

Teoretiske og ideologiske innflytelser på utviklingen av psykiatrisk sykepleie etter 1960 – en litteraturgjennomgang

Jan Kåre Hummelvoll, RN, BA, DrPH – Arild Granerud, RN, DrPH

THEORETICAL AND IDEOLOGICAL IMPACTS ON THE DEVELOPMENT OF PSYCHIATRIC NURSING AFTER 1960 – A LITERATURE REVIEW.»

ABSTRACT

The purpose of this article is to give an overview of theoretical and ideological impacts on the development of psychiatric nursing. The chosen method for this review is the resumé format. This has been carried out by outlining the contents of theoretical and research articles in psychiatric nursing journals in the period 1960–2008. Three theoretical influences are prominent in this resumé: The human science influence (humanistic-existential approach; psychodynamic approach), natural science influence (biomedical approach; generalised, decontextualised facts of knowledge) and social science influence (anti psychiatry; psychosocial impacts; holism and pluralism; user perspective). In conclusion, a main concern in the reviewed articles is to present the contribution of psychiatric nursing as complementary to other professions work in order to meet the challenges in the field of mental health services. Consequently, a strong emphasis on multidisciplinary collaboration and cooperation with users are present. The importance of making ideological perspectives explicit is pointed out as having impacts on the modes of care, nursing and treatment of persons with mental health disabilities. The reviewed articles show that the social science perspective has gradually influenced psychiatric nursing both ideologically and practically. Finally, it seems that psychiatric nursing philosophy presents counter-arguments to the emphasis on biomedical research and practice in contemporary mental health care.

KEY WORDS: psychiatric nursing, ideology, practice, historical perspective

Innledning

Denne litteraturgjennomgangen undersøker artikler som fokuserer teoretiske og ideologiske innflytelser på utviklingen av psykiatrisk sykepleie de siste 50 år. Ved overgangen til 1960-tallet var et tiår tilbakelagt hvor viktige hendelser med betydning for utviklingen av psykiatrisk sykepleie hadde funnet sted: Det var da Russel Bartons studie (1) om «institusjonsnevrosen» for alvor startet institusjonskritikken; nye psykofarmaka kom og lokalsamfunnstilnærmingen fikk sin spede begynnelse – og det var da at den første doktorgraden innen fagområdet ble publisert av Hildegard Peplau (2). Fra England kom gradvis ideer om at institusjonslivet kunne omformes til et terapeutisk samfunn (3) med vekt på personlig vekst gjennom mellommenneskelig læring, ansvarliggjøring og åpen kommunikasjon. Det var også på 50-tallet at de første spesialutdanninger i psykiatrisk sykepleie i Norge ble etablert – og dermed bidro til at psykiatrisk sykepleie ble en tydelig fagspesialitet innen sykepleien.

Hensikten med artikkelen er å gi et oversiktsbilde av hvilke teoretiske og ideologiske grunnsyn og antagelser som har hatt innflytelse på utviklingen av psykiatrisk sykepleie siden 1960, og dermed å gi et eksposé over ideologiske strømninger slik de kan spores i forsknings- og teoriartikler frem til 2008. Forskningsspørsmålet er: Hvilke grunnsyn – forstått som teoretiske og filosofiske antagelser – har preget og preger forsknings- og teoriartikler innen psykiatrisk sykepleie i perioden 1960 til 2008?

Metode

Generelt er hensikten med oversiktsartikler å fremstille eksisterende forskningslitteratur om et bestemt tema for å få frem hvilke spørsmål som er besvart og hvordan de er besvart. Det finnes flere former for oversiktsartikler; 1) resymé, 2) kritisk analyse, 3) synopse og 4) syntese. Metodevalget i denne studien er *resyméet*. Intensjonen er å gi en oversikt over publikasjonenes innhold. Generelt oppsummerer resyméartikler kortfattet hovedpoengene i relevante publikasjoner innen et felt. Gjennomgangen har ideelt sett 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 at det også foretas en kategorisering av artiklene (4). Det siste er gjort ved å kategorisere artiklene under følgende overordnede kunnskapsperspektiver: Det humanvitenskapelige, naturvitenskapelige og samfunnsvitenskapelige perspektiv. I tillegg har vi hatt en åpen restkategori. Denne ble etter hvert benevnt: Psykososialt perspektiv – med to underkategorier: Helhet og pluralisme og Brukerperspektivet.

Litteratursøket dekker perioden 1960–2008. Nøkkelordene for søket var: *Psychiatric nursing* (practice) og *mental health nursing* (practice) kombinert med *ideology*, *theory*, *evidence based*. Søket ble foretatt i EMBASE, Ovid, PsychInfo og SveMed (databasene dekket i hovedsak fagområdet). Det kom opp et stort antall artikler, spesielt fra de siste 10 årene, som omhandlet ideologiske og teoretiske posisjoner. Søkeresultatet viste 2433 treff. Titlene på artiklene ble gjennomgått, og 250 abstrakter, som ble vurdert som relevante for studiens hensikt, ble undersøkt. Av disse ble 70 artikler gjennomlest i sin helhet. 54 artikler (teoretiske, empiriske og kommentarartikler) ble vurdert som sentrale ift hensikt og forskningsspørsmål. Disse ble først gruppert i forhold til tiåret de ble publisert, og deretter tematisk samlet uavhengig av tidsperiode og relatert til grunnsyn og ideologiske perspektiver som er nevnt foran.

Humanvitenskapelig innflytelse

Humanistisk-eksistensiell tilnærming

En rekke artikler fra den undersøkte perioden, som eksplisitt omtaler det filosofisk-ideologiske grunnlag, knytter seg til en humanistisk og eksistensiell tilnærming. Dette gjelder artikler som omhandler utdanningen i psykiatrisk sykepleie (5-7) og artikler som omtaler det filosofiske grunnlaget for praksis (8-13). Det sentrale filosofiske innholdet dreier seg om at mennesket utformer sin eksistens gjennom de valg det gjør, at den menneskelige eksistens ikke kan beskrives eller forklares med objektive begreper og at mennesket er fritt og at frihet medfører ansvar. Angst betraktes som grunnleggende i menneskelivet og opp-

står i valgsituasjoner og i forhold til dødens realitet. Menneskets eksistens er rettet mot fremtiden og den skapes gjennom nåtidens valg og handlinger. Videre poengteres at eksistensialistiske filosofer og praktiskere er humanister, dvs at menneskets eksistens, frihet, verdighet og livets mening står i sentrum for deres analyse. Eksistensialisme er imidlertid ingen enhetlig filosofi. Ulsafer (10) oppfatter den som en livsholdning og som en måte å tenke på, og tilnærmingen til menneskets situasjon vil være preget av et helhetssyn hvor både individualitet, relasjoner, omgivelser og ideologi fokuseres. Flere artikler anvender eksistensielt orienterte filosofer (Sartre, Heidegger) for å få grep om sentrale fenomener i pasientarbeidet slik som det terapeutiske møte (14, 15), å bli forstått (16) og ensomhet (17).

Både Middleton (5) og Burnard (18) drøfter likheter og forskjeller mellom den rogerianske humanistisk orienterte tilnærming og den eksistensielle. Et vesentlig skille går mellom bruk av teknikker og forståelsen av relasjonen. Den klientsentrerte retningen benytter teknikker og understreker en ikke-dirigerende holdning med en total akseptasjon av klientens verden. Den eksistensielle tilnærming derimot er opptatt av en dialogisk prosess hvor både sykepleieren og pasienten fremstår som personer med sine «verdensoppfatninger». Siden begge parter er ansvarlig for hvordan de forstår verden, er det rimelig å forvente at de til tider vil være uenige og argumentere. Burnard (18) påpeker at sykepleieren er ikke en passiv, påvirket hjelper; begge parter forandres i møtet. Det betyr at «virkeligheten» må forhandles gjennom dialog. Følgelig er det en mer likeverdig prosess enn i den klientsentrerte rogerianske retning. Problemer løses ikke, men det er pasientens oppfatning av verden som endres for å tilpasse seg forskjellige måter å se problemene på. Det sentrale i eksistensiell rådgivning er å undersøke pasientens egne oppfatninger, verdier og avgjørelser. Etter en slik beskrivelse vil sykepleieren og pasienten arbeide seg gjennom oppfatningene – og så gjennom diskusjon og argumenter se på alternativene – med respekt for pasientens valg.

Dialogen og språkets betydning i humanistisk-eksistensiell tradisjon

I den humanistiske og eksistensielle posisjon er dialogen og den dialogiske innstilling fremtredende. Roberts (19) poengterer at å ta den andres perspektiv er viktig for å forstå personer med psykiske problemer. En åpen, dialogisk orientert relasjon innebærer at begge parter lærer av hverandre og bidrar til selvforståelse og fremmer kreativitet i forståelse og handling. Gjennom en narrativ tilnærming, med fokus både på det manifeste og latente innhold, kan det karakteristiske ved språkets betydning bli identifisert og bidra til at psykiatrisk sykepleie blir en individuell, omformende erfaring for mennesker, og som gir en opplevelse av tilknytning og bekreftelse (20).

Kirkpatrick (21) fremhever at fortellinger/narrativer er en grunnleggende og sterk kulturell uttrykksform for å formidle menneskelige erfaringer og liv. De refererer til 'levd erfaring'. En narrativ tilnærming viser at enhver person er unik, den verdsetter individuelle erfaringer og gir ansikt og stemme til erfaringene. Språket konstruerer og bidrar til makt i relasjoner. De som bevisst bruker et ikke standardisert og hverdagsnært språk, gjør dette som reaksjon mot den biomedisinske standardiserte språkbruken (22). Det samme poengterer Happell (23) som mener at språket er et meget kraftfullt redskap når virkeligheten skal defineres. Personer med psykiske problemer erfarer ofte hjelpeløshet i møte med psykiatrisk terminologi. Derfor kan bruk av fagspråk motvirke likeverdighet i omsorgsrelasjonen og utgjøre en vesentlig barriere i den terapeutiske relasjonen.

I sykepleiepraksis har fortellingen om pasienten og relasjonen vært en tradisjonell og sentral kunnskapskilde. I økende grad har fortellingen også blitt en viktig datakilde i vitenskapelig sammenheng. Fortellingen anvendes når for eksempel utfordringer, problemer eller noe i hverdagsverdenen skal skildres (24).

Begrepet *omsorgssamtale* (caring conversation) benyttes av Fredriksson og Lindström (25). Denne samtalen har som grunnleggende antagelse at pasienter gjennom narrativer kan skape mening både i og med lidelsen. Denne humanistiske influerte narrative tilnærmingen kan relateres til hele pasientens liv, og gi grunnlag for vekst, forsoning og å finne mening i lidelsen. Det kan bygge en indre bro som gjør at

de får et fornyet forhold både til seg selv og andre. Barker et al. (26) mener at pasienten gjennom gjenfortelling av eget liv sammen med perspektivskapende lytter, vil kunne bidra til å finne sin identitet og å oppnå helse. Den åpne dialogen blir aldri ferdig. Den pågår så lenge relasjonen varer, og klinger ved etter relasjonens opphør. Denne dialogiske prosessen er kjernen i psykiatrisk sykepleie. Freshwater (27) hevder at gode dialoger forutsetter at sykepleieren reflekterer over egne dialogiske prosesser både med seg selv og andre. Å ha frihet i ens egne refleksive prosesser er nødvendig for å forstå og hjelpe mennesker med psykiske problemer.

Psykodynamisk tilnærming

Psykoanalytisk og psykodynamisk teori har fungert som forståelsesramme for både individuelt og miljøterapeutisk arbeid, hevder Wheeler (28). Det er en tilnærming hvor mennesket forstås som et historisk vesen som søker selvinnsett og forståelse av sin egen utvikling/historie. Den psykodynamiske teori representerer viktig og relevant kunnskap for psykiatriske sykepleiere ved at den gir mulighet til å forstå for eksempel angst og andre psykiske fenomener, og gi adekvate responser hvis han/hun forstår de underliggende psykodynamiske prosessene. Psykodynamisk teori fokuserer på å forstå hvordan tidlige relasjonelle erfaringer er avgjørende for personlighetsutvikling og for å skape gode mellommenneskelige forhold som voksen. Gallop og O'Brian (29) argumenterer for at psykodynamisk teori må reetableres som grunnleggende kunnskapsbase for psykiatrisk sykepleie. Psykiatrisk sykepleie er basert på en mellommenneskelig prosess som er avhengig av at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk for å gi god pasientbehandling. Den *psykoterapeutiske* virksomheten må grunnes i en dyp forståelse i psykodynamisk teori; sykepleiere må forstå betydningen av det ubevisste – dvs forstå seg selv for å forstå hva som kommer fra deres egen indre verden versus klientens. Derfor må sykepleieren ha en innforlivet forståelse av fenomener som overføring, motoverføring og splitting, og forstå hvordan disse påvirker relasjonen og muligheter for innsikt. Målet er å hjelpe pasienter til å forstå sine problemer i lys av deres historie, løse opp i gamle vanskeligheter og prøve ut nye måter i samhandling med andre mennesker.

Flere forfattere, bl.a. Whinship (30) og Burrige (31), argumenterer for betydningen av å anerkjenne den innflytelse som det *psykoanalytiske* begrepsapparat har hatt for utviklingen av psykiatrisk sykepleie – særlig i institusjonsbehandling for å forstå det som skjer på relasjons- og gruppenivå. Allerede i 1968 publiserte Peplau (32) artikkelen «Psychotherapeutic Strategies», som utdyper hvordan psykiatrisk sykepleie kan utøves innenfor en psykodynamisk referanseramme. Den vektlegger utvikling av ny adferd – samt en presentasjon av verbale strategier som kan stimulere øket selvinnsett. Psykiatrisk sykepleie er en kompleks virksomhet, og gjennom et psykodynamisk perspektiv og psykoterapeutiske strategier kan sykepleiere hjelpe pasienten å leve det livet han/hun ønsker i lokalsamfunnet. Den såkalte *egostyrkende sykepleie* inneholder en klar påvirkning fra psykoanalysen. Det samme gjelder for det opprinnelige *terapeutiske samfunn*.

Mary Turner (33) har i en artikkel om psykoterapi hos eldre særlig understreket de positive mulighetene ved en psykodynamisk terapiform med *egointegrasjon* som mål. Tilnærmingen bygger i hovedsak på E.H. Eriksons utviklingsmodell. Sentrale tema i psykoterapi med eldre er opprettholdelse av selvaktelse, hjelpeløshet og håpløshet, frykt for smerte og lidelse, psykisk og fysisk svekkelse, eksistensielle spørsmål. Pasientomsorg og behandling avhenger av pasientens funksjonsnivå. For eldre uten kognitiv svikt er målet en strukturell endring gjennom innsiktsorientert terapi. Ved kognitiv svikt er målet en bedring av funksjonsnivå gjennom familierapi og undervisning. For eldre med kriseopplevelser er målet å gjenerobre best mulig fungering gjennom sorg- og kriseterapi. I psykodynamisk teori blir det poengtert at alle livsfaser er viktige og bærer i seg muligheter for vekst og utvikling.

Naturvitenskapelig innflytelse

Biomedisinsk tilnærming

Det er få forfattere som ensidig relaterer seg til den biomedisinske modell. I den grad slike synspunkter artikuleres, slik som hos Gournay

(34), er de knyttet til betydningen av å ha grundig biokjemisk kunnskap om virkninger og bivirkninger når medikamenter skal administreres – og nødvendigheten av å møte pasientenes fysiske helsebehov gjennom observasjon, motivasjon, tilpasset undervisning og fysisk omsorg. Likevel er den biomedisinske modellen tydelig i mange av artiklene. Oftest benyttes modellen som en negasjon – noe som man beskriver for så å definere seg bort fra den. Et eksempel på dette er en artikkel av Barker et al. (26) som beskriver den humanvitenskapelige basis for psykiatrisk sykepleie. Forfatterne tar utgangspunkt i at en del psykiatrisk sykepleieforskere (f.eks Gournay (34) og Wray (35)) oppfordrer til at man i stedet for å videreutvikle sykepleieteorier, tar inn over seg den store biomedisinske kunnskapsbasen. Det er særlig to forhold som har fornyet interessen for den biomedisinske tilnærmingen: 1. Den økte oppmerksomhet om biologiske hypoteser relatert til ulike psykiske lidelsers årsaker og løsninger; 2. Forventningen om at sykepleiere skal videreutvikle sin rolle som en agent for medisinsk-psykiatrisk behandling, for eksempel ved å delta i diagnostisering av positive og negative symptomer ved schizofreni, at de skal oppnå retten til å forskrive psykofarmaka og bidra i opplæring av pasienter og deres familier i den medisinske konstruksjonen av psykisk lidelse.

Generalisert, dekontekstualisert «faktakunnskap»

Betydningen av forskningsbasert praksis blir poengtert i flere artikler. Dens teoretiske plattform forutsetter en naturvitenskapelig, reduksjonistisk tenkning. Stuart (36) mener at hvis sykepleiere skal kunne gi en riktig behandling, må den være evidensbasert gjennom randomiserte og kontrollerte forsøk og følges opp av metastudier. God og effektiv sykepleie må bygge på et evidensbasert diagnostesystem. Selv om ikke all klinisk praksis kan være evidensbasert på grunn av dens kompleksitet, må dette være målet (36, 37). Artikkelforfatterne diskuterer ikke teoretiske modeller for evidensbasert sykepleie eller hvilke konsekvenser en slik teoretisk plattform kan gi, men mener at den evidensbaserte praksis bør være hovedstrategien for å utøve psykiatrisk sykepleie på en sikker måte. Phillips og McCann (38) understreker at en biomedisinsk modelltenkning er langt mer enn medikamentell administrasjon og observasjon av virkningen av disse innen psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten. Sykepleiere forventes å kunne vurdere pasientens helsetilstand, formidle kunnskap og informasjon om tilgjengelige ressurser for pasienten og å skape en tillitsfull relasjon.

At psykiatrisk sykepleiepraksis er styrt av den medisinske modell, ble vist i en studie av Hummelvoll og Severinsson (39). De undersøkte hvilke idealer og realiteter som dominerte tenkning og praksis på en psykiatrisk akuttavdeling. Studien viste en markant ideologisk diskrepans mellom den medisinske og den humanistisk-eksistensielle modell. I det daglige, praktiske arbeid dominerte den medisinske modelltenkning på grunn av kravet om behandlingseffektivitet og akuttpsykiatriens uforutsigbare preg som fremmet en kontrollorientert holdning hos personale. På det ideologiske plan fremholdt imidlertid personalet et humanistisk grunnsyn. Wheeler (28) hevder at å se psykiske lidelser bare som biologisk bestemt, og å benytte kjemisk manipulering som svar på lidelsen, «lindrer vår egen angst, men holder oss i mørke om personen vi behandler.»

Samfunnsvitenskapelig innflytelse

Hopton (40) hevder at britisk psykiatrisk sykepleie aldri egentlig har tatt institusjonskritikken fra antipsykiatrien på alvor. Han mener at psykiatrisk sykepleie i for stor grad ukritisk har omfavnet humanistisk psykologi og rådgivning – i stedet for å ta Bartons (1) «institusjonsnevrose» (og sykepleiernes bidrag til den) og den eksistensielle, antipsykiatriske kritikken inn over seg. Han mener at det er en tendens til overidealisering av relasjonsarbeidet. Søkelyset burde i langt sterkere grad rettes mot strukturelle, historiske og politiske forhold som bidrar til å holde brukere nede i en underprivilegert posisjon.

Hughes (41) understreker at psykiatriske sykepleiere har en advokatrolle i forhold til sine klienter. For å virkeliggjøre denne rollen, må sykepleierne bli mer synlige, spesielt på den politiske arena. Det forutsetter kjennskap til og forståelse av politiske prosesser. Innsikten må

utnyttes slik at beslutningstagere gjennom informasjon bedre kan forstå brukeres verden og utforme strategier som fremmer bedre service/tilbud.

Roberts (19) beskriver hvordan Foucaults teori om makt og kunnskap kan benyttes til å forstå hvordan maktens natur, tilstedeværelse og utøvelse kommer til uttrykk i dagens psykiatri. Forfatteren viser hvordan Foucaults teori kan utgjøre en fundamental og radikal utfordring til psykiatrisk teori, diagnostikk og til psykiatrisk sykepleiepraksis. Åpne dialoger og diskusjoner om makt og kunnskap – samt en kritikk av kunnskapsbasen i psykiatri og i psykiatrisk sykepleie, kan bidra til at brukerne blir personer og ikke psykiatriske subjekter.

Lakeman (42) tar utgangspunkt i tendensene innen psykisk helsearbeid til å beskytte seg mot tidens kollektiv angst og frykt for det fremmede og det som er annerledes gjennom forsvarspregede reaksjoner. Dette kommer bl.a. til uttrykk i ulike former for risikovurdering. I et større perspektiv oppstår lignende reaksjoner i forhold til for eksempel frykt for terrorisme. Flere forfattere innen fagfeltet behandler tema knyttet til usikkerhet, risiko og frykt på individuelt, relasjonelt og samfunnsnivå ved årtusenskiftet. De viser at vi både kollektivt og individuelt blir trukket mot defensive krefter og reaksjoner i relasjon til frykt. Delvis kan dette forklare den polarisering som opptrer rundt definering og reaksjoner på psykisk lidelse. Angst og frykt (for det ukjente) fører også til at psykiatrisk behandling skal sikres gjennom en standardisert og manualisert praksis.

Roberts (13) reflekterer over den krise i moderniteten som slår tilbake i alle menneskers liv i og med at tradisjonen og overleveringen av de meningssskapende fortellinger og sammenholdte forklaringer, ikke lenger fungerer. For å forstå og møte denne meningskrisen, griper forfatteren tilbake til eksistensielle perspektiver for å få større grep om situasjonen/utfordringen.

Eriksson og Hummelvoll (43) har tatt et samfunnsvitenskapelig perspektiv på utfordringer for psykiatrisk sykepleiepraksis: Forandringer på samfunnsnivå i senmoderniteten påvirker den enkeltes hverdagsliv både direkte og indirekte. Disse forandringene skjer i så vel umiddelbare og påtagelige henseender som gjennom langvarige og «usynlige» hendelser. Dette innebærer større muligheter og utfordringer når det gjelder å ta valg og et tilsvarende ansvar for den enkelte når det gjelder å skape sitt eget liv. Den raske teknologiske utviklingen, rasjonalisering og krav om effektivitet fører til at tilværelsen blir vanskeligere å begripe og hanskes med. Det synes å være en utvikling mot det enkelte kaller *risikosamfunnet* hvor nye trusler, risikoer og usikkerhet opptrer. Det er grunn til å tro at visse sider ved risikosamfunnet gjør situasjonen ekstra vanskelig for mennesker med psykiske problemer og funksjonshindringer.

Antipsykiatri

Den antipsykiatriske tenkning finnes fortsatt i en del artikler. Clarke (44) viser dette i artikkelen «Ten years on: the abiding presence of R.D. Laing» hvor Laings liv og filosofisk-teoretiske refleksjoner knyttet til psykiatrisk praksis analyseres. Det overordnede mål for antipsykiatrien var å forandre psykiatrien innenfra, og dette ble forsøkt gjennomført ved å anta en eksistensialistisk tilnærming som fremhever betydningen av å verdsette menneskelige erfaringer og opplevelser fremfor å behandle personer ut fra diagnostiske merkelapper som er underlagt det dominante medisinske hegemoni. Schizofreni betraktes derfor som «another way of being human».

O'Brien (45) kombinerer antipsykiatrisk tankegods (og dermed eksistensialisme og fenomenologi) med ideologien fra det terapeutiske samfunn innen en lokalsamfunnssammenheng. Denne tilnærmingen er bl.a. benyttet i gruppeboliger for mennesker med psykiske problemer og funksjonshindringer. En slik tilnærming legger vekt på den enkelte persons eksistens og på den frihet og det ansvar personen har i forhold til å bearbeide sine livserfaringer. Det terapeutiske samfunn vektlegger at mennesker skal få mulighet til å arbeide med personlige forhold i forbindelse med å leve selvstendig i lokalsamfunnet. Målet for hjelpen er å *helle* heller enn å behandle – dvs å hjelpe personen til å gjenvinne helse. Derfor vil fokus på det som virker helsefremmende være en sentralt i personalets arbeid. Wright et al. (46) mener at en sosialkonstruktivistisk teoritilgang vil kunne bidra til en

fruktbar faglig fornyelse, bl.a. gjennom å erkjenne det fellesmenneskelige som grunnlag for å forstå og å hjelpe personer med ulike psykiske funksjonshindringer. Denne utgangsposisjonen bør kjennetegne psykiatriske sykepleieres personorienterte arbeid.

Psykososial innflytelse

I lokalsamfunnet har psykiatriske sykepleiere fått andre roller, og derfor må deres teorigrunnlag også ta opp i seg endringene som har skjedd i samfunnet. Den tradisjonelle en-til-en-relasjonen er ikke lenger tilstrekkelig som arbeidsform når konteksten er lokalsamfunnet (47). Holmes (48) mener at psykiatrisk sykepleie er i en identitetskrise pga den biomedisinske-psykiatriske innflytelse på den ene siden og på den andre siden et språk med begreper i psykisk helsearbeid som er mer beskrivende og brukerstyrt. Arbeidssted og fokus har også forandret seg – fra institusjon til lokalsamfunn. Dette krever en psykososial tilnærming og forståelse. Det har gitt psykiatriske sykepleiere en utfordring i forhold til begrepsbruk og presisering av fagets filosofiske grunnlag.

Den psykososiale modelltenkningen er også inkludert i artikler som har en eksistensiell forståelse som basis. Psykiatrisk sykepleiere må arbeide for å motvirke stigmatisering av mennesker med psykiske problemer, stimulere inkludering i lokalmiljøet og utvikle nettverk som kan fremme sosial integrering. Granerud og Severinsson (49) viser i sin studie at mennesker med psykiske problemer opplever dagliglivet som ensomt og langsomt – selv med kontakt med familie og venner. Opplevelsen av «utenforskap» har også sammenheng med få muligheter til daglig virksomhet, begrensede økonomiske ressurser og brutte kontakter med nettverket. Behandlingspersonalet oppleves av brukere som for passive i forhold til disse utfordringene.

Helhet og pluralisme

En rekke artikler fra 1980-tallet argumenterer for en holistisk og pluralistisk tilnærming og holdning til kunnskapsdannelse og praksis i psykiatrisk sykepleie for å møte dagens og samfunnets behov for funksjonelle og responsive psykiske helsetjenester (11, 47, 50-54).

Adams (51) argumenterer for en holistisk forståelse av psykiatrisk sykepleie i stedet for tradisjonelle paradigmer som det medisinske-kustodiale og det interpersonlige fordi begge skiller ut hendelser og situasjoner ved å fokusere på enkeltaspekter. Han påpeker at de sentrale kjennetegn på holisme er: vekt på det unike menneske som krever en individualisert tilnærming til personens helse og lidelse; helsens og lidelsens kontekst må sees i forhold til resten av personens liv; samarbeid mellom sykepleier og pasient for å finne de rette betingelser for helsefremme og heling; stimulere personens ansvar for og kapasitet til egenomsorg. Adams peker på at eksistensielle og humanistiske antagelser i sterk grad har påvirket utviklingen av det holistiske paradigmet.

Det kan synes som om den eneste konstante faktor i dagens helse-tjeneste er forandring. Cotroneo et al. (54) hevder at den drivende kraft bak forandringene er kostnadene. I slike forandringstider blir praksis det levende laboratorium som skaper og informerer både forskning og utdanning. Praksisfeltet påvirkes av endringer i helsetjenestens demografi i og med at større oppmerksomhet vies minoriteters behov, identifisering av kulturelle risikofaktorer bak mental uhelse, at lokalsamfunnet forventes å ta hånd om psykisk uhelse i befolkningen. Belastningen på familien øker siden tjenestene tenderer mot fragmentering. Forfatterne konkluderer med at denne situasjonen krever en integrert biopsykososial og kulturell tilnærming i psykiatrisk sykepleie, og at samarbeid og partnerskap med personer, grupper og lokalsamfunn må stimuleres.

Den åndelige dimensjonen er vesentlig for en holistisk praksis, og har vært til stede så lenge sykepleie har vært et fag. Innen *psykiatrisk sykepleie* har den åndelige dimensjon derimot i begrenset grad blitt ivaretatt. Wilding et al. (55) oppfordrer psykiatriske sykepleiere til å bli mer åpne for pasienters åndelige erfaringer og ta pasientens tro på alvor. En holistisk tilnærming forutsetter at man lytter åpent og interessert uten bedømmelse. Det åndelige liv er viktig og svært personlig, også for mennesker med psykiske problemer. Wong et al. (56)

poengterer at et holistisk perspektiv på tilværelsen innbefatter optimal fungering og velvære, og det medfører at den åndelige dimensjonen må få større oppmerksomhet i relasjonsarbeidet gjennom å samtale om den betydning det åndelige liv har for personens helse.

Brukerperspektivet

Brukerperspektivet har blitt stadig mer fremtredende siden 1980-tallet. Som det går frem av presentasjonen av den humanistisk-eksistensielle tilnærming, har fokus på den enkeltes opplevelse av sin lidelse og situasjon vært en sentral kilde til kunnskap om hvordan man skal kunne hjelpe personer til å komme til rette med sin situasjon (15, 45, 57). Men brukerperspektivet har også blitt influert av det helse- og sosialpolitiske engasjement som funksjonshemmedes organisasjoner har stått for og som har kjempet frem demokratiske rettigheter og retten til å bestemme over eget liv.

I artikkelgjennomgangen finnes i økende grad en understrekning av betydningen av samarbeid, partnerskapstenkning og medvirkning som nødvendige forutsetninger for å fremme personlig rehabilitering og tilfriskning/bedring (16, 21, 58). Brukerperspektivet omfatter kunnskaper om hvordan lidelse oppleves, hvilke funksjonsnedsettelse som følger og hvilke funksjonshindringer (personlige og samfunnskapte) som erfares. I tillegg omfatter den kunnskaper om hvordan behandlings- og omsorgstilbudene oppleves og hvordan de bør utvikles. Samarbeid med enkeltbrukere og brukerorganisasjoner som har erfaring er nødvendig både i forskning og utvikling av praksisfeltet. Dette representerer førstepersondata hvor personlige opplevelser, erfaringer og refleksjoner kommer til uttrykk – og som kan bidra til forståelse og respekt for mangfold.

Oppsummering og konklusjon

Resymémetoden har både sterke og svake sider. Styrken er at den gjør det mulig for leseren å få et raskt oversiktsbilde av tema og innhold i en lang rekke publikasjoner som ellers ville være tidkrevende å sette seg inn i (4). Oversikten kan stimulere leseren til å gå dypere inn i tema som man er særlig opptatt av (enten i praksis- eller i forskningssammenheng) ved å studere originalkilden som resyméet summarisk omtaler. 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 uhenksiktsmessig i og med at publikasjonene dreier seg om teoretiske og empiriske studier og kommentarartikler. Den frie resyméformen bidrar til en logisk sammenhengende fremstilling som kan inspirere til dybdestudier av deler av materialet. Svakheten er først og fremst at resyméet kan gjøre det vanskelig for leseren å sammenligne artikkelene og kritisk vurdere holdbarheten i kunnskapsgrunnlag og funn. I og med at hensikten var å gi en oversiktlig fremstilling av teoretiske og ideologiske innflytelser på psykiatrisk sykepleie de siste femti år, ble en modifisert resyméform likevel vurdert som formålstjenlig. Svakheten med en slik fremstilling er at selve komposisjonen preges av forfatterens subjektive vurdering av hva som er relevant å ta med. Kvaliteten og nytteverdien av artikkelen blir derfor avhengig av forfatterens faglige oversikt slik at kategoriseringen blir meningsfull. Følgelig må lesningen av resyméet skje med kritiske øyne – og med egen fagoversikt og praksiserfaring som et pragmatisk validitetskriterium.

I mange av de resymerte artikkelene er forfatterne opptatt av å presisere fagspesialitetens bidrag for å møte utfordringer innen psykisk helsefeltet som *komplementært* til andre profesjonelle perspektiver. Fokus på tverrfaglighet er derfor enten implisitt forutsatt eller eksplisitt uttalt. Samtidig finner vi i et flertall av de artikler som eksplisitt behandler fagets filosofiske og ideologiske grunnlag, at forfatterne er opptatt av hvordan perspektivvalget i synet på psykiske lidelser får konsekvenser for omsorg, pleie og behandling. Det er videre et engasjement for å utforme det egne, faglige fokus og perspektiv, dvs noe som andre gjenkjenner som psykiatrisk sykepleie.

Et gjennomgående trekk er påpekingen av samarbeidets nødvendighet, betydningen av å møte pasienten på et likeverdig grunnlag og at pasientens lidelse må forstås helhetlig i den kontekst den opptrer i.

I artikler med en humanvitenskapelig tilnærming (f.eks 8-13) ser vi en tydelig dreining bort fra paternalisme som faglig og etisk grunnholdning i pasientarbeidet, til fordel for autonomi og fellesskap som bærende prinsipper. Dette vises gjennom at begreper som *myndiggjøring, deltagelse, samarbeid, partnerskap* og *ansvarsdeling* i økende grad har blitt fremtredende begreper i samtidens psykiatriske sykepleie. Dette kan også knyttes til innflytelse fra samfunnsvitenskapelige teorier og perspektiver (f.eks. 19, 40-43, 54). Videre noteres en klar innflytelse fra brukerperspektivet i den faglige tenkningen. Dette perspektivet står delvis i motsetning til den medisinsk-psykiatriske tilnærming. Spørsmålet er om økt vektlegging av tverrfaglig praksis og kunnskapsdannelse vil gi rom for en mer dialogisk og åpen tilnærming til hva som er gyldig kunnskap innen psykisk helsefeltet.

Selv om den samfunnsvitenskapelige innflytelsen (bl.a. kritisk teori og lokalsamfunnstenkning) har gradvis blitt tydeligere i den aktuelle perioden, er det særlig to spor som er tydelige i utviklingen av psykiatrisk sykepleie: 1) ett som søker å *revitalisere de grunnleggende humanistiske verdier i psykiatrisk sykepleie* (holistisk, humanistisk-eksistensiell tilnærming (f.eks. 14, 26, 52, 57) og 2) ett som vil *ta opp i seg den tradisjonelle vitenskapelige tilnærming* – fremskyndet av biomedisinsk forskning og med vekt på evidensbasert praksis (f.eks. 34-37). Representanter for det første sporet mener at den medisinsk-psykiatriske modell (det andre sporet) har innebygget elementer som kan føre til dehumanisering og avpersonifisering fordi pasienten reduseres til sin sykdom, og at det ikke tas tilstrekkelig hensyn til den kunnskap pasienten har om sin lidelse og heller ikke den genuine situasjon han/hun befinner seg i. Imidlertid er det få artikler som målbærer en rendyrket medisinsk-psykiatriske modell. Man kan derfor se på psykiatrisk sykepleie, særlig slik den fremstilles fra 90-tallet, som en fagspesialitet som representerer en motreaksjon mot tendensen til ensidig vektlegging av biomedisinsk forskning og praksis slik den kommer til uttrykk i bl.a. psykiatriske fagtidsskrifter. Flere forhold hindrer en helhetlig, personorientert psykiatrisk praksis. Det dreier seg bl.a. om tendensen til å parallellføre psykiske lidelser med somatiske, med samme krav til effektivitet, kvalitetssikring av behandling og teknologisk innovasjon. Det er grunn til å tro at psykiske lidelser ikke uten videre kan sidestilles med somatiske, fordi de representerer komplekse mellommenneskelige fenomener. Kravet om effektivitet vurdert ut fra pasientsirkulasjon kan tøyes så langt at det ikke blir rom for etablering av gode terapeutiske relasjoner som er et sentralt tema innen den psykiatriske sykepleielitteraturen.

I en tid preget av tverrfaglig samarbeid er det vesentlig at man arbeider videre med presisering av fagspesialitetens fokus og faglige perspektiv – dvs *fagets signatur*. Nettopp i tverrfaglig praksis og kunnskapsdannelse, vil det være både nødvendig og fruktbart at ulike faggrupper presenterer hva deres faglige perspektiv bidrar med av forståelser av helse, sykdom/lidelse, behandling og omsorg. I en slik dialog vil psykiatriske sykepleiemodeller og teorier knyttet til ulike fenomener ha en informativ og forklarende funksjon både for egen faggruppe og samarbeidspartnere. Man kan da se at det psykiatriske sykepleieperspektivet er nødvendig i helsetjenesten, men at det ikke alene er tilstrekkelig for å møte tjenestebehovene. Det egne faglige perspektiv og kunnskapsgrunnlag representerer noe stykkevis og delt – og er dermed noe som krever ydmykhet i møte med en kompleks praksisvirkelighet som ikke bare kan forstås en-faglig.

Godkjent for publisering 18.08.2010

Jan Kåre Hummelvoll, Professor i psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid, Høgskolen i Hedmark, Avdeling for helse- og idrettsfag, Kirkeveien 47, NO – 2418 Elverum.

Arild Granerud, Førsteamanuensis, Høgskolen i Hedmark, Avdeling for helse- og idrettsfag, Kirkeveien 47, NO – 2418 Elverum, E-mail: Arild.Granerud@hihm.no

Litteratur

1. Barton B. Institutional Neurosis. London: Wright; 1959.
2. Peplau HE. Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. New York: Putnam; 1952.
3. Jones M. Det terapeutiske samfunn: i sykehuset og utenfor: sosial læring og sosialpsykiatri. Oslo: Gyldendal; 1971.
4. Kirkevoll M. Oversiktsartikler – et middel for å fremme integrasjon av sykepleieforskning. I: Bjerkreim T, Matiesen J, Nord R, red. Visjon, viten og virke. Oslo: Universitetsforlaget; 1996.s. 100–118.
5. Middleton J. Existentialist as helper? Canadian Journal of Psychiatric Nursing 1979; 20(3): 7–8.
6. Scanlon A. Humanistic principles in relation to psychiatric nurse education: A review of the literature. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2006; 13(6): 758–764.
7. Mansfield E. A conceptual framework for psychiatric-mental health nursing. Journal of Psychiatric Nursing & Mental Health Services 1980; 18(6): 34–41.
8. Black KM. An existential model for psychiatric nursing. Perspectives in Psychiatric Care 1968; 6(4): 178–84.
9. Raymond M. Existentialism and the psychiatric nurse. Perspectives in Psychiatric Care 1968; 6(4): 185–7.
10. Ulsafer J. A relationship of existential philosophy to psychiatric nursing. Perspectives in Psychiatric Care 1976; 14(1): 23–28.
11. Hummelvoll JK, Barbosa da Silva A. A holistic-existential model for psychiatric nursing. Perspectives in Psychiatric Care 1994; 30(2): 7–14.
12. Jones A. Absurdity and being-in-itself. The third phase of phenomenology: Jean-Paul Sartre and existential psychoanalysis. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing 2001; 8(4): 367–72.
13. Roberts M. Modernity, mental illness and the crisis of meaning. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2007; 14(3) 277–281.
14. Orbanic SD. The Heideggerian view of person: a perspective conducive to the therapeutic encounter. Archives of Psychiatric Nursing 1999; 13(3):137–44.
15. Walsh K. Shared humanity and the psychiatric nurse-patient encounter. Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing 1999; 8(1): 2–8.
16. Shattell MM, McAllister S, Hogan B, Thomas SP. «She took the time to make sure she understood»: Mental health patients' experiences of being understood. Archives of Psychiatric Nursing 2006; 20(5): 234–41.
17. Nilsson B, Lindström UA, Naden D. Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2006; 20(1): 93–101.
18. Burnard P. Existentialism as a theoretical basis for counselling in psychiatric nursing. Archives of Psychiatric Nursing 1989; 3(3): 142–7.
19. Roberts M. The production of the psychiatric subject: power, knowledge and Michel Foucault. Nursing Philosophy 2005; 6(1): 33–42.
20. Crowe M, Alavi C. Mad talk : Attending to the language of distress. Nursing Inquiry 1999; 6(1): 26–33.
21. Kirkpatrick H. A narrative framework for understanding experiences of people with severe mental illnesses. Archives of Psychiatric Nursing 2008; 22(2): 61–8.
22. Hamilton B, Manias E. «She's manipulative and he's right off»: A critical analysis of psychiatric nurses' oral and written language in the acute inpatient setting. International Journal of Mental Health Nursing 2006; 15(2): 84–92.
23. Happell B. «A rose by any other name . . .»: The use of language in mental health nursing practice. International Journal of Mental Health Nursing 2007; 16(4): 223.
24. Pejler A, Asplund K, Norberg A. Stories About Living in a Hospital Ward as narrated by Schizophrenic Patients. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 1995; 2(2): 269–277.
25. Fredriksson L, Lindström UA. Caring conversations – psychiatric patients' narratives about suffering. Journal of Advanced Nursing 2002; 40(4): 396–404.
26. Barker P, Reynolds WM, Stevenson C. The human science basis of psychiatric nursing: theory and practice. Journal of Advanced Nursing 1997; 25(4): 660–667.

27. Freshwater D. Dialogue, conversation and discussion: reflection upon languaging relationship. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 2007; 14(5): 431–2.
28. Wheeler K. The primacy of psychotherapy. *Perspectives in Psychiatric Care* 2005; 41(4): 151–2.
29. Gallop R, O'Brien L. Re-establishing psychodynamic theory as foundational knowledge for psychiatric/mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing* 2003; 24(2): 213–27.
30. Winship G. Nursing and psychoanalysis – uneasy alliances? *Psychoanalytic Psychotherapy* 1995; 9(3): 289–299.
31. Burrigge T. Through a glass darkly. Some reflections on psychiatric nursing. *Psychodynamic Counselling* 1996; 2(3): 376–389.
32. Peplau HE. Psychotherapeutic strategies. *Perspectives in Psychiatric Care* 1999; 35(3): 14–19.
33. Turner, M.S., Individual psychodynamic psychotherapy with older adults: Perspectives from a nurse psychotherapist. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1992. 6(5): p. 266–274.
34. Gournay K. The changing face of psychiatric nursing. Revisiting: Mental health nursing. *Advances in Psychiatric Treatment* 2005; 11(1): 6–11.
35. Wray SJ. Schizophrenia sufferers and their carers: a survey of understanding of the condition and its treatment, and of satisfaction with services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 1994; 1(2): 115–124.
36. Stuart GW. Evidence-based psychiatric nursing practice: rhetoric or reality. *Journal of the American psychiatric nurses association* 2001; 7(4): 103–111.
37. Bahtsevani C, Khalaf A, Willman A. Evaluating psychiatric nurses' awareness of evidence-based nursing publications. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2005; 2(4): 196–206.
38. Phillips L, McCann E. The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 2007; 14(6): 578–86.
39. Hummelvoll JK, Serverinsson E. Coping with everyday reality: Mental health professionals' reflections on the care provided in an acute psychiatric ward. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 2001; 10(3): 156–166.
40. Hopton J. Towards a critical theory of mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 25(3): 492–500.
41. Hughes FA. Reconnecting with policy: requirements for survival as a mental health nurse. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 2006; 44(8): 30–6.
42. Lakeman R. An anxious profession in an age of fear. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2006; 13(4): 395–400.
43. Eriksson B, Hummelvoll JK. People with mental disabilities negotiating life in the risk society: A theoretical approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2008; 15(8): 615–621.
44. Clarke L. Ten years on: the abiding presence of R.D. Laing. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 1999; 6(4): 313–20.
45. O'Brien AP, Woods M, Palmer C. The emancipation of nursing practice: Applying anti-psychiatry to the therapeutic community. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 2001; 10(1): 3–9.
46. Wright K, Haigh K, McKeown M. Reclaiming the humanity in personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing* 2007; 16(4): 236–46.
47. Evans R. Therapeutic directions in acute inpatient psychiatric nursing. *Nursing Standard* 2001; 16(12): 33–6.
48. Holmes CA. Guest editorial. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2001; 8(5): 379–381.
49. Granerud A, Severinsson E. The struggle for social integration in the community: the experiences of people with mental health problems. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 2006; 13(3): 288–93.
50. Carter EW. Psychiatric nursing: 1986. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 1986; 24(6): 26–30.
51. Adams T. *Paradigms in psychiatric nursing*. Nursing – Oxford 1991; 4(35): 9–11.
52. Nolan P. Annie Altschul's legacy to 20th century British mental health nursing. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 1999; 6(4): 267–72.
53. Boling A. The professionalization of psychiatric nursing : from doctors' handmaidens to empowered professionals. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 2003; 41(10): 26–40.
54. Cotroneo M, Kurlowicz LH, Outlaw FH, Burgess AW, Evans LK. Psychiatric-mental health nursing at the interface: revisioning education for the specialty. *Issues in Mental Health Nursing* 2001; 22(5): 549–69.
55. Wilding CE, Muir-Cochrane E, May E. *Treading lightly: spirituality issues in mental health nursing*. *International Journal of Mental Health Nursing* 2006; 15(2): 144–52.
56. Wong YJ, Rew L, Slaikeu KD. A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. *Issues in Mental Health Nursing* 2006; 27(2): 161–83.
57. Hummelvoll JK. En helhetlig-eksistensiell psykiatrisk sykepleietilnærming i et lokalsamfunnsperspektiv. *Klinisk Sygepleje* 2006; 20(1): 13–23.
58. Anthony P, Crawford P. Service user involvement in care planning: the mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 2000; 7(5): 425–34.