inställningen till psykisk ohälsa är negativ. De största problemen relaterat till psykisk ohälsa rör bristen på hjälpinsatser för personer med inlärningsproblem och personer som ska inskolas i arbetslivet, våld, alkoholism, misshandel av kvinnor och barn samt psykiska problem hos de äldre i befolkningen. Det föreligger brist på sjuksköterskor och rehabiliterings-utbud.

Ogussio sammanfattar sin genomgång med att psykiatrisk omvårdnad kan bidra till att utveckla psykisk hälsovård. Problemet är att det finns få tjänster för psykiatriska sjuksköterskor vilket förhindrar utvecklingen av en mer offensiv psykiatrisk hälsovård. När patienter har sammansatta hälsoproblem av såväl psykisk som fysisk karaktär har psykiatrisjuksköterskor tillsammans med allmänsjuksköterskor de relevanta kunskaper som samhället behöver.

Betrus och Hoffman (1992) beskriver professionaliseringen av psykiatrisjuksköterskans funktion i lokalsamhällen i USA som började redan på 1960-talet i samband med deinstitutionaliseringen. Psykiatrisk omvårdnad var snabb att följa denna förändring. Framträdande psykiatriska sjuksköterskor som Leininger (1969) och Kalkman och Davis (1974) hävdade att specialist utbildning i psykiatrisk omvårdnad skulle inkludera samhällsvetenskap för att kunna möta de nya utmaningarna. På grund- och vidareutbildningsnivå för sjuksköterskor borde teori och praktik i hälsofrämjande och förebyggande arbete fokuseras. I USA är psykiatrisk omvårdnad en specialitet inom omvårdnad och olika utbildningsnivåer av psykiatrisk omvårdnadskompetens har utvecklats som svarar mot de nya behoven. Genom forskning och utvecklingsarbete kom psykiatrisk omvårdnad därigenom att vara en draghjälp och trendsättare för andra områden inom omvårdnad. Det är också från den perioden som flera omvårdnadsteorier härstammar vilka fått stort inflytande på psykiatrisk omvårdnad, men även på omvårdnad generellt.¹⁸

I USA har det nationella sjuksköterskeförbundet (ANA) sedan 1967 arbetat med att klargöra standarder för psykisk hälsoarbete och omvårdnad, vilka reviderats flera gånger. Vid en nationell ANA-konferens 1993 framhölls att psykiatriska sjuksköterskor bör fokusera sitt arbete på utsatta grupper som äldre, barn och ungdom, HIV-positiva och aidssjuka, hemlösa, emigranter och människor med missbruksproblem. Vidare fastslogs att omvårdnad och hälsojourer ska organiseras så att de är lättillgängliga, billiga, kulturellt relevanta och involvera befolkningen i planering och genomförande (Oguisso 1995).

I England tog professionaliseringen av CPN sin början med att en yrkesspecifik organisation bildades 1976, Community Psychiatric Nurses' Association (Adams 1996a). Genom denna sammanslutning gjordes påtryckningar om att starta en specialistutbildning för att främja utvecklingen av en professionell och oberoende psykiatrisk omvårdnad. Behovet av en specifik utbildning ansågs stor eftersom "allmän" sjuksköterskekunskap inte motsvarade de krav och den funktion som psykiatrisjuksköterskor i lokalsamhället hade. Många CPN skaffade sig förutom specialistutbildning i psykiatrisk omvårdnad även utbildning i

¹⁸ Det gäller inte minst Peplau (1952) Interpersonal relationship in nursing och Travelbee (1972) Intervention in psychiatric nursing. Process in the one-to one relationship.

familjeterapi, beteendeterapi, gestaltterapi och rådgivning (Thomas 1992). England har på grund av sin långa tradition och omfattande forskning inom psykiatrisk omvårdnad i lokalsamhället framstått som ett föregångsland i Europa på området.

De två första vidareutbildningarna i psykiatrisk omvårdnad i Norge startade 1954. Senare startade även vidareutbildningar för socionomer och arbets-terapeuter (fysioterapeuter). Fokus i utbildningen för psykiatriska sjuksköterskor präglades i starten av vård och omsorg på institutioner med tonvikt på uppföljning av den medicinska behandlingen. Under 1960-70 talen moderniserades utbildningen och inriktades, på samma sätt som institutions-psykiatri, mot ett miljöterapeutiskt och psykodynamiskt perspektiv. På 1980-90 talet blev programmet allt mer inriktat på socialpsykiatri och förebyggande psykisk hälsoarbete (Hummelvoll & Bunch 1994). Antal studieorter och studenter har ökat kraftigt de senaste 15 åren (13 studieorter).

Den tvärprofessionella (tverrfaglige) vidareutbildningen i psykiskt hälsoarbete (VPH) startade med sin nya utbildningsplan (rammeplan) 1997 efter flera års diskussioner om denna typ av vidareutbildning skulle göras tvärprofessionell. Strax innan beslut fattades om en förändrad utbildning genomfördes en evaluering av norska vidareutbildningar i psykiatrisk omvårdnad (Borge, Hummelvoll & Ulland 1997). Denna deskriptiva studie som genomfördes med semistrukturerat frågeformulär hade som avsikt att evaluera i vilken grad utbildningen hade mött sjuksköterskors behov av kompetensutveckling i kliniskt arbete. Formuläret besvarades av 154 psykiatriska sjuksköterskor, motsvarande 48%. Resultatet visade att respondenterna upplevde utbildningen som betydelsefull för praxis samt att deras professionella identitet och kompetens hade blivit stärkt. Grunden härtill var möjligheten att få fördjupning i det egna professionsområdet – och att deras ansvarsområde hade blivit tydliggjort. Mot denna bakgrund menade de flesta att det skulle vara olyckligt (uheldig) att förändra utbildningen till att bli tvärprofessionell. En sådan förändring i utbildningsprogrammet skulle kunna bidra till att försvaga deras specifika yrkeskompetens och ämnesspecifika perspektiv. Respondenterna menade att en produkt av multidisciplinärt samarbete förutsätter en tvärvetenskaplig kunskapsuppbyggnad (tillnärming). Vidareutbildningen i

psykiatrisk omvårdnad ansåg att kvalificera studenterna till arbete både inom psykiatriska institutioner och i lokalsamhället.

Den nya vidareutbildningen i psykiskt hälsoarbete är öppen för alla som har en 3-årig hälso- eller social yrkesutbildning eller motsvarande. Idéen bakom denna förändring av utbildningen var att en tvärprofessionell utbildning skulle förbättra samarbetet, öka kvaliteten i utbudet av tjänster och säkra rekryteringen av personal till psykiatrin. Dessutom hävdades det att utbildningsreformen överensstämde bättre med den generella riktningen, bort från det medicinsk-psykiatriska tänkandet och mot större vikt på psykiskt hälsoarbete i lokalsamhället. Utbildningen omfattar 60 studiepoäng (1 års studier) och är uppdelad i en gemensam del och en specifik fördjupningsdel. Utbildningsplanen från 1997 fastslår att fördjupningsdelen ska inriktas på psykosocialt arbete, men ger också möjlighet till yrkesspecifik fördjupning för sjuksköterskor, socionomer och arbetsterapeuter (30 studiepoäng).

I Sverige leder specialistutbildningen, som omfattar två terminer, till en yrkesexamen som specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård. På vissa högskolor och universitet ingår kurser som kan räknas in i en akademisk kandidat- eller magisterexamen. Många av sjuksköterskorna med specialistutbildning i psykiatrisk omvårdnad skaffar sig ofta även psykoterapiutbildning på psykodynamisk eller kognitiv-beteendeterapeutisk grund eller utbildning i handledning i omvårdnad. Det finns ingen specifik utbildning när det gäller psykiatrisk omvårdnad i lokalsamhället.

Det är stor brist på psykiatrisjuksköterskor i Sverige på grund av hög pensionsavgång och utbildningssituationen. Under 2002 var cirka två tredjedelar av alla utbildningsplatser för specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård vakanta på grund av lågt sökantal.¹⁹ Mot denna bakgrund genomförde Blegeberg och Blomberg (2002) en fenomenografisk studie som bland annat undersökte sjuksköterskors och sjuksköterskestuderandes uppfattningar av psykiatrisjuksköterskans yrkesfunktion och faktorer av betydelse vid val av specialistutbildning. Tre uppfattningar om yrkesfunktionen framkom. Psykiatrisjuksköterskan uppfattas som

¹⁹ Enligt Landstingsförbundets statistik, Sjuksköterskors specialistutbildning – utbildningsplatser och antagna år 2002, ref. Gunilla Strand.

"självständigt patientombud" vilket innefattade att vara stödjande, lyhörd och tålmodig samt en professionell mellanhand, "medveten diplomat" som innefattar att ha ett balanserat förhållningssätt och vara en engagerad observatör. Att vara "fragmenterad vårdare" innebar uppfattningar av att psykiatrisjuksköterskan bara ser det psykiska och att yrkesfunktionen är en kravlös sysselsättning. De faktorer som hade betydelse för sjuksköterskornas val av specialistutbildning var att ha kunskap om vad specialiteten innebar, personligt omvårdnadsintresse, personliga förutsättningar och ekonomiska faktorer. Detta resultat överensstämmer med en studie från Norge som Borge, Hummelvoll och Ulland (1997) redovisat.

4.1.3 Arbetsituationen – tillfredsställelse, stress och stor arbetsbörda

Stora organisatoriska förändringar, ett nytt arbetssätt tillsammans med ökad grad av psykisk ohälsa i befolkningen har lett till nya utmaningar för vårdpersonalen. I England har flera studier fokuserat psykiatrisjuksköterskornas förändrade arbetsituation och konsekvenserna av den. Massey (1991) menar till exempel att sjuksköterskor som förlorar sin institutionstillhörighet och flyttar ut i lokalsamhället går in i en sorgprocess som kan påverka patienternas rehabilitering och att sjuksköterskorna därför måste få extra stöd i övergången.

Reda (1995) undersökte vårdpersonalens upplevelse av sin roll i utflyttningen från sjukhus till lokalsamhället för 20 långtidsvårdade patienter i en kvasiexperimentell studie. Personalen upplevde det tillfredsställande att arbeta utanför sjukhuset men att de behövde relevant utbildning och kontinuerlig handledning för att kunna arbeta i lokalsamhället. Utbildningsbehovet inriktade sig särskilt på läkemedel, olika psykiatriska sjukdomar, bemötande av aggressivitet och våld, rehabiliteringsmetodik, teamarbete och patientundervisning. Dessutom fanns behov av kunskap om hur man ska möta negativa reaktioner i befolkningen, patienträttigheter och krisintervention.

Även Parahoo (1991) fann att arbetstillfredsställelsen var hög eller mycket hög hos både kvinnliga och manliga psykiatrisjuksköterskor (n=77) i Nordirland. De faktorer som bidrog till arbetstillfredsställelsen var självständighet och oberoende, samverkan med primärvårdsteam, att kunna följa klienternas framsteg, klientrelationen och att kunna

undvika/förebygga inläggning. De faktorer som bidrog till otillfredsställelse i arbetet var skrivbordsarbete, låg budget, stort patientantal och få anställda, bristande utbud i lokalsamhället och svårigheter i relationen till allmänläkaren.

Ett flertal studier har rapporterat arbetet i lokalsamhället som stressfyllt, inte minst på grund av stor arbetsbörda. Fagin och medarbetare (1995) har undersökt stress och utbrändhet relaterade till arbetssituationen för psykiatriska sjuksköterskor verksamma i lokalsamhället och i institutionsvård i England. I studien användes "General Health Questionnaire" och "Maslac Burnout Inventory". Det förstnämnda är ett ofta använt instrument som mäter psykisk ohälsa och sannolikhet för utveckling av psykiska störningar medan det andra är ett av de vanligaste instrumenten som används i stress- och utbrändhetsstudier. Resultatet visade att fyra av tio psykiatrisjuksköterskor i lokalsamhället upplevde hög grad av psykiska besvär medan båda grupperna hade höga poäng på arbetsrelaterad utbrändhet, särskilt i relation till emotionell distansering. Psykiatriska sjuksköterskor som arbetade på institution upplevde högre grad av emotionell avskärmning och mindre personlig tillfredsställelse i arbetet än de som arbetade i lokalsamhället. Sammantaget framkom att stress i ökande grad är ett problem för psykiatriska sjuksköterskor, något som visar sig genom högre frånvaro, låg självvaktning samt upplevelser av bristande personlig tillfredsställelse i arbetet. Detta är problem som kan påverka omvårdnaden av patienten negativt.

Liknande resultat redovisas av Carlson, Leary, de Villiers, Faigan and Radman (1995) från en storskalig studie baserad på självskattning av stressrelaterad ohälsa omfattande 717 psykiatriska sjuksköterskor på vårdavdelning och i lokalsamhället. Båda grupperna hade hög stressnivå i sitt arbete. De stressorer som påverkade sjuksköterskorna i lokalsamhället var att det inte fanns något utbud att hänvisa patienten till, att väntetiden var lång innan de kunde erbjuda patienten besökstid, att ensam ta hand om suicidala patienter, att ingen tid för personlig kompetensutveckling fanns, att upprätthålla god vårdkvalitet, att ständigt bli avbruten i arbetet, att tvingas besöka otrygga områden, bristande stöd från sjukhusets sida, att arbeta med våldsamma patienter, samt förändringar i arbetssituationen.

Att ha ansvar för ett stort antal patienter framstår som en betydelsefull del i stressen. En rekommendation är att varje psykiatrisjuksköterska bör ha kontakt med cirka 35 patienter i lokalsamhället (Shears & Coleman 1999). Mckenna och medarbetare (2000) visade i en studie från Nordirland att ett genomsnittligt antal patienter per sjuksköterska var 75-80 och att av dessa var merparten (75-80%) patienter med allvarlig och långvarig psykiatrisk sjukdom. Det höga antalet patienter, pappersarbete och administration ledde till stor arbetsbörda och stress hos sjuksköterskorna.

Studier som utgår från norska förhållanden (Almvik 1996; Hummelvoll 1996) visar en liknande situation. De slitsamma faktorerna i arbetet var främst knutna till stor arbetsbörda, anställningens relativa isolering med få möjligheter till avlastning, oklara förväntningar och upplevelser av yrkesmässig ensamhet. Den yrkesmässiga isoleringen bekräftas i en annan norsk studie som undersökte samverkan mellan psykiatriska team i lokalsamhället och den slutna psykiatriska vården (Holst & Severinsson, 2002). Studien bygger på intervjuer med olika professioner inom psykiatrisk vård som arbetar i lokalsamhället. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Ett av huvudfynden var att psykiatriska sjuksköterskor hade behov av ett mer systematiskt interdisciplinärt samarbete och att det samarbete som fanns bestod av tillfälliga ad-hoc-möten. Det framkom även behov av att känna till kollegornas professionella kompetens och av regelbunden yrkesmässig handledning. Studiens slutsats var att bristen på regelbundet samarbete kan påverka vårdkvaliteten negativt och att bättre förståelse för vilka vardagsproblem de olika yrkesgrupperna möter kan bidra till att tillfredsställa klienternas behov. Författarna framhåller även betydelsen av att psykiatriska sjuksköterskor och allmänläkare har möjlighet att samarbeta med sjukhuspersonal för patienternas behandling och integration i samhället.

4.2 Förutsättningar, innebörd och praxis

Finns det karaktäristiska drag i psykiatrisk omvårdnad i lokalsamhället som skiljer sig från psykiatrisk omvårdnad på institution? Den forskning som presenterats har beskrivit de speciella förutsättningar samt den innebörd och praxis som framträder i arbetet med psykisk hälsoarbete i ett lokalsamhälle. Forskningen fokuserar resurser i den sociala miljön och i det sociala nätverket samt hur arbete i den enskildes hem påverkar

vårdrelationens form och innehåll. De studier som belyser området är huvudsakligen på kvalitativa, explorativa och deskriptiva.

4.2.1 Förutsättningar för psykiatrisk omvårdnad på landsbygden

Bushy (1994a, 1994b) beskriver i två artiklar den specifika situation som präglar psykiatrisk omvårdnad i landsbygdsområden i USA. Hennes artiklar bygger dels på litteraturstudier, dels på egna erfarenheter. Artiklarna har stort överföringsvärde också för andra länder eftersom de fokuserar övergripande och generell problematik.

4.2.1.1 Kulturella dimensioner och sociala faktorer

Bushy (1994a) framhåller att de kulturella mönster som finns på landsbygden är specifika och unika för varje område. Det finns inte någon allmänt förekommande eller typisk landsbygdkultur utan varje population formas utifrån sina egna premisser av låg befolkningstäthet, sparsamma resurser och att människorna ofta är bekanta och har stor kännedom om varandra. För att en meningsfull vård ska kunna erbjudas måste människor i landsbygd få erkännande, respekt och förstås utifrån sin specifika situation. Syftet med Bushys artiklar var att presentera generella aspekter på hälso- och sjukvård i landsbygdsområden och om människorna som finns i den miljön. För människor som behöver psykisk vård i dessa områden förekommer en särskild omvårdnadssituation som hon vill uppmärksamma vårdpersonal på.

Vårdens tillgänglighet, närhet och accepterbarhet är centrala aspekter för alla människors utnyttjande av hälsovård men får särskild betydelse för landsbygdsbefolkningen. Tillgänglighet avser att ha tillgång till hälso- och sjukvård, att den finns i området med nödvändiga personella resurser, t ex att det finns ett lokalt sjukhus. Då de små sjukhusen ofta läggs ner på grund av ekonomiska och personella orsaker blir det brist på specialister eftersom de dras till områden där det finns större resurser och utvecklingsmöjligheter. Det gäller inte minst specialistutbildade sjuksköterskor. Bushy beskriver att en psykiatrisjuksköterska på landsbygden måste kunna hantera funktioner av vitt skilda slag, från att

vara kontaktperson (case manager²⁰) för ett antal personer, krisarbetare, administratör, terapeut, konsult inom skolhälsovård och äldreomsorg, till att söka ekonomiska bidrag och verka som allmänhetens talesman. Närhet relaterar till att människorna ska ha möjlighet att utnyttja den befintliga servicen. På landsbygden kan stora geografiska avstånd, brist på allmänna transporter, otillräckligt antal anställda i utåtriktad och uppsökande verksamhet eller oförutsägbara väderförhållanden göra det svårt att nyttja den service som erbjuds. Accepterbarhet syftar på hur väl den aktuella gruppens mål och värderingar stämmer med den hälso- och sjukvård som erbjuds. Det kan ha sin grund i hur man traditionellt handskas med personliga problem, uppfattningar om orsaker till psykiska störningar och brist på kunskap om emotionella problem liksom bristande information om vilken service som finns att tillgå.

Landsortsbefolkningens vårdutnyttjande är alltså inte bara avhängigt omfattningen och utbudet av psykiatrisk vård eller psykisk hälso-service i regionen. Det är också nära sammanknutet med gruppens värdesystem. Enligt Bushy påverkas vårdutnyttjandet av gruppens grad av självtillit som inkluderar förmåga till egenvård och graden av informellt socialt stöd. Hon exemplifierar med att en familj kan ge starkt och välfungerande stöd till en medlem med psykisk ohälsa, medan en annan familj kan hindra den drabbade att lämna sjukrollen, och ytterligare en annan kan utveckla en så hög tolerans mot psykisk ohälsa att de inte uppmärksammar psykisk störning när den förekommer hos någon i familjen. Det gäller också sambandet mellan arbetsmoral, hälsa och sjukdom. Förmågan att arbeta är ofta en avgörande aspekt i synen på hälsa och sjukdom. Den som arbetar är frisk och den som inte arbetar är sjuk. Enligt författaren går arbete före allt annat på landsbygden. Om det finns tid därutöver kan utbildning, fritidsaktiviteter och att söka vård, att följa ordinationer, behandlingsplaner och återbesök komma i fråga. I planering av hälso- och sjukvård på landsbygden måste därför befolkningens hälsoutnyttjande och kulturella värdesystem beaktas för att servicen ska bli meningsfull.

²⁰ Jämför med Øvretveit (2000) som använder begreppet "care management" p.g.a. de dehumaniserande, förtingligande associationer det ursprungliga begreppet "case management" väcker.

4.2.1.2 Sjuksköterskans arbetssituation

Bushy (1994b) uppmärksammar de utmaningar sjuksköterskor kan möta i sitt arbete. Hon menar att livet på landsbygden medför en särskild livsstil som påverkar sjuksköterskans professionella arbete. Det kan innebära isolering från kollegialt stöd, små möjligheter till utbildning och yrkesmässig utveckling samtidigt som avskildheten kan ge andra fördelar som en mer självständig och fri arbetssituation. Det kan också vara en utmaning att hålla balansen mellan att bli indragen i informella nätverk som en välkänd privatperson och samtidigt upprätthålla sitt professionella förhållningssätt och skapa förtroende hos enskilda patienter och bibehålla sekretess i relation till gruppen. Att arbeta på landsbygden innebär att vara något av en generalist eftersom det finns behov av vårdinsatser på olika nivåer hos åldersgrupper med varierande problemställningar. Samtidigt är det viktigt för sjuksköterskan att behålla specialistkunskaperna²¹ när det gäller att samverka med andra sektorer i samhället och optimalt utnyttja resurserna. Bushy (a.a.) ger följande rekommendationer för psykiatri-sjuksköterskor som arbetar på landsbygden:

- samverka med olika sektorer och discipliner och undvik därigenom dubbelarbete eftersom resurserna är begränsade,
- upprätta en lista på formella och informella hälsorelaterade nätverk i området som kan användas vid planering av patienters utskrivning från sjukhus,
- inför om möjligt ett kontaktpersonsystem,
- försök förutse potentiella ogynnsamma händelser och identifiera resurspersoner kring patienten,
- beakta patientens totala livssituation i samband med läkemedelsbehandling och uppföljning, samt
- ordna utbildning, hälsofrämjande och förebyggande service i samhället.

²¹ Det amerikanska sjuksköterskeförbundet (ANA) har beskrivit generalist- och specialistsjuksköterskans yrkesfunktion. Generalistsjuksköterskan förväntas kunna tillrättalägga vårdmiljön, ge råd och undervisning, samarbeta, vara patientens talesman och förändringsagent samt kunna arbeta hälsofrämjande. Specialistsjuksköterskan ska förutom detta kunna vara terapeut, klinisk handledare, administratör/arbetsledare för sjuksköterskor, undervisa sjuksköterskor och annan vårdpersonal i olika kontext, konsult för professionella och icke-professionella grupper och dessutom vara forskare och bidra med teoretisk och klinisk utveckling (Hummelvoll 1998).

4.2.1.3 Den åldrande befolkningen

Abraham, Buckwalter, Neese och Fox (1994) har gått igenom den forskning som gjorts om psykisk hälsa i den åldrande befolkningen på landsbygden. De menar att det finns belägg för att prevalensen av psykisk ohälsa är högre hos äldre på landsbygden än äldre i tätbefolkade områden. Den rapporterade omvårdnaden är begränsad till specifika populationer och interventioner och ger inte klara belägg för sin effektivitet. De har därför begränsad betydelse när det gäller att möta de mer allsidiga och integrerade omvårdnadsbehov som finns hos den stora gruppen äldre. Psykisk hälso- och sjukvård är ofta svår att acceptera för många äldre på grund av stigmatisering, kulturella övertygelser och värderingar. Områden som är angelägna för forskning är, enligt författarna, omvårdnadsrelevant epidemiologi som t ex form, struktur och dynamik i stödsystem för äldre på landsbygden, olika former av formell och informell omsorg, föreskrivna behandlingsstrategier för äldre, förekomst och faktorer som påverkar övergrepp och vanskötsel av äldre. Ett annat område är interventioner relaterade till klinisk effektivitet och kostnadseffektivitet, primär, sekundär och tertiär prevention, frivilligorganisationers arbete och uppsökande verksamhet. Ett tredje område handlar om faktorer som påverkar de äldres vårdutnyttjande. Den slutsats författarna drar är att psykisk omvårdnad behöver utveckla kunskap om psykiska behov hos äldre på landsbygden men även om de äldres utnyttjande av psykisk hälsovård. För att få den kunskapen behövs såväl kvantitativa som kvalitativa perspektiv studeras.

4.2.1.4 Att arbeta i patientens hem

Trots den omfattande förändring som psykiatrisk omvårdnad genomgått i och med inriktningen på lokalsamhället har lite uppmärksamhet givits det faktum att sjukhusets vårdmiljö nu ersatts av patientens hem. Litteraturen visar att hemmet har en central betydelse i mötet mellan sjuksköterska och patient. Mot denna bakgrund har Bowers (1992) undersökt hur sjuksköterskor (CPN) genomför hembesök. Tolv psykiatrisjuksköterskor inriktade på olika specialområden i lokalsamhället och patienter som sjuksköterskorna valde ut ingick i studien. Data samlades genom icke-deltagande observation av hembesök med efterföljande intervju med sjuksköterskor och patienter. Två aspekter av sjuksköterskornas hembesök har beskrivits. Den första var växlingen mellan två olika roller. Sjuksköterskorna såg sig själva som både en vän till patienten och

samtidigt som sjuksköterska. Vänskapsrelationen visade sig genom ett lättsamt, vardagligt prat och att dela erfarenheter från sitt personliga liv med patienten. Det kunde också innebära att delta i patientens sociala liv som att exempelvis vara med vid födelsedagsfester eller hjälpa till med sysslor i hemmet som inte patienten klarade själv. Sjuksköterskerollen beskrevs som att hålla en professionell distans, att ha en terapeutisk avsikt och att erbjuda någon sorts behandling vid besöket. Att tacka nej till en kopp te kunde stå som en symbol för den professionella distansen och accepterandet som ett uttryck för en vänskapsrelation. Hembesöket påverkade deltagarnas sätt att tala, agera och tolka händelser mot ett mer informellt förhållningssätt.²²

Den andra aspekten hörde ihop med makt och kontroll. I den traditionella vården hade sjuksköterskorna befogenheter och makt att bestämma men i och med att arbetet förlades till patientens hem förändrades situationen radikalt. Patienten bestämmer i sitt eget hem medan sjuksköterskan är gäst i patientens privata territorium. Den ändrade positionen kunde upplevas svår att hantera. Många av sjuksköterskorna förnekade att de sökte ta kontroll i situationen men uttryckte verbalt hur de "kom med förslag", "förhandlade", "övertalade", "erbjöd hjälp" och "gav råd", vilket av forskaren tolkades som att de därmed också sökte övertag och aktiv kontroll. När anvisningar och föreskrifter gavs till patienten var det huvudsakligen av medicinsk karaktär. Författaren framhåller att den dubbeltydiga relationen i samband med hembesök ger information om var interventioner lämpligen bör genomföras. Samtal av individualterapeutisk karaktär bör inte ske i hemmet medan psykosocialt stöd och vissa beteendeinterventioner däremot passar bra att genomföra i patientens hem.

För såväl patient som vårdare har det egna hemmet också en symbolisk betydelse som något privat; en plats till vilken alla inte självklart har tillträde (Magnusson 2001). Att vårda patienter i deras hemmiljö medför etiska problem bland annat därför att vårdaren måste ta ställning till i vilken grad patienten har förmåga att själv fatta beslut och ta ansvar för sin hälsa. Mot denna bakgrund har ett flertal studier genomförts för att undersöka vilka etiska frågeställningar som uppstår vid vård i hemmet av patienter med psykiska funktionshinder (Magnusson & Lützén 1999,

²² Jämför artikeln av Barker et al 1999, om hur sjuksköterskan använder tre domäner av sin personlighet i mötet med patienten; Ordinary Me, Pseudo-ordinary Me och Professional Me.

Magnusson, Severinsson & Lützén 2002 a). I en av studierna som genomfördes med hjälp av fokusgruppintervju framkom de svårigheter som vårdpersonalen ställs inför då deras ansvar för patientens hälsa kommer i konflikt med patientens önskan och rätt till självbestämmande och integritet. Studien visar också på en osäkerhet hos vårdaren i den professionella rollen i relation till patienten, samt den sårbarhet hos såväl patient som vårdare som den förändrade vårdkontexten innebär dvs. att arbeta i patientens hem (Magnusson m.fl 2002 a). En annan undersökning som var en enkätstudie där tre olika yrkesgrupper ingick (distriktssköterskor, psykiatriska sjuksköterskor och mentalskötare) visar att distriktssköterskor och psykiatrisk vårdpersonal har olika syn på frågeställningar som rör patientens privata liv och autonomi (Magnusson, Lützén & Severinsson 2002 b). Däremot var skillnaden mellan psykiatriska sjuksköterskors och mentalskötares syn på frågeställningar mindre. Den psykiatriska vårdpersonalens svårigheter att hantera autonomibegreppet och värna om patientens integritet påverkade den egna yrkesrollen för såväl psykiatriska sjuksköterskor som mentalskötare, vilka kände sig mindre trygga. Distriktssköterskorna kände sig tryggast i sin yrkesroll. De var däremot osäkra på att fatta beslut i kritiska situationer i samband med vård av patienten i hans/hennes hem (Magnusson 2001).

4.2.2 Innebörd och praxis

Psykiatrisk omvårdnad i lokalsamhället har lett till förändring av grundläggande funktioner och nya arbetsområden inom psykiatrisk omvårdnad. Vårdrelationen har fått andra dimensioner utanför sjukhuset och det vidgade yrkesfältet innefattar sjuksköterskans arbete med andra målgrupper än psykiatriska patienter. Utbildning och handledning av anhöriga och andra yrkeskategorier liksom samverkan med nya professioner har beskrivits i litteraturen.

4.2.2.1 Psykiatrisjuksköterskan som libero

Hummelvoll (1996) genomförde en explorativ studie, baserad på fenomenologisk och hermeneutisk grund, som omfattade kvalitativa forskningsintervjuer med 16 psykiatriska sjuksköterskor i två norska län (fylker). Avsikten var att undersöka innebörd och praxis i psykiatriska sjuksköterskors arbete i lokalsamhället. Ett av huvudfynden var att den

psykiatriska sjuksköterskan verkar spela rollen som *libero*.²³ För att kunna fungera som en libero krävs flexibilitet i utformningen av rollen så att man kan utnyttja de resurser som finns till patientens bästa. Dessutom krävs självständighet, yrkeskunskap (fagkunskap) och personligt mod (mot). Yrkeskunskapen måste fortlöpande förnyas för att säkra kvalitet i praxis. Personligt mod stimuleras genom att man är trygg med det utbud man erbjuder. För att kunna fungera som libero med stora möjligheter att påverka, är ytterligare krav att vara fri och ha någon att spela tillsammans med.²⁴ Det visade sig att man kunde skilja mellan två libero-former, nämligen en *genuin libero* och en *pseudo-libero*. Den förstnämnda präglas av öppen, utåtriktad praxis med många samarbetskanaler, information om egen verksamhet och trygghet i relation till eget utbud. Även om basen i arbetet är relationsarbete är orienteringen mot lokalsamhället framträdande.²⁵ Pseudo-liberon präglas av en mer inåtvänd praxis där vikten ligger enbart på relationsarbete och metoder är hämtade från sjukhuspraxis. Man har relativt få samarbetskanaler och upplever yrkesmässiga den ensamheten som betungande (tyngande).

4.2.2.2 Relations- och folkhälsomodellen

Två överordnade praxisformer kunde urskiljas i Hummelvolls studie: relationsmodellen och folkhälsomodellen. De intervjuade sjuksköterskorna befann sig i ett kontinuum mellan dessa. Den idealtypiska *relationsmodellen* karaktäriseras av en klar personorientering med fokus på den enskilde patientens sjukdom och funktionssvikt. Grundsynen präglas av en helhetssyn på relation och person, dvs. personen måste förstås som en

²³ En "libero" är den försvarsspelare som finns längst bak på en fotbollsplan, som har en friställd position och därigenom kan etablera samspel och oortodoxa allianser. Liberon kan röra sig över hela planen och varierar mellan anfallsspel och försvar.

²⁴ Antalet psykiatriska hälsoarbetare/psykiatriska sjuksköterskor har ökat betydligt de senaste åren efter att studien genomfördes. Dessutom har psykiatriska team etablerats i de norska kommunerna. Det arbetas aktivt med att få till stånd ett tvärdisciplinärt samarbete när det gäller frågor som är relaterade till psykisk hälsa.

²⁵ I en uppföljningsstudie fann Hummelvoll och Granerud (1996) att "liberorollen kunde nyanseras till att även innefatta *mediatorfunktionen*. Mediatorn betyder i detta sammanhang en person som har en sammanbindande funktion mellan olika parter som är involverade i planeringen av psykiatritjänster och i genomförandet av behandlingsuppläggning. Det som gör denna koordinerande och kontaktförmedlande funktion naturlig för psykiatriska sjuksköterskor är deras kännedom om lokalsamhället och patienterna samt sjuksköterskornas nära kontakt med specialistvården genom samarbetet avseende enskilda patienter (in- och utskrivningar).

helhet bestående av fysiska, psykiska, sociala och andliga dimensioner i samspel. Den förebyggande verksamheten knyts här till den enskilde patienten och delvis till patientens anhöriga (påstående). Syftet (hensikten) med arbetet är att hjälpa den enskilde till en bättre funktionsförmåga och att uppleva sin livssituation som meningsfull. Samhällsengagemanget var begränsat och hade liten påverkan på det praktiska arbetet. Den rena *folkhälsomodellen* har ett klart samhällsperspektiv och definierar förebyggande arbete som socialpolitik. Patienten förstås mot bakgrund av sin totala livssituation och interventionerna riktas mot grupp- och samhällsnivån. Folkhälsomodellen fokuserar på hälsa och på en utvidgad helhetssyn, som utöver den ”personliga helheten” placerar patienten i en större kontext, där patienten interagerar med och påverkar miljö- och samhälle. Följaktligen blev nätverksstrategier en central och integrerad del i arbetet. Arbetet delades upp mellan direkt och indirekt patientarbete, där det sistnämnda utgör den största delen genom att sjuksköterskan på olika sätt delar med sig av sin yrkeskunskap till andra. Syftet med folkhälsomodellen var att avdramatisera psykiatri och psykiska sjukdomar och att därmed stimulera befolkningens vilja och förmåga till att engagera sig i det förebyggande arbetet.

I en uppföljningsstudie blev bland annat patienter i samma kommun (n=54) ombad att utvärdera det psykiatriska omvårdnadsutbudet genom ett semistrukturerat frågeformulär (Hummelvoll & Granerud 1996). I patientens utvärderingar framhölls inte den psykiatriska sjuksköterskans specifika yrkesmässiga kvalifikationer, men däremot de kvaliteter som främjar goda relationer. Grundpositionen som hjälparen måste inta för att skapa en meningsfull kommunikation är den lyssnande hållningen som har en inbyggd vilja att förstå den andre. En sådan kommunikation ger grundförutsättningar för ett gott möte. Patientutvärderingen visade också att atmosfären i samtalet är viktig; den bör vara präglad av ro, vänlighet och humor. Det som befrämjar modet att visa sig som man är – med brister och förtjänster – är upplevelsen av att hjälparen har en accepterande och icke fördömande hållning. Att få ventilerat problem och se hopp i livssituationen verkar i sig själva avlastande, men det som skapar hopp om förbättring är att hjälparen öppnar nya perspektiv på en livssituation som upplevs som låst.

Sammanfattningsvis visade patienternas erfarenheter att de mest betydelsefulla komponenterna i individuell psykiatrisk omvårdnad i lokalsamhället var gemenskap (samvaro) och samtal med en förstående yrkesperson, som är tillgänglig i lokalmiljön, som bidrar med nya perspektiv på livssituationen, som pekar på möjligheter och stimulerar till nya problemlösningar som delvis baseras på undervisning. Effekten av ett sådant bemötande (tilnärmning) kan leda till stärkt självaktning, en justering av livsriktningen och en förbättrad funktionsförmåga.

4.2.2.3 Klient- och sjuksköterskerelationen i en ny kontext

Fler artiklar än den ovan redovisade har tagit fasta på att det finns begränsad kunskap om vad relationen mellan CPN och klienten²⁶ innebär och om hur klienterna upplever relationen till psykiatrisjuksköterskan. Några av de studier som har undersökt vårdrelationens innebörd ska närmare belysas.

O'Brien (2000) har undersökt relationen mellan CPN och klienter med allvarliga och långvariga psykiska störningar. Författaren menar att CPNs roll och funktion ofta reducerats till en uppsättning tekniker som inte motsvarar den komplexitet som finns i omvårdnadsarbetet. Syftet med studien var därför att få djupare förståelse för vad relationen innebar, det förhållningssätt sjuksköterskorna använde och det värde klienterna lade i relationen till sjuksköterskan. För att få en djupare och mer erfarenhetsbaserad förståelse valdes en hermeneutisk-fenomenologisk metod. Fem erfarna psykiatriska sjuksköterskor, specialiserade på att arbeta i lokalsamhället, och fem av deras patienter som hade långvariga och allvarliga psykiska sjukdomar intervjuades vid tre tillfällen. Intervjuerna inleddes med en öppen fråga, "Berätta om din relation med...", spelades in på band och analyserades. Sjuksköterskornas erfarenhet av relationen kunde sammanfattas som att vara närvarande, delaktig och skapa tillit för att underlätta övergången från att vara en patient till att vara en person i samhället. Sjuksköterskorna använde sig själva och sin kunskap i syfte att hjälpa klienten till att hitta ett bättre sätt att leva, ett bättre sätt att vara i världen. Från klienternas perspektiv innebar

²⁶ Barker och medarbetare (1999) menar att begreppet "person" bättre stämmer överens med den högst personliga innebörd psykisk ohälsa har, till skillnad från begreppen "klient", "patient" och "brukare" som de anser vara mer tekniska.

relationen både likheter och skillnader med andra terapeutiska relationer de hade erfarenhet av, men det praktiska och vardagsnära perspektivet och inramningen, d.v.s. den miljön där relationen utvecklades, gav andra dimensioner. O'Brien lyfter fram behovet av fortsatt forskning om förutsättningar för vårdrelationen i denna kontext, olika gruppers erfarenheter och vilka resurser som bäst främjar klienterna.

En liknande studie genomfördes av Hostick och McClelland (2002). Avsikten var även här att undersöka sjuksköterske-klientrelationen. En induktiv metod som byggde på samverkan mellan deltagarna (co-operative enquiry) användes. Två sjuksköterskor (CPN) och två klienter deltog i studien. De samlades vid fyra tillfällen för gemensam (felles) dialog om relationen och målsättningen var att gruppen skulle komma till konsensus vid varje tillfälle. Sammanfattningar gjordes från dialoggruppens möten och analyserades tematiskt. Sjuksköterske-klientrelationen innehöll samma karaktäristiska drag som varje meningsfull relation har men skilde sig från relationer klienten haft till andra professioner. Relationen som utvecklas över tid beskrevs som en positiv erfarenhet för båda. De centrala byggstenarna var ömsesidig tillit, känsla av välbefinnande, testning, respekt och känslighet för den andre. Olika dimensioner av relationen beskrevs i artikeln. Bland annat tydliggjordes skillnad mellan "care for" motsvarande grundvård som huvudsakligen gavs av sjukhuspersonal och "care about" som var mer terapeutisk till sin karaktär och som hörde ihop med arbete i lokalsamhället.

4.2.2.3.1 Humorn som verktyg

Struthers (1999) belyser hur humor kan användas som ett värdefullt redskap i vårdrelationen, men humor kan även innebära risker om den används på ett destruktivt sätt. Författaren menar att det är skillnad mellan att använda humor som ett instrument i en slutenvårdsmiljö jämfört med att använda humor i patientens hem. Artikeln har sin utgångspunkt i humorns betydelse för psykisk hälsa och välbefinnande. Studien, som var deskriptiv och explorativ, byggde på sju CPN's erfarenheter av att använda humor i interaktionen med klienter. Analysen visade att sjuksköterskorna uppfattade att humor var ett viktigt och användbart redskap i kommunikationen med klienter. Hur den användes hade att göra med sjuksköterskornas förmåga att ge humorn en personlig karaktär och hur mycket tid de tillbringade med klienten. Det handlade också om att

intuitivt känna när tillfället var lämpligt och att ha en insikt skapad genom reflektion över humorns del i relationen. Humor användes för att visa på olika aspekter av verkligheten och för att ge klienten en starkare känsla av normalt liv. Genom humor kunde sjuksköterskorna visa sig som person, vilket underlättade och stärkte relationen till klienten.

4.2.2.3.2 Tidsaspekten

Tiden har beskrivits som en betydelsefull faktor i psykiatrisk omvårdnad av Gibson (1994). Han menar att den tid som olika handlingar tillåts omfatta förmedlar ett budskap till patienten, utan att verbalt kommuniceras. I artikeln belyses olika aspekter av tid relaterade till psykisk hälsa och vård, bland annat värdet av att upprätthålla rutiner. För en patient innebar att "ta tiden i besittning" detsamma som att "ta kontroll över situationen", vilket i patientens fall var att kunna hantera hallucinationer. En annan dimension beskrev hur sjuksköterskans yrkesmässiga tidschema kan kollidera med klientens personliga tid, t ex när avtal om möten görs eller när läkemedel ska tas. När sjuksköterskan "ger av sin tid" förmedlas samtidigt till patienten vilket värde han/hon har som person och svårighetsgraden i den psykiska ohälsan. För en person som uppfattas ha mindre allvarliga problem kan till exempel besökstiden kortas ner och glesas ut för att slutligen upphöra. En person med sjuksköterskekontakt på grund av lång och allvarlig psykisk störning kan däremot få regelbundna och täta kontakter men kort tid varje möte. Uppfattningar om olika professioners tillgång och handhavande av tid belyses i relation till uppfattningar om yrkesstatus. Klienterna ansåg att läkarna hade "mindre tid att ge" och den därför var "dyrbar". Sjuksköterskorna hade mer tid att ge, vilket uppskattades även om deras status ansågs lägre. Författaren diskuterar tid i relation till medicinen, som traditionellt dominerat över allmänhetens tidsramar, eftersom medicinen anses som linjär, ordnad och enhetlig, som en del i en rationell, teknologisk verksamhet. Artikeln belyser ett område som är av stor vikt för psykiatriska sjuksköterskor att reflektera över i kontakten med personer med psykisk ohälsa och i planering av omvårdnad.

4.2.2.4Handledning, konsultation och "liaison"

Betydelsen av handledning för vårdpersonal inom öppen hälso- och sjukvård har dokumenterats av Magnusson, Lützen och Severinsson

(2002b). I denna studie som består av 660 respondenter (distriktssjuksköterskor, psykiatrisjuksköterskor och mentalskötare) hade 50,9 % handledning på sin arbetssituation, 8,6 % hade klinisk omvårdnadshandledning, 28,9 % handledning i psykiatriskt behandlingsarbete, 1,4 % psykoterapeutisk handledning och 6,2 % annan form av handledning. Resultatet visade signifikanta skillnader mellan de respondenter som erhöll handledning och de som inte erhöll handledning på sin arbetssituation. De som erhöll handledning kände sig säkrare i samband med beslutsfattande, de var säkrare i sin relation till patienten och de hade förvärvat en djupare insikt i betydelsen av trygghet för såväl patient som personal. De ansåg också att det var moraliskt riktigt att ta över ansvaret när det visade sig vara nödvändigt för patientens hälsa och att det råder ett jämlikt förhållande mellan patient och vårdpersonal då vården bedrivs i patientens hem. Effekter av handledning visar bland annat att handledning ökar vårdpersonalens förmåga att fatta beslut (Berggren & Severinsson 2000). Eftersom omvårdnadssituationer som rör patientens autonomi är vanligt förekommande i handledning, är det av särskild vikt att handledning erbjuds vårdpersonal i hemvård av personer med psykiska funktionshinder.

Roberts (1997) har undersökt "liaison"²⁷ i psykiatrisjuksköterskans yrkesfunktion och menar att det finns oklarheter i vad begreppet innebär. Han har därför gjort en litteraturgenomgång för att klargöra den kliniska och teoretiska bakgrunden och det specifika i funktionen. I USA beskrevs "psychiatric nursing liaison" av Peplau första gången 1964²⁸. Hon menade att yrkeskunnande från psykiatrisk omvårdnad skulle gagna patienter även inom den allmänna omvårdnaden. Det gällde särskilt inom kommunikation eftersom filosofin bakom vårdrelationen ursprungligen kom från psykiatriska sjuksköterskor. Under 70-talet blev det allt mer vanligt att psykiatriska sjuksköterskor började arbeta på olycksfallsavdelningar på sjukhus för att medverka i krisinterventioner och korttidsterapier. Det som ingick i funktionen var att

²⁷ Det är svårt finna ett lämpligt begrepp på svenska för "liaison". Enligt Nordstedts Svensk-Engelsk Ordbok betyder "liaison" förbindelse, samband, förhållande. Nordstedts Svensk-Franska ordbok översätter begreppet med sammanbindning, sammanhang, förbindelse.

²⁸ Peplau, H.E. (1964) Psychiatric nursing skills and the general hospital patient. Nursing Forum 3(2)28-37.

- vara konsult för omvårdnadspersonalen
- utbilda patientvårdlag
- ge direkt specificerad psykologisk hjälp till patienter och deras familjer
- vara expert på psykiatriska problem och reaktioner på sjukdom hos patienter och deras familjer
- förstå sambandet mellan fysiska och psykologiska tillstånd
- ha kunskap om systemteori och gruppprocesser
- skapa samverkan mellan olika discipliner

Funktionen, som beskrevs i USA som en subspecialitet inom psykiatrisk omvårdnad, krävde utbildning på masternivå.

I England introducerades motsvarande yrkesfunktion under 70-talet. Också där arbetade psykiatriska sjuksköterskor med krisintervention på akutmottagningar men särskilt med patienter som gjort självmordsförsök. Först 1989 beskrevs funktionen mer ingående och då som tidig krisintervention för patienter inom allmänmedicin och onkologi. Funktionen inkluderade däremot inte att vara konsult eller handledare för andra personalgrupper. En definition²⁹ var:

”The care, treatment, study and prevention of mental health problems in clients from non-psychiatric health-care settings is the dominant area upon which liaison mental health nurses focus”.

Roberts (a.a.) tydliggör skillnaden mellan konsultation och liaison. Konsultation innebär att lösa ett aktuellt problem och befrämja konsultantens möjligheter att klara av liknande problem i framtiden. Konsulten har inget ansvar för hur konsultanten genomför sitt arbete. Liaison innebär däremot en modell för regelbundet samarbete mellan personer av samma profession som gör det möjligt att inkorporera psykiatrisk omvårdnad och färdighet i teamet.

Författaren diskuterar skillnader och likheter mellan allmän omvårdnad och psykiatrisk omvårdnad som aktualiserats i samband med yrkesfunktionen som konsult. Trots att många författare framhåller olikheterna (se till exempel Mckenna et al 2000; Nolan & Hopper 2000; Godin 1996) menar Roberts att i ett nära samarbete mellan allmänsjuksköterskor och psykiatrisjuksköterskor tydliggörs den gemensamma holistiska grunden i all omvårdnad. Andra närliggande

²⁹ Tunmore, R. (1994) Encouraging collaboration. Nursing Times 90(20)66-67 p 4.

teoretiska perspektiv som används är stress, coping, adaptation och interaktionen mellan biologiska, psykologiska och socialantropologiska faktorer i hälsa och sjukdom (USA) och teori om krisintervention och problemlösning, psykoanalys och kognitiv teori (Storbritannien). Behovet av en specifik fortbildning för psykiatrisjuksköterskor i handledning och konsultation framhålls.

Från Australien rapporteras andra funktionsområden för psykiatrisjuksköterskor som ligger nära den konsult- och liaisonfunktion som ovan beskrivits. Soltis-Jarret (1995) beskriver ett projekt där en klinisk specialist i psykiatrisk omvårdnad gjorde det möjligt att uppnå en mer holistisk bedömning av äldre personers behov av vård. Psykiatrisjuksköterskan knöts till ett team som arbetade med bedömning av äldres vårdbehov inom primärvården, bestående av distriktssköterskor, socialarbetare, arbetsterapeuter, talpedagoger och sjukgymnaster. Genom att tillämpa "reflekterande praxis", observation och deltagande samt ett holistiskt synsätt kunde psykiatrisjuksköterskan upptäcka fler behov hos patienten, anhörigvårdare och familj. Särskilt emotionella och andliga behov framkom vilka tidigare saknades som underlag för teamets beslutsprocess eftersom dessa behov uppfattades svåra att bedöma och hantera. Det var också svårt för teamet att upptäcka depression, ångest och personlighetsförändringar hos den äldre. Författaren menar att reflekterande praxis visade sig vara en väl fungerande modell för sjuksköterskans arbete eftersom den involverar såväl tidigare yrkeserfarenheter som teoretisk kunskap. Modellen skapade en ram för psykiatrisjuksköterskans omvårdnadsarbete som omfattade klientcentrerad konsultation, råd och rekommendationer som underlag för teamets beslutsprocess samt att utbilda anhörigvårdare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal i området.

4.2.2.4.1 Psykiatrisk konsult i primärvård

Harmon, Carr och Lewin's artikel (2000) har sin utgångspunkt i ett projekt som syftade till att undersöka hur psykiatriska sjuksköterskors funktion kunde användas i primärvården som ersättning för psykiatrikerkonsultationer. Två erfarna CPN anställdes vid åtta vårdcentraler för att samverka med 23 allmänpraktiserande läkare. Deras uppgifter var att på remiss från läkaren göra bedömningar av patienter och lämna feedback till läkaren, bedriva rådgivning och korttidsterapi med patienter som läkaren

inte ville eller kunde åtaga sig, vara patientens kontaktperson tillsammans med läkaren samt ha en handledande och samordnande funktion (liaison) relaterad till kommunikation, samordning av behandling och överföring mellan allmänläkaren och andra vårdgivare. Studien utvärderades med hjälp olika instrument som inriktades på demografiska och diagnostiska data om patientgruppen samt allmänläkarnas tillfredsställelse med servicen.³⁰ Resultatet uppfattades som övervägande positivt. Vissa grundläggande förutsättningar för sjuksköterskornas arbete framkom: betydelsen av att läkaren kunde lita på sjuksköterskans bedömning och kompetens, att tillgängligheten till sjuksköterskan var hög, att läkaren fick aktuell information om behandlingens fortskridande, att sjuksköterskan samlade relevant information från olika källor som underlag för beslutsfattande samt att sjuksköterskan formulerade och förhandlade fram vårdplaner och målsättningar med patient och anhöriga. Några av projektets fördelar belyses särskilt. De var till exempel att fler patientgrupper med högre grad av sjuklighet och kronicitet bedömdes och vårdades än tidigare, att ett större antal psykiatriska patienter kunde få vård inom primärvården och att allmänläkaren därmed kunde behålla sin centrala roll i patientens vård samt att psykiatriertid därmed kunde begränsas. Även i en annan studie som belyser psykiatrisjuksköterskans arbete i primärvården (Shears & Coleman 1999) framkom att i stort sett alla distriktsläkare ville ha direkt samverkan med psykiatrisjuksköterskor och inte gå via remittering till psykiatriker. De flesta (70%) menade att primärvården skulle vara basen för psykiatrisjuksköterskans arbete.

4.3. Psykisk ohälsa eller psykiatrisk sjukdom?

Utvecklingen av psykiatrisk omvårdnad och psykiskt hälsoarbete i lokalsamhället har lett mot ett vidgat arbetsfält utanför den traditionella psykiatrin. Det gällde inte minst inom primärvården och arbete med andra grupper än de svårt psykiskt sjuka. Följden blev omfattande diskussioner om var fokus i psykiatrisjuksköterskans arbete skulle ligga: hälsofrämjande arbete och primärpreventivt arbete med barn, ungdomar och vuxna; sekundär prevention med personer med depression och ångest eller tertiär

³⁰ Ingen rapportering ges om sjuksköterskornas och patienternas erfarenhet av projektet undersöktes (jfr Tilley & Ryan 2000 – utvärdering görs från olika perspektiv och med olika syften). Vad var det underliggande syftet här? Allmänpraktiserande läkare i Australien är ofta privatpraktiserande. Kan det vara av ekonomiskt intresse att anställa sjuksköterskor i stället för psykiatriker som konsulter?

prevention med allvarligt och långvarigt sjuka personer som skrivits ut från psykiatriska institutioner.

4.3.1 Hälsöfrämjande arbete - eller primär, sekundär och tertiär prevention?

Övergripande policydokument från hälsodepartementet i Storbritannien liksom forskare inom omvårdnadsområdet, psykiatriker och kliniskt verksamma menade att målgruppen primärt skulle vara de svårt och långvarigt psykiskt sjuka, företrädesvis personer med psykosproblematik. Andra, inte minst allmänläkare i primärvård och CPN själva, menade däremot att psykiatrisjuksköterskornas arbete skulle vidgas och inriktas även på andra grupper. Det gällde till exempel att förebygga psykisk ohälsa hos riskgrupper, krisintervention, psykosocialt stöd till icke-psykotiska personer och att detta skulle ske inom ramen för eller i nära samverkan med primärvården. Inriktningen mot ett vidgat funktionsområde ledde till en stark kritik. Man menade att sjuksköterskorna övergav de svårast sjuka för att ägna sig åt en ”kostsam lyxverksamhet” som gav dem själva högre grad av arbets-tillfredsställelse. Kortare samtalskontakter med personer med lättare ångest och depressionsproblematik ansågs mer lockande än det tunga, långvariga och ofta otacksamma arbetet med att hjälpa och stödja psykotiska personer i deras dagliga liv. Att använda psykiatrisjuksköterskornas kompetens till icke-psykotiska personer inom primärvården tycktes som ett slöseri med resurser som dessutom ledde till att psykiatrisjuksköterskornas specifika kunskap hotade att gå förlorad (Bowers 1997; Hannigan 1997).

Av Shears och Colemans (1999) litteraturgenomgång framkommer att endast en av fem schizofrena patienter hade kontakt med en psykiatrisk sjuksköterska ute i lokalsamhället. Vissa psykiatrisjuksköterskor hade inte kontakt med någon schizofren patient vilket sågs som en följd av att målgrupp och arbetsfält vidgats. Engelska massmedia tog en aktiv roll i debatten och rapporterade om våldsamma händelser med tragisk utgång där personer med svåra psykiska störningar lämnats utan hjälp och stöd. För att möta samhällets sammantagna behov av psykiatrisk vård, både från de svårt sjuka och från den allmänna befolkningen, skapades lokala multidisciplinära team för psykiskt hälsoarbete där psykiatriska sjuksköterskor, socialarbetare, läkare och psykologer ingick (Shears och Coleman a.a.).

I dokumentet "Community Psychiatric Nursing" utgivet av Royal College of Psychiatrists (1997) beskrivs tre övergripande yrkesfunktioner för CPN: 1. Bedömning av patienter inom olika kontexter som t ex hemmet, vårdcentralen, öppenvårdskliniker, härbärgen, olycks- och akut-mottagningar och dagcenter. 2. Behandling och administrering av läkemedel, stödsamtal, rådgivning, kognitiv terapi och familjeterapi. 3. Liaison som här avser en samverkande funktion mellan olika vårdformer inom psykiatri, allmän hälso- och sjukvård och sociala serviceenheter, handledning av kollegor och annan vårdpersonal. I dokumentet betonas betydelsen av att psykiatrisjuksköterskorna fokuserar sin omvårdnad på patienter med långvarig psykiatrisk sjukdom så att de knappa resurser som finns för denna grupp tillvaratas på bästa sätt. Psykiatrisjuksköterskornas fokusering på personer med depression och ångest inom primärvården ifrågasätts. Här betonas även behovet av att klargöra de olika kompetensområden som finns för psykiatrisjuksköterskor verksamma inom lokalsamhället. Specialisering är, enligt dokumentet, av särskild vikt för sjuksköterskor som ska arbeta med äldrepsykiatri, rättspsykiatri, rehabilitering och med personer med förståndshandikapp.

En genomgång av den forskning som rapporterats under 90-talet (Hannigan, 1997) visar att behovet var stort av psykiskt hälsoarbete och psykiatrisk kompetens inom primärvården. Det gällde att dels upptäcka otillfredsställda psykiska behov hos patienterna, dels att identifiera tidiga tecken på psykisk ohälsa som krävde snabbt ingripande och psykiatrisk specialistvård. Andra professioner inom primärvården hade inte den tid eller kompetens som krävdes och patienterna förväntade sig inte heller att kunna ta upp psykiska problem, få rådgivning eller andra interventioner av psykiatrisk karaktär när de sökte till primärvården, som sammankopplades med kroppslig ohälsa. I de studier som Hannigan granskade framkom att såväl patienterna som allmänläkarna var tillfredsställda med psykiatrisjuksköterskornas arbete.

Behov av fortsatt och fördjupad forskning för att utveckla specifika interventioner och evidensbaserad psykiatrisk omvårdnad inom primärvården framkom i de granskade studierna.

Tilley och Ryan (2000) har granskat en rad studier om betydelsen av psykiatrisk omvårdnad i primärvården (kommunehelsetjenesten). I dessa

studier beskrevs värdet av psykiatriska sjuksköterskors arbete mycket motsägelsefullt/tvetydigt. I vissa studier framstod omvårdnadsinterventioner som mer effektiva än t ex distriktsläkarens behandling, i andra studier framkom motsatsen. Vissa belägg fanns för att CPN reducerar behovet av distriktsläkare och därmed spar resurser inom primärvården medan andra studier visade på motsatsen. Författarna menar att resursfördelning är ett dolt (skjult) men övergripande syfte (hensikt) i många av dessa studier. De många perspektiv som finns inom området psykiskt hälsoarbete innebär att olika discipliner definierar effektivitet olika. Tilley och Ryan menar därför att studier som vill visa en viss professions grad av effektivitet kan förstås som ett spel mellan olika professioner i syfte att vinna makt och inflytande över området. Det är således viktigt att vara medveten om vilket perspektiv och vilken diskurs gällande effektivitet som evalueringsstudier utgår ifrån. Men, som tidigare beskrivits, kan även krafter inom en och samma disciplin som psykiatrisk omvårdnad ha olika intressen och definiera värde och effektivitet olika.

Bowers (1997) ville närmare undersöka den nya målgruppen av icke-psykotiska patienter som CPN arbetade med inom primärvården och vilken omvårdnad psykiatrisjuksköterskorna erbjöd dem. Han fann att de flesta av patienterna led av ångest och depression, i vissa fall med allvarlig suicidrisk. Där fanns även personer som drabbats av livskriser och personer med alkoholberoende, hallucinationer, ätstörningar och tvång. Kontakten varade i genomsnitt ett år och tio månader och innefattade att följa patienten genom vårdkedjan, kontinuitet, "liaison" och hänvisning till andra psykiatriska eller icke-psykiatriska verksamheter. I arbetet ingick även att bedöma och följa patienters psykiska hälsotillstånd och medicinering samt att ge praktisk hjälp och stöd i svåra livssituationer. I de fall regelbunden samtalskontakt förekom inriktades den på beteendebaserad intervention som t ex kognitivt förhållningssätt relaterat till ångesthantering eller problemlösning samt på rådgivning i samband med äktenskapsproblem, sorgearbete samt vålds- och övergreppssituationer. Bowers menar att den patientgrupp som i debatten omnämns som de "bekymrade friska" är vid närmare granskning personer som på grund av sin psykiska ohälsa är starkt begränsade i sina möjligheter att leva ett fullgott liv relaterat till arbete, sociala aktiviteter och familjerelationer. De är i stort behov av en kompetens som vanligtvis inte kan ges inom primärvården om inte psykiatrisjuksköterskor finns tillgängliga. I

kontakten med psykiatrisjuksköterskan är det patientens perspektiv och livssituation som fokuseras snarare än en psykiatrisk diagnos.

4.3.2 Vem är patienten?

4.3.2.1 Barnen, familjerna och de äldre

Betrus och Hoffman (1992) visade på behovet att utvidga målgruppen ytterligare till att gälla hälsofrämjande arbete med barn och ungdomar genom att fokusera riskfamiljer. Mellon (1993) beskriver psykiatriska sjuksköterskor som experter på att bedöma och ge omvårdnad till individer och familjer med multipla problem. Hon fokuseras hela familjen som målgrupp för prevention och beskriver tre typiska fall som visar på komplexiteten och mångfalden i psykiatrisjuksköterskors arbete i hemsjukvård. De långvarigt sjuka behöver kontinuitet i form av hembesök över längre tid för att få det stöd de behöver, bli bedömda i sin hemmiljö, och patienten såväl som dennes familj behöver information och kunskaper om sjukdomen. Vid psykosociala kriser, som när ett barn drabbas av svår kronisk sjukdom, behöver hela familjen stöd, utbildning och hjälp att ändra vanor i det dagliga livet. Genom att komma in i familjen i ett akut skede kan interventioner fungera som prevention mot psykisk ohälsa hos samtliga i familjen. Genom samarbete stärks självaktning och egenkontroll (empowerment) både hos patienten och dennes familj. I familjearbetet kan CPN fungera som handledare för andra professioner, t ex andra sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster som är involverade i patientens vård. Mellon framhåller betydelsen av att CPN ska se hela människan i sin situation, inte bara de psykiska och sociala utan även de fysiska hälsobehoven.

4.3.2.2 Personer med akut psykisk ohälsa

I syfte att stödja människor med akuta psykiska problem och förhindra eller förkorta sjukhusinläggning genomfördes ett projekt i England (Glenister 1993). En stödgrupp som leddes av sjuksköterskor träffades regelbundet tre gånger per vecka under 4 till 6 veckor. Grupperna fokuserade på "här och nu-" interaktionen i gruppen med inriktning på problemlösning, kommunikation samt skapande och fysiska aktiviteter. Resultatet byggde på demografiska och diagnostiska data från 75 klienter som deltog i gruppverksamheten under 9 månader. Deltagarnas ålder var

20-50 år och merparten var män (60 %). Depression var den vanligaste formen av psykisk ohälsa hos deltagarna men även ångesttillstånd, personlighetsstörningar, mano-depressiv sjukdom och schizofreni förekom. Remittering (henvi sning) skedde huvudsakligen från allmänläkare, multidisciplinära team inom primärvården och från sjukhuset. Resultaten indikerar att stödgrupperna har varit ett gott alternativ till sjukhusinläggning och att terapeutiska grupper av detta slag utgör en av de grundläggande metoderna inom psykiatrisk omvårdnad.

4.3.2.3 Personer med långvariga psykiska störningar

En omfattande del av forskningen fokuserar på personer med långvariga och allvarliga psykiska störningar som ska integreras i samhället och då behöver hjälp att leva ett ”normalt” och värdigt liv. Det gäller framför allt personer som fått diagnosen schizofreni.

4.3.2.3.1 Schizofrena patienter och deras familjer

Ett flertal artiklar inriktas på psykiatrisjuksköterskans sekundär- och tertiärpreventiva interventioner och omvårdnadshandlingar inriktade på personer med långvarig och allvarlig psykisk sjukdom men också med deras anhöriga (på rørende). Thomas (1992) menar att psykiatrisjuksköterskorna har en viktig uppgift att fylla när det gäller kontinuitet för patienten t ex i samband med in och utskrivning från sjukhus. De har även en viktig uppgift i att planera och utveckla olika resurser i lokalsamhället som t ex dagvård, öppna mottagningar, uppsökande team och familjestöd för personer med allvarliga psykiska störningar.

Warren (1995) har undersökt vad sjuksköterskor gör för att förhindra återinsjuknande hos kroniskt sjuka patienter och funnit att uppföljning är av största betydelse. Fyra principer beskrivs för en meningsfull och effektiv uppföljning: 1. Planerad, systematisk och återkommande bedömning för att tidiga tecken på återinsjuknande ska kunna upptäckas. Författaren menar att denna bedömning bör ske regelbundet med två veckors intervall om återinläggning ska kunna förhindras. 2. Fokus på akut stress som utlöses av t ex sorg eller andra traumatiska kriser och möjlighet till krisintervention även på kvällar, nätter och helger. 3. Fokus på kronisk stress med målsättningen att förbättra sociala funktioner. Författaren menar att personer som har svårigheter att klara av vardagslivet löper stor risk att

drabbas av kronisk stress. Det kan ha sin grund i bristande livsfärdigheter, störda familjerelationer och att bli föremål för kritik, överengagemang och fientlighet från familjemedlemmars sida, dvs i familjer med hög nivå av känslomässig stress (expressed emotion)³¹. 4. Medicinering för att förebygga eller kontrollera tidiga symtom på återinsjuknande. Warrens studie syftade till att undersöka sambandet mellan återinläggning på psykiatrisk klinik för personer med kronisk psykisk sjukdom, uppföljning, patientens diagnos och sjukdomens svårighetsgrad. Studien var retrospektiv och byggde på 133 personer, de flesta med diagnosen schizofreni, som följdes upp 12 månader efter utskrivning. Resultatet visade att antalet återinläggningar påverkades varken av patientens diagnos eller sjukdomens svårighetsgrad men var signifikant lägre om patienten fått fullständig uppföljning, det vill säga uppföljning relaterad till de fyra redovisade punkterna ovan. Analysen visade också att uppföljning baserad på systematisk och återkommande bedömning samt fokusering på kronisk stress var mer betydelsefulla för att förhindra återinsjuknande än fokusering på akut stress och medicinering. Författaren framhåller betydelsen av att sjuksköterskorna har nödvändiga resurser för att genomföra interventioner som är planerade, återkommande och fokuserade på att reducera olika former av stressfaktorer i patientens liv.

I ett flertal artiklar har Brooker och Butterworth (1991, 1993) rapporterat om hur återinsjuknande och återinläggning ska kunna reduceras för personer med schizofreni. De fokuserar särskilt på psykosociala interventioner där utbildning av den schizofrena patientens familj har en central betydelse. I allt större utsträckning bor personer med schizofreni i eget boende eller tillsammans med sin familj. Författarna refererar till en rad olika undersökningar som beskriver de svårigheter som anhöriga då upplever. Det är påkänningar av psykisk karaktär i form av ångest, depression, skuld och sorg men också belastningar av social karaktär som kan innebära att familjen isolerar sig, drar sig tillbaka från socialt liv och att kommunikationen avtar såväl inom som utom hemmet. Även somatisk ohälsa är vanligare hos dessa anhöriga. Det har visat sig att anhörigvårdares utsatthet och svårigheter i hög grad påverkar risken för återinsjuknande och återinläggning hos den schizofrene personen. Författarna refererar till den forskning som gjorts kring begreppet

³¹ För en mer djupgående beskrivning av begreppet expressed emotion hänvisas till Hummelvoll 2001.

expressed emotion. De behov som familjemedlemmar uttryckt är att få kunskap om sjukdomen schizofreni för att bättre kunna förstå sin närstående och den behandling sjukdomen kräver.

Författarna ser psykiatrisjuksköterskan som en naturlig resurs när det gäller psykosociala interventioner relaterat till personer med schizofreni som lever i lokalsamhället. Ett skäl är att hon/han har regelbunden kontakt med patienten i samband med administrering och kontroll av biverkningar i samband med depå-neuroleptikabehandling. Forskning har visat att de anhöriga ofta inte involveras. Författarna framhåller betydelsen av att psykiatrisjuksköterskor inriktar sitt arbete på de svårt och långvarigt sjuka i samhället, tillsammans med deras familjer. Grundläggande komponenter för psykosocial intervention är enligt Brooker (1990):

- djupgående bedömning av familjens och klientens liv tillsammans
- utbildning om sjukdomen för både anhöriga och patient om så är lämpligt
- utformning av stresshanteringsprogram
- aktiv uppmuntran att fullfölja neuroleptikabehandling så länge det är befogat
- systematiskt tillgodoseende av alla familjemedlemmars behov
- skapandet en arbetsallians mellan anhörigvårdare, klient och terapeut

Brooker och Butterworth (1993) har utvecklat, prövat och utvärderat effekten av en modell för utbildning av psykiatriska sjuksköterskor i att genomföra psykosocial intervention till anhöriga som bodde tillsammans med en närstående med schizofreni. Målgruppen omfattade åtta sjuksköterskor, 48 familjer och en kontrollgrupp. Utbildningen omfattade 17 dagar fördelade på sex månader med föreläsningar, rollspel, feed-back på videoinspelningar och genomförda kliniska sammankomster med familjer. Innehållet var genomgång av stress och sårbarhetsmodellen för schizofreni samt träning i bemötande, bedömning, utbildning, kommunikation och problemlösning relaterade till familjebehandling och läkemedelsbehandling, krisintervention, sociala färdigheter och bemötande vid depression och ångest. Analysen omfattade mätning av sjuksköterskornas inställning till schizofreni, deras färdigheter, specifika aspekter relaterade till deras arbete och samverkan med andra professioner. Inställningen till schizofreni förändrades inte nämnvärt under

utbildningstiden utom att de i högre grad började värdera beteendeterapi som lämplig grund i sitt förhållningssätt. Alla hade nått de uppställda kunskapsmålen efter avslutad utbildning. Antalet klienter per CPN förändrades inte över tid men den tid han/hon tillbringade med klienten och dennes familj ökade jämfört med kontrollgruppen. Reaktionen på psykiatrisjuksköterskornas psykosociala arbetssätt varierade hos medarbetare: för vissa framstod det som en tillgång, t ex psykiatriker och psykologer, medan andra kände sig hotade av det nya arbetssättet. Författarna menar att studien visade hur psykosocial intervention kan läras ut till psykiatriska sjuksköterskor och att psykosocial intervention förbättrar livskvalitet hos både den schizofrena klienten och dennes anhörigvårdare.

4.3.2.3.2 Hälsofrämjande arbete med schizofrena långtidssjuka patienter

Att personer med psykiska sjukdomar kan uppleva hälsa och välbefinnande är en aspekt som inte fått stort utrymme i litteraturen. Beyne, Brown, Voorberg och Shofield (1994) bygger sin studie på att personer med psykiatriska sjukdomar har en hög prevalens av oupptäckta medicinska sjukdomar. Därför finns det ett behov av att utveckla hälsofrämjande program som inriktas på helhetstänkande och välbefinnande och som stärker målgruppens möjligheter att själv ta ansvar för sin hälsa och livsstil. Ett program genomfördes med nio män i åldern 25-45 år, de flesta med diagnosen schizofreni, som bodde i lägenhetshotell i kommunen. Programmet inriktades på sammankomster med utbildning om välbefinnande, fysisk aktivitet och gymnastik samt rökavvänjning. Olika angreppssätt användes för att förbättra individuellt deltagande. Ett var att utveckla programmet utifrån målgruppens önskemål och idéer. Ett annat sätt var att vid enskilda samtal med var och en formulera personliga målsättningar. Dessutom följdes och belönades såväl gruppens som enskilda individers framgångar. Studien visade att målgruppen deltog i projektets sammankomster därför att de tyckte det var trevligt att umgås och träffa varandra och andra utanför boendet. Särskilt välbesökta var de möten som handlade om välbefinnande. De mål som initialt sattes upp för gymnastik visade sig vara orealistiska och flertalet av männen kunde inte eller ville inte delta i fysisk aktivitet av den omfattningen som kunde förväntas påverka den fysiska hälsan på lång sikt. När det gällde rökavvänjning hade deltagarna minskat antalet cigaretter de rökte per dag.

Författarna menar programmets uppläggning motsvarar omvårdnadens fokus på hälsa som en resurs i dagligt liv, identifierar och grundar sig i deltagarnas personliga resurser och tillgodoser gemensamma behov hos målgruppen.

4.3.2.3.3 Bedömning av vårdbehov hos personer med allvarliga sjukdomar

Bedömning av klientens eller familjens behov har varit en central fråga i några av de ovan redovisade studierna. Ett instrument för behovsbedömning för att förbättra vården för svårt psykiskt störda har beskrivits av Lockwood och Marshall (1999). Programmet är en utveckling av det vårdprogram (Care Programme Approach, CPA) som regelmässigt används av psykiatrisjuksköterskor i England och Wales men som visat sig ha brister i att upptäcka och bedöma sårbara gruppers behov. Författarna ville tillämpa och utvärdera en mer behovsbaserad teknik för psykiska och sociala behov hos svårt psykiskt sjuka. Med utgångspunkt från en standardiserad behovsbedömning och feed-back var avsikten med dataprogrammet att identifiera klientens behov och presentera en lista med olika förslag på lämpliga interventioner samt att ge hänvisning till frivilliga och offentliga organisationer i lokalsamhället som skulle kunna medverka till att tillfredsställa behov. Pilotstudien visade att programmet bidrog till signifikanta förbättringar när det gällde att identifiera otillfredsställda behov hos klienten, minskade ångest- och depressionssymtom, förbättrad social funktion och negativa psykiatriska symtom. Författarna menar att programmet kan förbättra kvalitet i omvårdnadsbedömning och vårdplanering inom ramen för CPA.

4.3.2.3.4 Personer med borderlineproblematik

Utvärdering av psykiatrisk vård kan genomföras på olika sätt men framstår ofta som svår att tolka. Nehls (1994) visar en metod för utvärdering av ett vårdprogram med planerad korttidsinläggning på sjukhus för personer med borderlinestörning. Syftet med studien var att analysera psykiatriska sjuksköterskors och annan vårdpersonals erfarenheter av vårdprogrammet. En fenomenologisk-hermeneutisk ansats valdes och kvalitativa intervjuer genomfördes med 13 personer; fem arbetade på sjukhuset och åtta i ett psykiskt hälsocenter i lokalmiljön. Analysen av intervjuerna bildade ett mönster som beskrevs som "hjälpandets paradoxer" och sammanfattades i två teman: "kontrollerad empowerment" (controlling empowerment) och "beordrad omsorg" (mandated caring) vilket fokuserar vårdens och

vårdandets motsägelsefullhet. Under varje tema beskrevs komplexiteten i vården av dessa patienter. Författaren menar att genom att undersöka dessa paradoxer erhöles kunskap om vilka delar av vårdprogrammet som skulle utökas, vilka som skulle tas bort och vad som skulle bevaras.

4.3.2.4 De äldre

En service speciellt inriktad på de äldre kom att bli den första specialiteten i England inom CPN. Specialiteten, som startade 1954, utgjorde under 80-talet den största inriktningen inom psykiatrisk omvårdnad i lokalsamhället (Hughes 1992). I rapporteringen av den forskning som inriktats på de äldre är det psykisk hälsa och depression samt olika aspekter på omvårdnad vid demens, med särskilt fokus på anhörigas situation och deras betydelse som informella vårdare, som fokuseras.

4.3.2.4.1 Psykisk hälsa och depression

I syfte att få djupare förståelse för psykiska fenomen hos äldre genomfördes två studier av äldre kvinnors levda erfarenhet av psykisk hälsa (Hedelin & Strandmark 2001a) och depression (Hedelin & Strandmark 2001b). Utifrån fenomenologisk ansats genomfördes intervjuer med äldre kvinnor rörande psykisk hälsa (n=16) och depression (n=5). I en djupare analys av dessa fenomen tillsammans, där psykisk hälsa och ohälsa betraktades som ett kontinuum (Hedelin & Jonsson 2003), framstod ömsesidighet i kvinnornas relation till sig själva och i deras relation till andra som ett centralt fenomen. Ömsesidighet innebar i denna studie ömsesidigt beroende och påverkan i relationen till andra och den egna självbilden. När kvinnornas värde och självaktning bekräftades i relationen till sig själva och andra framstod psykisk hälsa som en uppåtstigande spiral mot välbefinnande och hälsa. När kvinnornas värde och självaktning kränktes i relation till sig själv och andra resulterade det i en nedåtgående spiral mot depression och ohälsa. Denna ömsesidighet kunde förstås som en ständigt närvarande "bakgrundsmusik" i kvinnornas liv.

När det gäller psykisk ohälsa hos äldre har demens fått en framträdande plats i litteraturen även om depression är ett vanligare hälsoproblem i denna åldersgrupp. Hughes (1992) har jämfört prevalensstudier av depression och demens och funnit att det är svårt att få en klar bild över omfattningen av dessa tillstånd. En uppskattning är att prevalensen för

demens är ca 5 % medan motsvarande siffra för depression är 10-18 % beroende på definitioner, urval och mätinstrument. Depression hos äldre anses vara ett område som inte upptäcks på grund av stereotypa föreställningar hos både de äldre själva och vårdpersonal och innebär negativa attityder, förhållningssätt och värderingar. Det leder till att äldre med depressiva problem inte får den behandling de behöver. Det är därför viktigt att uppmärksamma de behov av vård som finns hos äldre med depressiva besvär. Hughes har funnit att det finns lite rapporterat om CPNs arbete med äldre personer med depression. Hon fann däremot litteratur inom närliggande områden som kan användas av psykiatrisjuksköterskan som underlag i arbetet med bedömning och planering av vård, utbildning och samverkan med andra professioner, screening, primärprevention och psykoterapi för äldre deprimerade.

Ett område som Hughes speciellt studerat är Becks kognitiva terapi och om den kan vara till hjälp för deprimerade äldre personer. Hon fann i en genomgång av såväl kvantitativa som kvalitativa studier att kognitiv terapi kan användas både individuellt och i grupp med äldre deprimerade patienter. Effekten av kognitiv terapi kan jämföras med effekten av annan korttidsterapi av psykodynamisk art. De tekniker som beskrivits i fallstudier är bland annat informationsgivning, utmaning av orealistiska antaganden, problemlösning, konfrontation, påståendeträning och aktivitetsplanläggning. Förslag ges i artikeln på hur kognitiv terapi kan anpassas till de äldres specifika behov och funktionsnivå. Författaren menar att kognitiv terapi kan användas av psykiatrisjuksköterskor och bidra till en bättre vård av äldre med depression.

I en studie av Blanchard, Waterreus och Mann (1999) undersöks effekten av hembesök hos deprimerade patienter. Studiens uppläggning bestod av att en psykiatriker bedömde patientens tillstånd. Utifrån det underlaget upprättade ett multidisciplinärt team en individuell plan med olika aktiviteter inkluderande läkemedelsbehandling samt psykologiska, fysiska eller sociala aktiviteter. En forskningssjuksköterska, som arbetade nära teamet och patientens allmänläkare, hade som uppgift att realisera vårdplanen. Det skedde genom hembesök en timme varje vecka under tre månaders tid hos deprimerade äldre som ingick i interventionsgruppen (n=35). Planen diskuterades med den äldre och dennes allmänläkare. Kontrollgruppen (n=29) fick sedvanlig behandling hos allmänläkaren. En

uppföljande studie visade att skillnad mellan interventions- och kontrollgruppen kvarstod efter 6-23 månader, särskilt relaterad till psykologisk intervention. Författarna menar att nyttan av interventionen visar behovet av att kunskaper från specialistvården³² överförs till primärvården för att denna stora och glömda patientgrupp ska uppmärksammas. Ett förslag är att personal från psykiatriska team arbetar tillsammans med och utbildar allmänläkare och primärvårdspersonal.

4.3.2.4.2 Flerdimensionellt perspektiv på demensomvårdnad

Adams har i ett flertal artiklar beskrivit egen och andras forskning kring demens och demensvård. Adams (1996a) har undersökt psykiatrisjuksköterskornas arbete med äldre dementa patienter. Sjuksköterskans arbete beskrivs som tvådelat där den ena strategin riktas mot patienten och den andra strategin inriktas mot att ge stöd och hjälp till anhörigvårdaren. För båda strategierna framstod arbetet som en process bestående av följande faser:

1. Bedömning
2. Planering
3. Genomförande av omvårdnadshandlingar som tillsyn, uppföljning, förmedling av kontakter och rådgivning samt information
4. Avslutning.

Adams menar att familjeorienteringen har dominerat den psykiatriska omvårdnadsforskningen om demens. Det är särskilt den primära informella anhörigvårdaren som fått stort utrymme medan den äldre som drabbats av demens ofta kommit i bakgrunden. Han refererar till olika modeller som belyser de anhörigas situation. I stress och coping-modellen beskrivs anhörigvårdarens "objektiva börda" som har sin grund i de beteendeförändringar som demensutvecklingen medför hos den drabbade personen. Den "subjektiva bördan" relaterar till de anhörigas emotionella reaktioner som stress, utbrändhet, depression och ångest. För att hantera dessa påfrestningar finns olika strategier hos anhörigvårdarna exempelvis att försöka bagatellisera bördan, att finna en mening i situationen eller att få bukt med sina egna emotionella reaktioner. En annan infallsvinkel är den kunskap som finns om känslomässig stress som belyser familjesituationen när en medlem har schizofreni. Olika studier visar att teorin om

³² Oklart vilka specialistkunskaper som avses, psykiatrikerns, det multidisciplinära teamets eller sjuksköterskans. Det framgår inte heller vilken specialitet sjuksköterskan hade.

känslomässig stress (expressed emotion) kan vara en värdefull kunskapskälla även i kontakten med informella anhängvårdare och familjer där en medlem är dement. Förlust- och sorgemodeller liksom vårdprocessmodeller har också varit infallsvinklar till familjeorienteringen av psykiatrisk omvårdnad (Adams 1996b).

Adams (1998) är kritisk till den starka fokuseringen som gjorts av anhängvårdare och deras situation. Han menar att tonvikten på ”vården av vårdarna” får som följd att klienten glöms bort och görs maktlös och avpolitiserad. Även andra familjemedlemmar, de som inte identifieras som den primära informella vårdaren, kommer i bakgrunden. Författaren diskuterar biomedicinska och psykosociala modeller som visserligen lyfter fram det individualistiska och personlighetsmässiga perspektivet hos den som drabbats av demenssjukdom men som däremot förbiser familjen och demensvårdens sociopolitiska kontext.

Mot denna bakgrund utvecklar Adams ett nytt sätt att se på demens och demensvård som bygger på de tidigare nämnda teoretiska grunderna. Perspektivet belyser interpersonella relationer mellan personer och betydelsen av språket och dess användning i konstruktionen av demens och demensvård. De centrala utgångspunkterna är:

1. Tre parter är involverade i vården av personer med demens: den demensdrabbade, familjen och det formella vårdssystemet.
2. Demens och demensvård som socialt fenomen är konstruerade genom användning av språket och språkliga uttrycksätt.
3. Språkliga uttrycksätt påverkar identitet och känsla av identitet hos personer med demens och deras vårdare vilket bidrar till den sociala konstruktionen av demens och demensvård.
4. Vården av den demensdrabbade måste ses som en tillfällig period i livet, som framträder mot bakgrund av den livslånga interaktion som personen har tillsammans med sin familj och som medverkar till konstruktionen av sociala fenomen.
5. Språkliga uttrycksätt skapas i ett brett socialt sammanhang och överförs vid social gemenskap och medicinsk vård.
6. Alla beskrivningar och redogörelser som ges av personer med demens, deras familjemedlemmar och vårdpersonal reflekterar individuella

tolkningar av situationen. Det finns ingen "rätt" beskrivning. (Adams 1998, sid. 618)

Adams (2000) vidareutvecklar perspektivet i en diskurs- och konversations analys av psykiatrisjuksköterskans hembesök hos närstående med vårdansvar. Studien visar hur samspel/interaktion skapas mellan CPN och anhörigvårdaren genom språket. Denna interaktion konstruerar identiteten hos människor med demens och deras vårdare vilket placerar dem i en specifik social kontext. Författaren menar att det är av stor betydelse att närmare undersöka hur personer med demens utestängs från att delta i beslutsfattande samt att skapa strategier för hur CPN aktivt kan inkludera personen själv i beslut som har med hans/hennes vård att göra.

Närståendesituationen då en yngre person drabbas av Alzheimers sjukdom beskrivs i en fallstudie av Williams, Keady och Nolans (1995). I artikeln belyses de specifika problem som följer av att en person som står mitt i arbets- och familjelivet drabbas av demenssjukdom. Psykiatrisjuksköterskan framstår som den mest lämpade professionen att ge fortlöpande stöd till den drabbade och dennes närstående. Sjuksköterskans funktion innefattar då enligt författarna att

- främja, stödja och underlätta för anhörigvårdaren att hantera den nya situationen
- bedöma och följa anhörigvårdarens nivå av stöd från andra familjemedlemmar och samhället;
- förbereda, informera och stärka anhörigvårdaren i de olika stegen i demensprocessen;
- aktivt lyssna och försöka stödja anhörigvårdaren att ta fram känslor av förlust, skuld, frustration och ilska;
- hjälpa till att skapa nätverk och samverka med andra professioner och verksamheter;
- finnas till hands för den drabbade och anhörigvårdaren under hela sjukdomsprocessen, och som stöd för anhörigvårdaren under sorgeperioden efteråt.

Dessa punkter, som inriktas på omsorgen kring yngre drabbade och deras närstående, kan även vara värdefulla vägvisare för CPN i kontakten med äldre personer med demensproblematik.

4.3.2.5 Befolkningen

Huvudsakligen fokuseras och rapporteras psykiatrisjuksköterskornas arbete på individ eller familjenivå i forskningen men några artiklar framkommer ett befolknings- och samhällsinriktat ansvar. Det rör sig då främst om förebyggande arbete;

4.3.2.5.1 Förebyggande arbete mot depression hos äldre

Hedelin och Svensson (1999) har beskrivit ett treårigt interventionsprogram vars syfte var att förebygga, lindra och tidigt upptäcka depressivitet hos äldre. Interventionsprogrammet genomfördes som ett lokalt förändringsarbete och riktades till samtliga som bodde i ett avgränsat område i stadsmiljö och var 65 år och äldre, cirka 1200 personer. Programmet hade tre hörnstenar: 1. Det byggde på intersektoriell samverkan mellan socialförvaltning, primärvård och frivilliga organisationer. 2. Målsättningen var att utveckla sociala nätverk och socialt stöd inom gruppen med utgångspunkt från den kunskap som finns om dessa faktors stora betydelse för psykisk hälsa. 3. Målgruppens aktiva deltagande och inflytande på planering och genomförande av interventionsprogrammet eftersträvades. Att involvera målgruppen syftade till att stärka självaktningen och ge kraft (empowerment). Programmet genomfördes som en bred satsning där alla äldre i området inbjöds till olika former av sammankomster och aktiviteter. Den grundläggande tanken var att skapa förutsättningar för de äldre att träffas och utveckla sociala nätverk som kunde leda till socialt stödjande relationer. Utvärderingen genomfördes med såväl kvantitativa som kvalitativa metoder. Inga mätbara skillnader framkom avseende depression, oro och livstillfredsställelse mellan deltagare och icke-deltagare i interventionsprogrammet. I den kvalitativa utvärderingen framstod programmet som mycket betydelsefullt för såväl deltagare som företrädare för de olika sektorerna. Efter projektets avslutning övertogs programmet av en grupp av äldre som startade en förening med liknande målsättning och arbetssätt som fanns i projektet. Föreningen drevs med medel som de själva samlade in. Författarna menar att detta kan ses som en form av empowerment, ett sätt att påverka inriktning och resursfördelning inom äldrevården.

De erfarenheter som vunnits genom interventionsarbetet kunde utvecklas till en modell över psykiatrisjuksköterskans hälsofrämjande befolkningsinriktade arbete. De grundläggande utgångspunkterna intersektoriell

samverkan, utveckling av socialt stöd och målgruppens aktiva medverkan omfattar såväl samhälls-, grupp-, och individnivån. Arbetet indelas i förberedande fas, genomförande fas och avslutande fas.

4.3.2.5.2 Förebyggande arbete mot våld

Poggenpoel (1995) beskriver situationen i Sydafrika där våld är ett stort samhällsproblem som leder till psykisk ohälsa i befolkningen. Psykiatrisjuksköterskor har som uppgift att assistera och underlätta för individer, familjer och samhällen att mobilisera resurser för att främja, upprätthålla och återställa psykisk hälsa. Den enskilde personen är både en helhet och en integrerad del i familj, grupp och samhälle, varför sjuksköterskans uppgift inte endast kan begränsas till individen enligt författaren. I artikeln beskrivs sjuksköterskans roll i våldsprevention genom "lokalsamhällsutveckling" (community development). Det innebär att hjälpa till att skapa och upprätthålla positiva interpersonella relationer och sociala stödsystem i samhället genom att på olika nivåer skapa nödvändiga förutsättningar för människor att acceptera sig själva och andra, bygga upp tillit, skapa riktig och entydig kommunikation och att lösa konflikter och relationsproblem. Att delta i samhällsprojekt är enligt författaren en förutsättning för att ändra människors attityder. Den psykiska hälsan kan upprätthållas genom att brottsoffer erbjuds individual- eller grupperapi och debriefing, att utbildning ges om psykisk hälsa samt att kontrollera psykofarmakologisk behandling. Åtgärder för att återställa psykisk hälsa föreslås vara att ge rådgivning, erbjuda långtidsstödterapi och stödgrupper på arbetsplatser. Hit hör även att på samhällsnivå förklara sambandet mellan kriminalitet, arbetslöshet och andra faktorer i samhället som leder till våld.

4.3.2.5.3 Förebyggande arbete mot ätstörningar

Även Chitty (1991) beskriver psykiatrisjuksköterskans samhällsinriktade arbete i sin artikel om ätstörningar. Hon menar att om vi vill övergå från att behandla till att förebygga ätstörningar måste vi sluta att fokusera individer och familjer. I stället måste hela samhället ses som klient och vara föremål för intervention. Författaren beskriver ett samhällsbaserat preventionsprogram som bygger på Caplans modell över primär prevention och Erikssons psykosociala teori om människans utvecklingsstadier. Sjuksköterskans uppgift innebär att utbilda alla delar i samhället om grundläggande förutsättningar för psykisk hälsa för individer under alla

livsfaser och särskilt för riskgrupper. Det innebär att samverka med skolor, familjer, psykiska hälsoarbetare, affärsverksamhet och massmedia. Det gäller att starta förändringsprocesser på såväl social nivå som på individnivå eftersom ätstörningar är av komplex karaktär. För att detta ska kunna genomföras krävs även en förändring av sjuksköterskors utbildning.

Meades (1993) intar ett helt annat perspektiv när han beskriver strategier från kognitiv beteende- och familjeterapi som en värdefull kombination i psykiatrisjuksköterskans intervention för ungdomar med ätstörningar.

5 Sammanfattande kommentarer

Syftet med denna studie var att ge en översikt över forskningsläget (-situationen) i psykiatrisk omvårdnad och psykiskt hälsoarbete i lokalsamhället under tidsperioden 1990-2002. Med utgångspunkt i studiens frågeställningar (s. 15) har fokus i översikten varit på forskningsteman, utveckling av yrkesprofessionen och på vilka patienter som är i behov av hjälp. Källmaterial har varit internationella och yrkesspecifika artiklar, rapporter och böcker. Den teoretiska referensramen i introduktionen ger en förståelse av innebörden i begreppen lokalsamhälle/ lokalsamfunnsutveckling och en vägledande bild av psykiatrisk omvårdnad och psykiskt hälsoarbete i lokalsamhället. Resultatet av föreliggande litteraturöversikten visade att internationell forskning om psykisk hälsoarbete i lokalsamfunnet är sparsam. Däremot finns det åtskilliga studier om den psykiatriska sjuksköterskan i kommunal verksamhet som har rapporterats från England, Australien och till en viss del från Norden, dock ej från Finland, Island och Danmark. Det sociologiska perspektivet, till exempel som spänningen mellan integrering kontra marginalisering av psykisk lidande och ohälsa i lokalsamhället, har inte i någon större grad utforskats. De studier som vi har funnit handlar i huvudsak om vårdpersonalens arbete och relation till patienter. Sjuksköterskor i lokalsamhället arbetar förutom med direkt patientarbete också med indirekt patientarbete som yrkesspecifika handledning (veiledning) och med små grupper för att undervisa, träna olika hälsotillstånd och att ha samtal, till exempel med närstående för att avmystificera fördommar och förställningar om psykiska hälsotillstånd. Generellt sett visar resultatet av litteraturgenomgången en avsaknad (mangel) av forskning relaterad till lokalsamhället och om utveckling av psykiskt hälsoarbete. Det förekommer få studier som genomförts i samarbete mellan vårdpersonal och personer som har behov av stöd i eget boende (bolig) i samhället.

Sammanfattningsvis kan framhållas att resultatet av analysen av litteraturen visar att under de senaste årtiondena har fokus varit på utveckling, historik och professionalisering av psykiatrisk omvårdnad och psykiskt hälsoarbete i lokalsamhället. Faktorer som påverkat utvecklingen är till exempel internationell hälsopolitik med krav på förändring från institutionsvård till vård i hemmet och i samhället med fokus på integrering och normalisering (Betrus & Hoffman 1992, Hummelvoll 1996). Temat blir vidareutvecklat i en ny norsk studie om personer med långvarig psykisk ohälsa och deras integrering i samhället (Granerud & Severinsson 2003). Inte förvånade upptar ett flertal studier teman relaterade till grundläggande ideologier i riktning mot en psykosocial och brukarorienterad omsorgsideologi istället för som tidigare en mer psykoterapeutisk inriktad vårdideologi och en traditionell medicinsk-biologisk psykiatri (Godin 1996, Nolan & Hopper 2000). Psykiatrisk omvårdnad, som representeras av den psykiatriska sjuksköterskans funktion i i lokalsamhället, beskrivs som att vara hos och ha omsorg om patienten, att lyssna, klargöra och tolka i syfte att förstå patientens lidande. Detta speglar ett mer personorienterat paradigm som bygger på ett existentiell-fenomenologiskt perspektiv (Barker m.fl. 1999, O'Brien 2000). Detta personorienterade paradigm möjliggör ett relationsarbete baserat på patientens behov av omsorg/vård och att i större grad arbeta med det som patienter önskar hjälp med att förändra i hans/hennes vardagliga liv. Ett liv i ett eget hem i lokalsamhället med möjliga förutsättningar till integrering på lika villkor till trots för psykiska hälsohinder. För att detta mål skall kunna uppnås förutsätts ett samarbete med andra yrkesgrupper och kommunala ekonomiska resurser; till exempel till eget boende i samhället (Hummelvoll & Granerud 1996, Reda 1995, Magnusson m.fl. 2002a).

Det framstår klart att den psykiatriska sjuksköterskans arbetssituation har gemensamma drag i många länder (Parahoo 1991). I ett internationellt perspektiv framkommer studier från England, USA och Australien. Det gemensamma är att arbetssituationerna präglas av stress och stor arbetsbörda, vilket resulterar i behov av stöd, som konsultation och yrkesspecifik handledning på konkret arbete i lokalsamhället och i den enskilda patientens hem (Berggren & Severinsson 2000, Magnusson m.fl. 2002b). Faktorer som påverkar upplevelsen av stress i arbetet handlar om att ha ansvar för ett stort antal patienter, att det inte fanns något utbud (tilbud) att hänvisa patienten till, att ensam ta hand om suicidala patienter

och bristande stöd från sjukhusets sida, samt ständiga förändringar i arbetssituationen. Behovet av kontinuerlig utbildning och personlig kompetensutveckling för att kunna möta de komplexa kraven i psykiskt hälsoarbete har också rapporterats (Thomas 1992, Brooker & Butterworth 1993, Hummelvoll & Bunch 1994).

Förutsättningarna för att bedriva psykiatrisk omvårdnad på landbygden med en åldrande befolkning och innebörden av att arbeta i patientens hem var det andra huvudtemat. Av betydelse är att den professionella har kunskap om samhället för att förstå hur kulturella aspekter och sociala faktorer påverkar vårdkvaliteten i ett tvärprofessionellt samarbete (Abraham m.fl. 1994, Bushy 1994a,b, Hummelvoll 1996). Helt uppenbart är att den psykiatriska sjuksköterskans arbetsuppgifter, såväl strukturellt som innehållsmässigt, har förändrats med arbete i den öppna vårdens struktur och vårdarbete i patientens eget hem (Bowers 1991, Magnusson & Lützén 1999). Det framtonar en tvetydighet i sjuksköterskans relation till patienten som förutsätts vara professionell och som präglas av dels ett behov av att ha kontroll över patientens hälsa dels att vara en vän till patienten som innebär att delta i patientens sociala liv. Att ha makt och kontroll över patienten kan i vissa situationer upplevas som otillåtet (uakseptabelt) om man känner sig osäker i sin professionella roll. Att som vårdpersonal ställas inför kravet att ta ansvar för patientens hälsa kan komma i konflikt med patientens önskan och rätt till självbestämmande och integritet (Nehls 1994). I studier om patientens syn på vårdrelationen och de mest betydelsefulla komponenterna framträder behovet av gemenskap och tillhörighet som karakteristiskt. Att som patient genom samtal få hjälp att förstå den aktuella livssituationen, finna alternativa lösningar på problem och att bli förstörd i lidandet bidrog till återhämtning (tilfriskning) och upplevelse av välbefinnande. Bidragande faktorer till återhämtning är individen själv, stöd från andra personer i individens sociala nätverk samt medicinering (Topor 2001).

Det tredje framträdande temat handlade om definierandet av psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom och vilka målgrupper av patienter som är i särskilt behov av vård och behandling (Glenister 1993, Bowers 1997, Hannigan 1997). Behovet av den psykiatriska sjuksköterskans kompetens inom primärvården är stort. I ökande grad har undervisning, handledning och konsultativt arbete blivit en del av sjuksköterskans arbetsuppgifter

(Roberts 1997, Harmon m.fl. 2000). En förklaring till det är att en stor grupp personal utan adekvat utbildning har anställts att vårda personer med psykiska hälsohinder och att närstående, som inte heller har adekvat utbildning, utför sådan vård (Soltis-Jarret 1995, Warren 1995, Roberts 1997, Magnusson m.fl. 2002b). Arbetet med att tidigt upptäcka psykiska hälsoproblem och faktorer som förhindrar nyinsjuknande framhålls som betydelsefullt (Brooker & Butterworth 1991, Thomas 1992, Warren 1995). Sett utifrån den psykiatriska sjuksköterskans perspektiv är det patientens, hans eller hennes, livssituation som fokuseras snarare än en psykiatrisk diagnos. Flera studier framhåller betydelse av samarbete med andra yrkesgrupper i primärvård. Speciellt nämns läkare med psykiatrisk kompetens som betydelsefulla konsulter i samverkan med allmänläkare. I diskussioner om samarbete mellan olika yrkesgrupper framhålles bland annat vikten av att läkaren kan lita på sjuksköterskans förmåga att bedöma behov av åtgärder och att hennes/hans kompetens innefattar att hon har relevant information att ge läkaren som grund för beslut. Barn, familjer och äldre människor i samhället har behov av hjälp av vårdpersonal. Flera författare har fokuserat på personer som lider av allvarliga psykiska hälsohinder, till exempel människor med schizofreni och att deras närstående kan få hjälp med konkreta pedagogiska interventioner (Brooker & Butterworth, Thomas 1992, Warren 1995). Det rapporteras även om betydelsen av interventioner till äldre personer med akut psykisk ohälsa och personer med långvariga psykiska störningar som demens och depression (Huges 1992, Williams m.fl. 1995, Adams 1996, Hedlin & Strandmark 2001, Hedelin & Jonsson 2003).

5.1 Redogörelse av forskningsmetoder i tidigare forskning

Baserat på källmaterialet över forskningsläget i psykiatrisk omvårdnad och psykiskt hälsoarbete i lokalsamhället framkommer följande: I flertalet artiklar används olika kvalitativa ansatser med olika datainsamlingsmetoder (intervjuer, deltagande observationer) och olika analysmetoder (till exempel etnografisk metod, hermeneutisk fenomenologisk metod, grounded theory metodologi och innehållsanalys). I flera av artiklarna har kvantitativ metodik använts i form av deskriptiv statistik, sambandsberäkningar och faktoranalysteknik. Vid den forskning som gjorts ur vårdpersonals synvinkel har man använt datainsamlingsmetoder som observationer och intervjuer (Adams 1996a, Gibson 1994, Almvik 1996, Powers 1997, Berggren & Severinsson 2000) samt fokusgruppintervjuer

(Barker m fl. 1999). Frågeformulär om den psykiatriska sjuksköterskans arbetssituation, karriärmöjligheter och professionella aktiviteter har redovisats av Betrus och Hoffman (1992). Kartläggning av den psykiatriska sjuksköterskans arbete har gjorts med olika frågeformulär (Carlsen m fl. 1995, Fagin m fl. 1995, Stuart m fl. 2000, Weaver m fl. 1999). Uppföljande studier om långtidseffekter av korttidsintervention och effekter av interventionen på deprimerade äldre personer i samhället (Blachard m fl.1999) utifrån en folkhälsovetenskaplig tradition finns också i källmaterialet. Det finns även kvalitativt inriktad forskning med mer explorativ design av fenomenologisk karaktär (Hedelin & Strandmark 2001a, b) och triangulering av kvalitativa och kvantitativa metoder (Hummelvoll & Granerud 1996). Generellt har det förekommit studier av teoretisk karaktär som genomgång av tidigare forskning av typ 'reviews' och resuméer (Brooker 1990, Chitty 1991, Hughes 1991, 1992, Abrahamson m fl. 1994, Bushy 1994, Barker m fl. 1997, Roberts 1997, Hanningan 1997, Shears & Coleman 1999, Tilley & Ryan 2000).

5.2 Förslag till fortsatt forskning inom psykiatrisk omvårdnad och psykiskt hälsoarbete

Baserat på resultatet av Tabell 1 framkommer följande förslag till vidare forskning. Det är framför allt behov av att få fram ny kunskap om den psykiatriska sjuksköterskans och den psykiska hälsoarbetarens funktion i samhället, speciellt om arbete med äldre, personer med demenssjukdom och deras närstående (Hughes 1991). Speciellt behöver arbetet och förståelsen för äldre människor undersökas med fokus på beslutsunderlag. Den psykiatriska sjuksköterskans arbete omfattar förutom interventioner med närstående och patienter även handledning. Det behövs kunskap om hur personer med demens skall kunna involveras i beslutsfattandet. Det föreslås att det sker en kunskapsutveckling som inriktas på sjuksköterskans psykosociala arbete och ett klagörande av arbetsfunktion gentemot (i förhåll till) andra yrkesgrupper (Barker 1997, 1999). Det är också viktigt att den psykiatriska sjuksköterskan och psykiska hälsoarbetaren utvidgar och utvecklar sin funktion i lokalsamhället, speciellt hälsofrämjande arbete riktat till riskgrupper (Betrus & Hoffman 1992). Forskning behövs också om olika professioners funktion i arbetet med icke-psykotiska personer med sikte på interventioner och utvärdering (Hanningan 1997) och metodutveckling i ett befolkningsinriktat hälsofrämjande förebyggande arbete (Hedelin & Strandmark 2001a, b).

Det behövs kunskap om innebörden av omvårdnadsarbete i patientens hem (Brooker 1990, Bowers 1992, 1997), speciellt med fokus på etiska dilemman som är undersökt i liten grad (Magnusson & Lützén 1999, Magnusson m.fl. 2002a, b). Kunskap om patienters erfarenhet efter avslutad kontakt med hälsoarbetare är begränsad (Hummelvoll & Granerud 1996) och behöver beskrivas liksom patienters behov och deras uppfattningar av hur psykiatrisk omvårdnad kan möta dessa behov (Jackson & Stevesen 2000). Det efterfrågas en kostnadseffektiv preventiv hälsoinriktad omvårdnad (Mellon 1994) och förslag på en omdefiniering av den psykiatriska sjuksköterskans yrkesfunktion ur ett socio-politisk perspektiv (Nolan & Hopper 2000). Mest framträdande är behovet av ny forskning om vårdrelationen relaterat till olika patientgrupper, resurser och patienternas nytta av relationerna (O'Brien 2000). Kunskap om erforderliga åtgärder för att förhindra återinläggning för patienter med långvarig psykisk sjukdom bland annat genom uppföljning efter utskrivning (Warren 1995). Behov av kunskap efterfrågas även när det gäller personer med lättare psykisk ohälsa inom primärvård (Weaver m fl. 1999) liksom för yngre personer som drabbas (rammes) av Alzheimers sjukdom (Williams m fl. 1995).

En fortsatt forskning behövs om den psykiatriska sjuksköterskans, och andra yrkesgrupper som arbetar med att främja psykisk hälsa, funktion och arbetssituation vilket skulle kunna ge underlag (grundlag) till förändringar för att förbättra möjligheterna för rekrytering och arbetsmotivation (Parahoo 1991). Utbildningen till sjuksköterska bör i högre grad fokusera på innebörden och praxis i psykiatrisk omvårdnad såväl på institution som i lokalsamhället (Blegeberg & Blomberg 2002, Brooker & Butterworth 1991). Ett problem är att antalet sökande till specialistutbildningen i Sverige är låg och i Norge i någon grad sjunkande. Den psykiatriska sjuksköterskans kompetens måste göras känd och tillvaratas på administrativ och organisatorisk nivå (Stuart m fl. 2000). Det saknas kunskapsöverföring från specialistvård till primärvård (Blanchard m.fl.1999) och ett problem som kunde utforskas är på vilket sätt integrering av teori och praktik kan förbättras. Det behövs också kunskap om hur olika professioner upplever sin utbildning i relation till psykiskt hälsoarbete i lokalsamhället (Hummelvoll & Bunch 1994). Ett i Norden relativt okänt begrepp är 'liasion' vilket har definierats av bland andra Roberts (1997), och innebär att den psykiatriska sjuksköterskan stöttar upp

i den somatiska vården, speciellt på akutmottagningar där det finns behov av handledning och stöd för personalen. Det framkommer också (Thomas 1992) att den psykiatriska sjuksköterskan har en viktig funktion i vårdkedjan (behandlings-/omsorgs-kjeden) och vid utveckling av olika vårdformer.

6 Referenser

Abraham, I.L., Buckwalter, K.C., Neese, J.B. & Fox, J.C. (1994). Mental health of rural elderly: A research agenda for nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 15, 203-213.

Adams, T. (2000). The discursive construction of identity by community psychiatric nurses and family members caring for people with dementia. *Journal of Advanced Nursing* 32, 791-798.

Adams, T. (1998). The discursive construction of dementia care: implications for mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing* 28, 614 - 621.

Adams, T. (1996a). A descriptive study of the work of community psychiatric nurses with elderly demented people. *Journal of Advanced Nursing* 23, 1177-1184.

Adams, T. (1996b). Informal family caregiving to older people with dementia: research priorities for community psychiatric nurses. *Journal of Advanced Nursing* 24, 703-710.

Almvik, A. (1996). Hvordan definerer psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten sin funksjon og rolle? *Vård i Norden*, 17(4), 13-18.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.

Barker, P., Jackson, S. & Stevenson, C. (1999). What are psychiatric nurses needed for? Developing a theory of essential nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 273-282.

Barker, P., Reynolds, W. & Stevenson, C. (1997). The human science basis of psychiatric nursing: theory and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 660-667.

- Berggren, I. & Severinsson, E. (2000). The influence of clinical supervision on nurses' moral decision making. *Nursing Ethics* 7(2), 124-133.
- Betrus, P.A. & Hoffman, A. (1992). Psychiatric-Mental Health Nursing: career characteristics, professional activities, and clients attributes of members of the American Nurses Association Council of Psychiatric Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 13, 39-50.
- Blegeberg, B. & Blomberg A-C. (2002). *Uppfattningar av operationssjuk-sköterskans och psykiatrisjuksköterskans yrkesfunktion*. D-uppsats i omvårdnad. Institutionen för hälsa och vård, Karlstads Universitet.
- Blanchard, M.R., Waterreus, A. & Mann, A.H (1999). Can a brief intervention have a longer-term benefit? The case of the research nurse and depressed older people in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14, 733-738.
- Borge, L., Hummelvoll, J.K., & Ulland, e. (1997). Kompetanse og yrkesidentitet – en evaluering av norske vidareutdanninger i psykiatrisk sykepleie. *Vård i Norden* 18(1), 25-32.
- Bowers L. (1992). Etnomethodology II: a study of the Community Psychiatric Nurse in the patient's home. *Int. J. Nurs. Stud.* 29(1), 69-79)
- Bowers, L. (1997). Community psychiatric nurses caseloads and the 'worried well': misspent time or vital work? *Journal of Advanced Nursing* 26, 930-936.
- Brooker, C. (1990). The health education needs of families caring for a schizophrenic relative and the potential role for the community psychiatric nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1092-1098.
- Brooker, C. & Butterworth, C. (1991). Working with families caring for a relative with schizophrenia: the evolving role of the community psychiatric nurse. *Int. J. Stud.* 28(2), 189-200.
- Brooker, C. (1992). Community psychiatric nursing. In: Brooker J.I., Ritter, S.A.H. & Thomas, B.L. (eds). *A textbook of Psychiatric Nursing and Mental Health Nursing*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Brooker, C. & Butterworth T. (1993). Training in psychosocial intervention: the impact of the role of community psychiatric nurses. *Journal of Advanced nursing*, 18, 583-590.
- Buber, M. (1990). *Det mellanmännsliga*. Ludvika: Dualis Förlag.

- Buber, M. (1994). *Jag och Du*. Ludvika: Dualis Förlag.
- Bushy, A. (1994a). When your client lives in a rural area. Part I: Rural health care delivery issues. *Issues in Mental Health Nursing*, 15, 253-266.
- Bushy, A. (1994b). When your client lives in rural area. Part II: Rural professional practice – considerations for nurses providing mental health care. *Issues in Mental Health Nursing*, 15, 267-276.
- Butterworth, T. (1995). The current status and future challenge of new focus on community mental health nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 32,353-365.
- Byrne, C., Brown, B., Voorberg, N. & Schofield, R. (1994). Wellness education for individuals with chronic mental illness living in the community. *Issues in Mental Health Nursing*, 15, 239-252.
- Carlson, J., Leary, J., de Villiers, N., Faigan, L. & Radman, J. (1995). Stress in mental health nurses: a comparison of ward and community staff. *British Journal of Nursing* 4(10),579-582.
- Chitty, K.K. (1991). The Primary Prevention Role of the Nurse in Eating Disorders. *Nursing Clinics of North America*, 26(3), 789-800.
- Dalgard, O.S. (1988). Nærmiljø, sosialt nettverk og psykisk helse. Art. i: Dalgard, O.S. & Sørensen, T. (red.). *Sosialt nettverk og psykisk helse*. Oslo: TANO Forlag.
- Dalgard, O.S., Døhlie, E. & Ystgaard, M. (1995). Sosialt nettverk, helse og samfunn. Oslo: Universitetsforlaget.
- Drevdahl, D.J. (2002). Home and Border: The Contradictions of Community. *Adv Nurs Sci*, 24(3), 8-20.
- Durkheim, E. (1888/1952). Suicide. A study in sociology. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Fagin, L., Brown, D., Barlett, H., Leary, J. & Carlson, J. (1995). The Claybury Community Psychiatric Nurse Stress Study: Is it more stressful to work in hospital or in community? *Journal of Advanced Nursing*, 22, 347-358.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Herder and Herder.
- Gibson, D. (1994). Time for clients: temporal aspects of community psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 110-116.

- Glenister, D.A. (1993). A therapeutic group for clients with acute mental health problems. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1968-1974.
- Granerud, A. & Severinsson, E. (2003). The new neighbour: Experiences of living next door to people suffering from long-term mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(1), 3-10.
- Godin, P. (1996). The development of community psychiatric nursing: a professional project? *Journal of Advanced Nursing* 23, 925-934.
- Halvorsen, K. (2002). *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. (2.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Hannigan, B. (1997). A challenge for community health nursing: is this a future in primary health care? *Journal of Advanced Nursing* 26, 751-757.
- Harmon, K., Carr, V.J. & Lewin, T.J. (2000). Comparison of integrated and consultation-liaison models for providing mental health care in general practice in New South Wales, Australia. *Journal of Advanced Nursing* 32,1459-1466.
- Hedelin, B. & Svensson, P.G. (1999). Psychiatric nursing for promotion of mental health and prevention of depression in the elderly – a case study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 115-124.
- Hedelin, B., Strandmark, M. (2001). The meaning of mental health elderly women's perspectives: a basis for health promotion. *Perspective in Psychiatric Care*, 37(1), 7-14.
- Hedelin, B., Strandmark, M. (2001). The meaning of depression from the life-world perspective of elderly women. *Issues in Mental Health Nursing*, 22,401-420.
- Hedelin, B. & Jonsson, I. (2003). Mutuality as background music in women's lived experience of mental health and depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 317-322.
- Holst, H. & Severinsson, E. (2002). A study of collaboration in patient treatment between the community psychiatric health service and a psychiatric hospital in Norway. Submitted.
- Hostick, T. & McClelland, F. (2002). 'Partnership': a co-operative inquiry between community mental health nurses and their clients. 2 the nurse-client relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9,111-117.

- Hughes C.P. (1991). Community psychiatric nursing and the depressed elderly: a case for using cognitive therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 565-572.
- Hughes C.P. (1992). Community psychiatric nursing and depression in elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 34-42.
- Hummelvoll, J.K. & Bunch E.H. (1994). Psychiatric Nursing and Public Health. The impact of Public Health in Norwegian Postgraduate Programmes of Psychiatric Nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 8, 239-248.
- Hummelvoll, J.K. (1996). Working in the Field. The Psychiatric Nurse as a 'Libero' in the Community Health Services. *European Journal of Public Health*, 6(1), 2-10. (Norsk utgave: Å arbeide i felten. Den psykiatriske sykepleier som 'libero' i kommunehelsetjenesten. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport 1996:1.)
- Hummelvoll, J.K. & Granerud, A. (1996). *Psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten – en evaluering av brukertilfredshet*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr 3.
- Hummelvoll, J.K. (1997). Psykiatrisk sykepleie – en holistisk-eksistensiell tilnærming. I: Hummelvoll, J.K. & Lindström, U.Å. (red.). *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Hummelvoll, J.K. (2001). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Psykiatrisk sykepleie. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hummelvoll, J.K. (1998). *International utsyn. Resumé av forskning og fagutvikling i psykiatrisk sykepleie*. Elverum: Högskolen i Hedmark, Rapport nr 10.
- Israel, B., Checkoway, B., Schulz, A. & Zimmerman, M. (1994). Health education and community empowerment: conceptualising and measuring perceptions of individual, organisational, and community control. *Health Education Quarterly*, 21(2), 149-70.
- Jackson, S. & Stevenson, C. (2000). What do people need psychiatric and mental health nurses for? *Journal of Advanced Nursing* 31(2), 378-388.
- James, T. & Barker, E. (2001). Community Development. In: Sines, Appleby & Raymond (eds.). *Community Health Care Nursing*. Oxford: Blackwell Science.

Kalkman, M.E. & Davis A.J. (1974). *New dimensions in mental health-psychiatric nursing*. New York: McGraw-Hill Book Company.

Kirkevold, M. (1996). *Oversiktsartikler – et middel for å fremme integrasjon av sykepleieforskning*. Art. i: Bjerkreim T., Mathisen J., Nord R. (red.). *Visjon, viten og virke*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lego, S. (1992) Biological psychiatry and psychiatric nursing in America. *Archives of psychiatric nursing*, 6(3), 147-150.

Leighton, A.H. (1965). Poverty and Social Change. *Scientific American*, 212(5): 21-27.

Long, A. (2001). Community Mental Health Nursing. In: Sines, Appleby & Raymond (eds.). *Community Health Care Nursing*. Oxford: Blackwell Science.

Leininger, M.M, (1969). Community psychiatric nursing in community mental health – trends, issues, and problems. *Perspectives in psychiatric care*, 7(1),

Lindström, U. (1997). Psykiatrisk vård ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. I: Hummelvoll, J.K. & Lindström, U.Å. (red.). *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Lockwood, A. & Marshall M. (1999) Can a standardized needs assessment be used to improve the care of people with severe mental disorders? A pilot study of 'needs feedback'. *Journal of Advanced Nursing* 30, 1408-1415.

Magnusson, A. & Lützén, K. (1999) Intrusion into patient privacy: a moral concern in the home care of persons with chronic mental illness. *Nursing Ethics* 6, 399-410.

Magnusson, A., Severinsson, E. & Lützén, K. (2002 a). Nurses' views on situations related to privacy in providing home care for persons with long-term mental illness: an exploratory study. *Issues in Mental Health Nursing* 23, 61-75.

Magnusson, A., Lützén, K. & Severinsson, E. (2002 b). The influence of clinical supervision on ethical issues in home care of people with mental illness in Sweden. *Journal of Nursing Management* 10, 37-45.

- Magnusson, A. (2001). *Vård i hemmet av personer med psykiska funktionshinder. Etiska frågeställningar och betydelse av handledning*. Licentiatavhandling. Institutionen för klinisk neurovetenskap, arbetsterapi och äldreårdsforskning. Karolinska Institutet, Stockholm.
- Massey, P. (1991). Institutional loss: an examination of a bereavement reaction in 22 mental nurses losing their institution and moving to the community. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 573-583.
- Mckenna, H., Keeney, S., Bannon, D. & Finn, A. (2000). An exploration of community psychiatric nursing: A Northern Ireland perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7, 455-461.
- Meades S. (1993). Suggested community psychiatric nursing interventions with clients suffering from anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 364-370.
- Mellon, S.K. (1994). Mental health clinical nurse specialist in home care for the 90s. *Issues in Mental Health Nursing*, 15, 229-237.
- Michael, S. (1994). Invisible Skills. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1, 56-57.
- Miller, C. & Ahmad, Y. (1998). Community Development at the Crossroads: a way forward. *Policy and Politics* 25(3): 269-284.
- Mynors-Wallis, L., Davies, I., Gray, A., Barbour, F. & Gath, D. (1997) A randomised controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment for emotional disorders given by community nurses in primary care. *British Journal of Psychiatry* 170, 113-119.
- Mæland, J.G. (1999). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Nash, M. (2002). Voting as a means of social inclusion for people with a mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9: 697-703.
- Nehls, N. (1994). Brief Hospital Treatment Plans With Borderline personality Disorder: Perspectives of Inpatient Psychiatric Nurses and Community Mental Health Center Clinicians. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(5), 303-311.
- Nolan, P. & Hopper, B. (2000). Revisiting mental health nursing in the 1960s. *Journal of mental health* 9(6), 563-573.

- O'Brien, L. (2000). Nurse-client relationships: The experience of community psychiatric nurses. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 9:184-194.
- Ogussio, T. (1995). Mental Health Nursing: A Global Perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2(2),41-45.
- Paterzon, JG. & Zderad, LT. (1988). *Humanistic Nursing*. 2nd Ed. New York: National League for Nursing.
- Parahoo, K. (1991). Job satisfaction of community psychiatric nurses in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 317-324.
- Peplau, HE. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: G P Putnam.
- Poggenpoel, M. (1995). The role and functions of the psychiatric-mental health nurse in the care and comfort of individuals, and communities subjected to violence. *Holist Nurs Pract*, 9(2), 91-97.
- Putnam, R, Leonardi, R. & Nanetti, R.Y. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- Ramon, S. (2001). Defining 'community': meanings and ideologies. In: Thornicroft, G. & Szukler G. (eds.). *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Reda, S. (1995). Staff perception of their roles during transition of psychiatric care into the community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2(2), 13-22.
- Roberts, D. (1997). Liaison mental health nursing: origins, definition and prospects. *Journal of Advanced Nursing* 25, 101-108.
- Ronnby, A. (1995). Grupporganisering för handling. I: Sundh, K. & Turunen, P. (red.). *Social Mobilisering. Om samhällsarbete i Sverige*. Stockholm: Publica.
- Royal College of Psychiatrists (1997) Occasional paper OP40.
- Severinsson, E. (1995). *Clinical Nursing Supervision in Health Care*. Akademins avhandling, NHV- Report 1995:4. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan.

- Shears, M. & Coleman M. (1999). Mental health nursing policy – an exploratory qualitative study of managers' opinions. *Journal of Advanced Nursing* 29, 1385-1392.
- Soltis-Jarrett, V. (1995). A clinical specialist in psychiatric-mental health nursing in rural South Australia: A consultant to the aged care assessment team. *Holist Nurs Pract*, 9(2), 30-36.
- Struthers, J. (1999). An investigation into community psychiatric nurses' use of humour during client interactions. *Journal of Advanced Nursing* 29, 1197-1204.
- Stuart, G.W., Worley, N., Morris, J.A. & Bevilacqua, J. (2000). Role utilization of nurses in public psychiatry. *Administration and Policy in Mental Health* 27(6), 423-441.
- Stuart, G.W. & Sundeen, S.J. (1991). *Principles and practice of psychiatric nursing*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Svedberg, G. (2002). *Omvårdnadstraditioner inom svensk psykiatrisk vård under 1900-talets första hälft*. Akademisk avhandling. Institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för psykiatri, Karolinska Institutet.
- Taket, A. (2001). Primary Health Care in the Community. Kap. i: Sines, D., Appleby, F. & Raymond, E. (eds.). *Community Health Care Nursing*. (2nd ed.). Oxford: Blackwell Science.
- Thomas, B. (1992). Advances in the clinical practice of psychiatric nursing. *British Journal of Nursing*, 1(6), 292-295.
- Tilley, S. & Ryan, D. (2000). Reviewing the literature constructing the field: Accounting for CPN in practice and research. *Journal of Mental Health* 9(6), 589-604.
- Tilley, S., Pollock, I., Ross, L. & Tait, L. (1999). Progress's pilgrim: a critical narrative of research in progress. *Journal of Advanced Nursing* 29, 1221-1227.
- Topor, A. (2001). *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Travelbee, J. (1972). *Intervention in psychiatric nursing. Process in the One-the-one Relationship*. Philadelphia PA: Fa Davis Company.
- Tönnies, F. (1963). *Community and Sociology*. New York: Harper and Row.

Warren, R. (1995). Follow-up that reduces hospital readmissions of people with chronic mental illness. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 12(2), 26-31.

WHO 1998: *Health21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Weaver, T., Patmore, C., Cunningham, B. & Renton, A. (1999). An assessment of the impact of community psychiatric nurse attachment to primary care upon the monitoring of patients with severe mental illness. *Journal of Mental Health* 8(4), 403-412.

Williams, O., Keady, J. & Nolan, M. (1995). Younger-onset Alzheimer's disease: learning from experience of one spouse carer. *Journal of Clinical Nursing*, 4, 31-36.

Øvretveit, J. (2000). *Coordinating Community Care. Multidisciplinary teams and care management*. Buckingham: Open University Press.

Tabell 1.

Översikt över artiklar som använts i rapportens resultatdel.

Författare, år	Syfte/Centrala frågeställningar/teman	Metod	Förslag till fortsatt forskning/ ramtidsfrågor
Abraham, Buckwalter, Neese & Fox (1994)	Omvårdnadsforskning relaterat till psykisk hälsa och den åldrande befolkningen på landsbygden	Litteraturgenomgång	Psykiatrisk omvårdnads-epidemiologi, Modeller för omvårdnadsinterventioner, Vårdutnyttjande av psykiatrisk hälsoervice
Adams (1996 a)	CPN's arbete med äldre personer med demens	Observationer och djupintervjuer med sjuksköterskor (n=4) relaterat till patientfall (n=14) Kvalitativ analys	Kunskapsutveckling gällande CPN's arbete med äldre med demens och deras anhöriga
Adams (1996 b)	Identifiera behov av forskning rörande psykiatrisk omvårdnad riktad till äldre med demens och informella anhörigvårdare	Litteraturgenomgång	CPN's funktion och förståelse av äldre och anhöriga behöver undersökas t ex beslutsunderlag, handledning, interventioner, anhörigarbete
Adams (1998)	Nya infallsvinklar i förståelsen av demens och demensvård - språkets	Diskursanalys, yrkesmässig reflektion	Utbildningen av sjuksköterskor bör inriktas på psykosociala fokus. Forskning

	betydelse		bör inriktas på innovativa metoder som undersöker språkets betydelse och lingvistiska mönster i konstruktionen av demens och demensvård.
Adams (2000)	Anhörigvårdares till dementa personer och CPN's identitets-skapande samspel	Diskurs- och konversations-analys från hembesök	Kunskap behöver utvecklas om hur personer med demens utestängs från besluts-fattande och omvårdnads-strategier för att involvera personen.
Almvik (1996)	Hur definierar psykiatriska sjuksköterskor i kommun-hälsotjänsten sin roll och funktion	Kvalitativa forskningsin-tervjuer med psykiatriska sjuksköterskor i kommun-hälsotjänsten (n=6) och semistrukturerat frågeformulär till psykiatriska sjuksköterskor i kommun/stad (n=107)	Den psykiatriska sjuksköterskans roll i lokalsam-hället behöver undersökas vidare i relation till arbets-formerna; omsorgsprofil, behandlarprofil, samhällsprofil och vägledarprofil.
Barker, Reynolds & Stevenson, (1997)	Psykiatrisk omvårdnad som humanveten-skaplig teori och	Teoretisk genomgång och reflektion	Psykiatrisk omvårdnad måste klargöra sitt eget specifika fokus

	praktik		för att överleva som en nyckelfunktion inom hälso- och sjukvården
Barker, Jackson & Stevenson (1999)	Psykiatrisjuksköterskors roll i multidisciplinär vård	Modifierad Grounded Theory, Fokusgruppintervjuer med brukare, anhöriga, psykiatrisk vårdpersonal (n=92)	Psykiatrisjuksköterskor behöver utveckla nya sätt att uppnå traditionella omvårdnadsfunktioner och klargöra psykiatrisk omvårdnad relaterat till andra professioners funktion.
Berggren & Severinsson (2000)	Sjuksköterskors uppfattning om handledningens betydelse för beslutsfattande	Sjuksköterskor med specialistkompetens inom medicinsk vård och psykiatrisk vård	Fortsatt forskning om handledningseffekter
Betrus & Hoffman (1992)	Psykiatriska sjuksköterskors aktuella arbetssituation gällande karriär, professionella aktiviteter och patientkaraktäristika	Psykiatrisjuksköterskor från olika vårdkontext i olika stater i USA, (n=525), frågeformulär	Psykiatriska sjuksköterskor måste utvidga och utveckla sin funktion mot lokalsamhället, hälsofrämjande arbete riktat mot riskgrupper.
Blegeberg & Blomberg (2002)	Psykiatrisjuksköterskans och operationssjuksköterskans yrkesfunktion	Fenomenografisk undersökning av sjuksköterskors och studenters (n=116) uppfattningar	Grundutbildningen måste tydliggöra specialistsjuksköterskans yrkesfunktion. Utbildning måste

			löna sig ekonomiskt.
Blanchard, Waterreus & Mann (1999)	Långtidseffekt på depression hos äldre genom korttids-intervention med hembesök	Kontrollerad studie, uppföljning	Behov av överföring av kunskap från specialist vård till primärvård.
Borge, Hummelvoll & Ulland (1997)	Evaluering av norsk vidareutbildning i psykiatrisk omvårdnad	Deskriptiv undersökning, semistrukturerat frågeformulär som besvarades av 161 psykiatri sjuksköterskor. Kvantitativ och kvalitativ analys.	Vidareutbildning ska inriktas på kompetens inom såväl primär- som specialistvård. Vikt bör läggas på teoretisk, praktisk och handlingsorienterad kunskap
Bowers (1992)	Psykiatriska sjuksköterskor, hembesök	Ethnometodologi, icke-deltagande observation av 12 CPNs hembesök, semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor och patienter	Behov av fördjupad kunskap om innebörden av omvårdnadsarbete i patientens hem.
Bowers (1997)	Psykiatriska sjuksköterskors arbete med icke psykotiska personer i lokalsamhället	Randomiserad studie. Fokus på karaktäristiska drag i patientgruppen, remissorsak (n=30) samt semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor (n=8)	En utmaning för psykiatrin att möta nya grupper. Prioriteringsfrågor inom psykiatrisk vård och omvårdnad.

Brooker (1990)	Behov hos anhöriga som vårdar personer med schizofreni i hemmet	Litteraturgenomgång	Utveckla kunskap om psykiatri-sjuksköterskors arbete och behov av kunskap gällande schizofrena personer och deras anhöriga.
Brooker & Butterworth (1991)	Effekt av utbildning av sjuksköterskor (CPN) i psykosocialt arbete med anhöriga till schizofrena patienter	Kontrollerad studie baserad på experiment grupp/kontrollgrupp (n=9+9 CPN) och 3+3 familjer. Pilotstudie.	CPNs roll i framtiden, t ex organisation, inriktning, planering, finansiering, utbildning måste klargöras.
Brooker & Butterworth (1993)	Korttidsutbildningens effekt på sjuksköterskans (CPN) funktion i psykosocialt arbete med anhöriga till schizofrena patienter.	Uppföljning, 18 mån, av åtta CPN som genomgick 17 dagars utbildning i psykosocialt arbete.	---
Bushy (1994a)	Tillgänglighet, närhet och acceptans av psykiatrisk vårdservice på landsbygden - kulturella, traditionella aspekter	Litteraturgenomgång och yrkesmässig reflektion	---
Bushy(1994b)	Möjligheter och utmaningar för professionellt	Litteraturgenomgång och yrkesmässig	---

	omvårdnads- arbete på landsbygden	reflektion	
Butterworth (1995)	Psykiatriska sjuksköterskors utbildning och arbetsituation i 20 länder	Semistrukturerat frågeformulär till ett urval av ICNs medlemsorganisa- tioner (n=20)	Framtidsfokus: omvård- nadsfilosofin präglas av holistisk humanistisk ori- entering, utbildningens kun-skapsbas inriktas på tvärvetenskapligh- et, rollen ändras mot ett integrerat teoretiskt perspektiv på hälsofrämjande arbete, omvårdnad, rehabilitering och krisintervention.
Byrne, Brown, Voorberg & Schofield (1994)	Hälsofrämjande utbildning med personer i lokalsamhället med långvarig psykisk ohälsa	Interventionsstudie, 12 v program, 8 män med schi- zofreni, 25-45 år	Behov av utveckling och utvärdering av hälsointer- ventioner med psykiskt långtidssjuka.
Carlson, Leary, de Villiers, Faigan & Radman (1995)	Arbetsituationen relaterat till stress hos psykiatriska sjuksköterskor	Mätning av hälso- och stressfaktorer hos psykiatriska sjuksköterskor på vårdavdelning (n=467) och i öppna vårdformer (n=250) med	Fortsatt forskning om stressorer, coping och in- terventioner för att minska stress. Hur stressen hos sjuksköterskorna inverkar på patienternas vård.

		själv-skattningsskalor, bl a GHQ, MBI	
Chitty (1991)	Sjuksköterskors roll i primärprevention av ätstörningar	Teoretisk genomgång, yrkesmässig reflektion	Ätstörningar och dess orsaker på samhälls och individnivå liksom principer för primärprevention måste ingå i sjuksköterskors utbildning.
Fagin, Brown, Barlett, Leary & Carlson (1995)	Stress och utbrändhet hos psykiatriska sjuksköterskor - jämförande studie	Självskattning med hjälp av GHQ och MBI m fl. av sjuksköterskor på institution (n=323) och i lokalsamhället (n=250)	Fler studier behövs för att undersöka stressreducerande strategier för att professionella ska klara att möta allt större patientgrupper och ökade förväntningar.
Gibson (1994)	Tid - en aspekt i psykiatrisk omvårdnad	Kvalitativa intervjuer med patienter och deras sjuksköterskor (n=20/20)	----
Glenister (1993)	Gruppverksamhet med personer med akuta psykiska problem genomförd av psykiatrisjuksköterskor	Fallstudie	----
Godin (1996)	Utvecklingen av psykiatrisk omvårdnad i	Historisk forskning	Utveckling av psykiatrisk omvårdnad i

	lokalsamhället		lokalsamhället tillsammans med andra professioner, multi-professionella team. Utveckling av specifika kunskapsområden inom casemanagement och vägledning.
Hannigan (1997)	Prioritering av CPN's arbetsområde, koppling till primärvård samt effektivitet i kliniska interventioner	Litteraturgenomgång	Forskning behövs om CPN's arbete med icke-psykotiska personer inom primärvård med fokus på innebörd, interventioner och utvärdering.
Harmon, Carr & Lewin (2000)	CPN's funktion inom primärvård i Australien	Utvärdering av ny modell genom mätning av läkarnas tillfredsställelse med CPN's arbete	Behov av systematisk utvärdering av modellens effekt.
Hedelin & Svensson (1999)	Psykiatrisjuksköterskans hälsofrämjande arbete och prevention av depression hos äldre	Fallstudie	Behov av kunskaps och metodutveckling gällande psykiatrisjuksköterskans befolkningsinriktade hälsofrämjande och förebyggande

Bilaga 1

			arbete.
Hedelin & Strandmark (2001a)	Innebörden av psykisk hälsa ur äldre kvinnors perspektiv	Fenomenologisk studie, kvalitativa intervjuer med 16 kvinnor, 71-92 år	Fördjupa förståelsen av innebörden av psykisk hälsa relaterat till hälsofrämjande arbete.
Hedelin & Strandmark (2001b)	Innebörd av depression ur äldre kvinnors livsvärldsperspektiv	Fenomenologisk studie, djupintervju - fem deprimerade kvinnor, 75-92 år	---
Hedelin & Jonsson (2003)	Innebörden av psykisk hälsa och depression som ett kontinuum	Fenomenologisk studie, kvalitativa intervjuer med 24 äldre kvinnor	Betydelsen av att klargöra grundläggande kännetecken i psykiatrisk omvårdnad och i sjuksköterske – patientrelationen.
Holst & Severinsson (2002)	Samarbete mellan vårdpersonal inom specialisthälsotjänsten och kommunhälsotjänsten	Kvalitativ studie, intervjuer med informanter från olika vårdkontext (n=9). Innehållsanalys.	---
Hostick & McClelland (2002)	Vårdrelationen mellan CPN och deras patienter	Deltagarorienterad forskning, två patienter och två psykiatriska sjuksköterskor, i fyra dialoger om vårdrelationen	----
Hughes (1991)	Psykiatrisjuksköterskans tillämpning av Beck's kognitiva	Litteraturgenomgång	Behov av kunskapsutveckling när det gäller CPN's

	terapi i vården av äldre med depression		arbete med äldre personer med depression
Hughes (1992)	Psykiatrisjuk-sköterskans arbete med deprimerade äldre	Litteraturstudie	---
Hummelvoll & Bunch (1994)	Definition av psykiatrisk omvårdnad. Folkhälso-perspektivets plats i utbildningspro-grammen i psykiatrisk omvårdnad. Kvalifikationer för hälsofräm-jande och förebyggande arbete i lokalsamhället	Deskriptiv studie, frågeformulär till 13 högskolor med specialist-utbildning i psykiatrisk omvårdnad	Behov av undersökning av hur psykiatriska sjuksköterskor utvärderar relevansen i deras utbildning i relation till framtida arbete inom psykiatriska sjukhus och lokalsamhälle.
Hummelvoll (1996)	Karaktäristiska drag i psykiatri-sjuksköterskans arbete i lokal-samhället i Norge	Kvalitativ forsknings intervju med psykiatrisjuk sköterskor (n=16)	Vad sker med den psykiatriska sjuksköterskas 'li-bero-funktion' om den blir utbytt mot en strikt arbets-beskrivning? Vilka erfa-renheter har patienterna av kvalitet relaterat till psykiatrisk omvårdnad i lo-kalsamhället?

Hummelvoll & Granerud (1996)	Brukartillfredställelse relaterat till psykiatrisk omvårdnad i lokalsamhället	Metod och datatriangulering, semistrukturerad intervju med vård och omsorgs- chefer (n=16) och kommunläkare (n=13) samt frågeformulär till patienter (n=54)	Betydelsen och effekten av psykiatrisk omvårdnad i lokalsamhället och patienternas erfarenheter efter avslutad kontakt.
Hummelvoll (1998)	Forskning och ämnesutveckling inom psykiatrisk omvårdnad	Internationell forsknings- översikt och yrkesmässig reflektion	Fortsatt precisering av den psykiatriska omvårdnadens fokus och perspektiv, ”state-of-the-art” artiklar
Jackson & Stevenson (2000)	Psykiatriska patienters behov och deras uppfattning av hur psykiatrisk omvårdnad kan möta dessa behov	Grounded Theory, Fokus- grupper bestående av brukare, deras vänner och familjer, vårdpersonal inom psykiatrisk vård	Omvårdnad som en interpersonell process i utbildningen, på olika nivåer, teoretiskt och som färdighetsträning.
Lego 1997	Varför har biologiska förklaringsmodeller till psykiska sjukdomar blivit dominerande i USA?	Yrkesmässig reflektion knutet till en fallstudie	Många psykiska sjukdomar förbättras av läkemedel. Är det grundat i biokemiska verkningsmekanismer, patientens tro på 'kemin' eller patientens tilltro

			på läkarens helande kraft? Dessa frågor måste undersökas på ett fördomsfritt sätt.
Lockwood & Marshall (1999)	Vårdprogram för bedömning av behov hos personer med allvarliga psykiska tillstånd	Pilotstudie, intervention med CPN (n=9), en forskningssjuksköterska och patienter (n=20).	Kontrollerad studie av vårdprogrammet föreslås.
Magnusson & Lützén (1999)	Att utifrån den kliniska verksamheten undersöka vilka etiska frågeställningar som uppstår vid vård i hemmet av patienter med psykiska funktionshinder	Fokusgruppintervjuer (3 st)	Fortsatt forskning och teoriutveckling av vård i hemmet
Magnusson, Severinsson & Lützén (2002 a).	Att undersöka tre olika yrkesgruppers syn på privatliv och självbestämmande vid vård i hemmet av patienter med psykiska funktionshinder.	Explorativ studie. Frågeformulär, distriktssköterskor, psykiatriska sjuksköterskor och skötare i psykiatrisk vård (n=660)	Fortsatt forskning som identifierar etiskt problematiska situationer i patientens hem.
Magnusson, Lützén & Severinsson (2002 b)	Att undersöka på vilket sätt handledning kan påverka personalens	Explorativ studie. Frågeformulär, distriktssköterskor, psykiatriska sjuksköterskor	Fortsatt forskning om handledningseffekter med fokus på etiska aspekter.

	arbetsituation vad beträffar etiska frågor relaterade till vård i hemmet av patienter med psykiska funktionshinder	och skötare i psykiatrisk vård (n=660)	
Massey, P. (1991)	Sjuksköterskor sorgereaktion i samband med nedläggning av psykiatriskt sjukhus	Intervjustudie, observation och skattningsformulär med sjuksköterskor (n=22)	---
Mckenna, Keeney, Bannon, & Finn (2000)	Beskriva karaktär och utformning på en verksamhet med psykiatrisk omvårdnad i lokalsamhället (CPNS) i Nordirland som underlag för framtida planering	Analys av dokument, patientregister, remisser, aktivitetsrapporter, besöksstatistik samt semistrukturerad intervju med sjuksköterskor (n=11),	---
Meades (1993)	CPN's arbete med patienter som lider av ätstörningar	Litteraturläsa genomgång, yrkesmässig reflektion	---
Mellon (1994)	Ny specialistfunktion för psykiatriska sjuksköterskor inom hemsjukvård	Yrkesmässig reflektion	Omvårdnad måste inriktas på kostnadseffektiv prevention och hälsovård.
Nehls (1994)	Psykiatriska sjuksköterskors och andra professioners erfarenheter	Fenomenologisk-hermeneutisk metod, djupintervjuer med	---

	av ett innovativt vårdprogram för personer med Borderline personlighet	sjuusköterskor och läkare (n=13)	
Nolan & Hopper (2000)	Beskriva psykiatrisk omvårdnad ur ett brittiskt sociopolitisk perspektiv	Litteraturgenomgång, historisk reflektion	Omdefiniera eller definiera den psykiatriska sjuusköterskans yrkesfunktion
O'Brien (2000)	Innebörden av vårdrelationen sett ur psykiatriska sjuusköterskors och lågtidsvårdade patienters perspektiv	Fenomenologisk-hermeneutisk studie. Upprepade intervjuer med fem CPN och fem patienter.	Fortsatt forskning bör inriktas på vårdrelationen relaterat till olika patientgrupper, resurser och patienternas nytta av relationen
Ogussio (1995)	Olika länders nationella sjuusköterskeförbunds arbete för att främja psykisk hälsa och utveckla psykiatrisk vård	Dokumentanalys	---
Parahoo (1991)	Olika aspekter på arbete och arbetsmiljö för psykiatriska sjuusköterskor i lokalsamhället i Nordirland som påverkar arbetstillfredsställelse	Lokal survey undersökning med sjuusköterskor (n=77) i en irländsk provins	Fortsatt forskning rörande psykiatriska sjuusköterskors arbetssituation i lokalsamhället behövs för att säkra rekrytering och arbetsmotivation.
Poggenpoel	Psykiatrisjuk-	Litteratur-	---

(1995)	sköterskans roll i att främja psykisk hälsa hos människor, familjer och grupper som utsatts för våld	genomgång, yrkesmässig reflektion	
Reda (1995)	Personalens erfarenheter av rehabilitering av psykiatriska långtidsvårdade patienter i samband med nedläggning av psykiatrisk institution.	Kvasi-experimentell studie av personalrepresentanters (multidisziplinära) (n=16) erfarenheter relaterat till utflyttning och rehabilitering av patienter (n=20)	Studien behöver replikeras med ett större antal patienter i fler lokalsamhällen för att klarlägga framgångsfaktorer i rehabilitering.
Roberts (1997)	”Liaison” i psykiatrisk omvårdnad innebörd, utveckling och definitioner	Litteraturgenomgång	Liasion behöver utvecklas och klargöras som begrepp och funktion inom psykiatrisk omvårdnad.
Shears & Coleman (1999)	Policy rörande inriktningen i psykiatrisk omvårdnad, de svårt psykiskt sjuka eller primärvårdspatienter	Litteraturgenomgång, explorativ studie, semistrukturerade intervjuer med administratörer (n=5)	Lagstiftning, policy och ett starkt centralt ledarskap, på basis av brukares och vårdares erfarenheter, behövs för struktur och resursfrågor
Soltis-Jarrett (1995)	Klinisk specialistfunktion i psykiatrisk	Fallstudie – yrkesmässig reflektion	---

	omvårdnad på landsbygden i södra Australien		
Struthers, J. (1999).	Humor som ett verktyg i psykiatrisk omvårdnad – resurs och risk	Deskriptiv, explorativ studie. CPN (n=7), critical incident, kvalitativ intervju	---
Stuart, Worley, Morris & Bevilacqua (2000)	Psykiatrisjuksköterskors kompetens, arbetsförhållanden, arbetstillfredsställelse	Kartläggning, frågeformulär, psykiatrisjuksköterskor (n=330)	Sjuksköterskors kompetens måste göras känd och tillvaratas på administrativ och organisatorisk nivå
Thomas (1992)	Specialisering inom psykiatrisk omvårdnad, utbildning på olika nivåer, klinisk verksamhet	Litteraturgenomgång, yrkesmässig reflektion	Psykiatriska sjuksköterskor kommer att ha en viktig funktion för kontinuitet i vårdkedjan och utveckling av olika vårdformer i framtiden. Utbildningen viktig som förberedelse för flexibel yrkesfunktion.
Tilley, Pollock, Ross & Tait(1999)	Narratives som grund för förståelse av forskning rörande omvårdnad	Metodutveckling – triangulering av kvalitativ och kvantitativ metod, berättelser	---
Tilley & Ryan (2000)	Klinisk effektivitet i psykiatrisk omvårdnad relaterat till olika	Litteraturgenomgång – diskursanalys	---

Bilaga 1

	perspektiv		
Warren (1995)	Åtgärder för att förhindra återinläggning för patienter med långvarig psykiska sjukdom	Retrospektiv granskning av journaler på utskrivna patienter (n=133)	Fortsatt forskning om åtgärder att förhindra återinläggning genom uppföljning.
Weaver, Patmore, Cunningham & Renton, (1999)	Psykiatriska sjuksköterskors inom primärvård – arbetsuppgifter relaterade till personer med allvarlig respektive lättare psykisk ohälsa	Empirisk studie – registerdata, frågeformulär till allmänpraktiker (n=76)	Forskning, policy och utveckling av interventioner för personer med lättare psykisk ohälsa inom primärvård
Williams, Keady & Nolan (1995)	Anhörigvårdares erfarenhet av att vårda närstående med Alzheimers sjukdom	Fallstudie	Betydelsen av att fokusera yngre personer som drabbas av sjukdomen.