

# Idealer og realiteter i moderne psykisk helsearbeid

## Rune Karlsen

*Rune Karlsen, Universitetet i Nordland, Sykepleie og helsefag*

### **Ideals and realities in modern mental healthcare**

#### **Summary**

*The ideals of mental health care differ from the psychiatry of earlier times. This difference is characterized by dissociation from a previous authoritarian and staff-administered practice in the psychiatric institutions. Client participation and interdisciplinary work, equality and relation building, resource orientation and mastery are the new professional ideals.*

*Critical reading of patient records suggests a lack of agreement between professional ideals and practical realities in current Norwegian decentralized mental health work. The staff is still clinging to the old authority structures from the psychiatric hospitals, and they do not manage to show that they have their own profession. The users are too passive in their own treatment program. The staff lacks written language for describing the establishment and maintenance of personal relations. The new professional groups adopt the old ways of proceeding, and do not add new professional approaches. The article places a critical focus on the inherent conservatism of tacit knowledge.*

#### **Referee\***

#### **Key Words:**

*Mental health nursing, Interdisciplinary collaboration, Tacit knowledge*

*Psykiatrisk sykepleie, tverrfaglig samarbeid, kjernekompetanse*

#### **Introduksjon**

Stortingsmeldingen "Åpenhet og helhet" (Sosial- og helsedepartementet, 1997), markerer en endring i offentlige myndigheter sitt syn på hvordan mennesker med psykiske lidelser bør behandles. Et historisk brudd. Bruddet markeres ved en avstandstaking fra en tidligere autoritær og personalstyrt praksis i de psykiatriske institusjonene. Tjenesten skal desentraliseres, og pasientrollen skal endres fra passiv mottaker av medisinsk behandling til aktiv deltaker i forsøket på å bedre egen helse. Det krever de degraderende trekkene i den

psykiatriske tjenestens oppbygging blir fjernet. Tverrfaglig samarbeid mellom likeverdige yrkesgrupper skal erstatte et hierarkisk oppbygd forhold mellom stab (leger og psykologer) og miljøansatte. Nye yrkesgrupper skal bidra til å utvide de faglige perspektivene i et miljø som tidligere var dominert av sykepleiere og hjelpepleiere. Stortingsmeldingen kaller det en holdningsrevolusjon – ”en radikal utvikling fra institusjon og avsondring til integrering og innlemmelse” (s. 9).

Det har i ettertid kommet flere offentlige styringsdokumenter som understreker de samme faglige idealene. Idealet er et hjelpeapparat som evner å kartlegge brukerens ressurser og som evner å bruke dette. Selve relasjonen – forholdet mellom to likeverdige personer - anses i dag å være det viktigste elementet i terapien (Sosial- og helsedirektoratet, 1999, 2005, 2006; Helse- og omsorgsdepartementet, 2001 a, 2001b, 2001c, Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, 2009).

Vi gjenfinner idealene i lærebøker. Ordet ”Egenkraftpotensial” er et nytt ord. Det er en norsk oversettelse av det amerikanske ordet ”Empowerment”, og illustrerer forsøket på å endre de patriarkalske hjelperelasjonene (Skårderud et al, 2009). Antonovskys (2000) begrep ”salutogenese” er blitt pensum og skal fungere som korrektiv til en ensidig ”patogenetisk” måte å forstå pasienten på. Sykdomsfokusert Psykiatri skal omdannes til mestringsorientert Psykisk helsearbeid (Hummelvoll, 2004). Moderne psykisk helsearbeid har en uttalt ambisjon om tverrfaglig samarbeid rundt pasienten (Skårderud et al, 2009). Desentralisering av tjenester, brukermedvirkning og tverrfaglighet, likeverdighet og relasjonsbygging, ressursorientering og mestring. Det er nøkkelbegrepene. Dette er en del av en internasjonal utvikling (Barker & Buchanan - Barker, 2011; Carlyle et al, 2011; Stringer et al, 2008).

Stortingsmeldingen ble fulgt opp av Opptappingsplan (Sosial og helsedirektoratet, 1999), og store ressurser ble tilført en desentralisert psykisk helsetjeneste. Psykiske helsearbeidere i Norge har i dag helt andre rammebetingelser enn dem de jobbet under bare for noen få år siden. Det har skjedd en formidabel utvikling, både i spesialisthelsetjenesten, i kommunene og på kompetansesiden generelt. Pleiefaktoren i kommuner og distriktpspsykiatriske sentere er atskillig høyere nå enn før. De fleste miljøansatte har høyskoleutdanning. Mange har videreutdanning i psykisk helsearbeid også. (Forskningsrådet, 2009). Spørsmålet er om forbedrede rammebetingelser og en desentralisert tjeneste gir bedre samsvar mellom demokratiske, liberale idealer og praktiske realiteter? Er det hierarkiske maktforholdet mellom lege, pleier og pasienter erstattet med et likeverdig samarbeid? Er praksis endret fra sykdomsfokusert Psykiatri til mestringsorientert Psykisk helsearbeid?

Mange hevder at forholdene er mye bedre i kommunene enn på de psykiatriske sykehusene. Hatling (2011) mener at det er spesialisthelsetjenesten (og særlig sykehusdelen) som sannsynligvis i minst grad har tatt opp i seg sentrale politiske føringer rundt mestring og brukermedvirkning. Borchgrevink (2010) antyder at det er mer sykdomsorientering på institusjon enn ute i kommunene. Nettopp i kommunene opplever de at det er rom for en mer bevisst refleksjon i forhold til brukeren, skriver Borchgrevink. Men påstandene er ikke dokumenterte.

Internasjonal forskning gir oss grunn til å være skeptiske. Sykepleierne forfekter troen på psykososiale tilnæringer og psykisk helsearbeid, men praktiserer innenfor en medisinsk modell (Barker & Buchanan - Barker, 2011; Carlyle et al, 2011; Wang et al, 2011). Forskning i Norge viser også manglende samsvar mellom humanistiske pleieidealene og praktiske realiteter (Hummelvoll & Severinsson, 2001; Oeye et al. 2009). Men disse studiene er gjort på psykiatriske sykehusavdelinger, og viser hvordan begrensninger i institusjonens struktur har hindret virkeliggjøring av idealene.

Hensikten med denne studien er å problematisere dagens praksis innenfor det desentraliserte psykiske helsearbeid. Jeg ønsker å belyse følgende forskningsspørsmål: Er det samsvar mellom idealer og realiteter i nåtidens desentraliserte psykiske helsearbeid?

## **Metode**

### **Aksjonsforskning**

Jeg har i perioden 2002-2012 nærlest 48 pasientjournaler fra 13 psykiatriske sykehusavdelinger, 7 distriktpsykiatriske sentre og 4 kommuner. Det har foregått i forbindelse med aksjonsforskningsprosjekter som jeg har gjort i samarbeid med personalet ved de gjeldende arbeidsstedene. Hensikten er å heve den faglige kvaliteten på det personalet skriver i pasientjournalen. Først holder vi et kurs på to dager, og deretter jobber personalet med forbedringsarbeid på egen hånd. Vi har utviklet metoden etter hvert som vi har gjort nye erfaringer, og de siste årene har vi hatt spesielt fokus på kritisk å granske språklige uttrykk i pasientjournalen. Ved å bli bevisstgjort forbedringsmuligheter ved egen måte å jobbe på, gjennom konkrete eksempler, blir det lettere å gjøre forbedringer som stemmer bedre overens med egne faglige idealer (Karlsen, 2005).

### **Validering**

Første kursdag er forelesning. Jeg legger fram konkrete eksempler på det jeg mener er manglende samsvar mellom idealer og realiteter. Eksemplene er hentet fra pasientjournaler vi har analysert tidligere. Deretter har vi gruppearbeid. Personalet tar utgangspunkt i eksemplene, og undersøker egne journaler. De funnene som personalet i fellesskap godkjenner som relevante bruker vi. Funn som ikke oppnår konsensus, legger vi til siden. Med utgangspunkt i gjennomførte analysearbeid, utarbeider jeg en ny liste med eksempler på forbedringsmuligheter i pasientjournaler. Noen av de gamle eksemplene blir beholdt, noen blir endret og noen fjernet. Den nye oversikten utgjør innholdet i forelesningen som neste praksisplass får høre.

### ***Hermeneutisk sirkel***

Responser hos de forskjellige personalgruppene har påvirket journallesingen min i neste runde. Den nye helheten har gradvis blitt korrigert gjennom lesing av nye journaler på nye praksissteder. På den måten har jeg vært underlagt den hermeneutiske sirkelen, hvor nye delobservasjoner har endret helhetsforståelsen over tid (Kvale, 1997). Dette har ført til at jeg har utviklet nye kategorier.

### **Temaorientert diskursanalyse**

I analysen kombinerer jeg elementer fra forskjellige forfattere som i utgangspunktet har til dels ulike innfallsvinkler. Det som er felles er at de skriver om virkelighet forstått som sosial representasjon, og at de anvender analysemetoder som går inn under fellesnavnet diskursanalyse.

Diskurs er en bestemt måte å beskrive og å forstå verden på, og gir betydning til opplevelse ut fra et bestemt perspektiv. På makronivå omfatter diskurs de kunnskapsformer som regulerer vår tenkning. På mikronivå inkluderer det de, ikke alltid bevisstgjorte måtene vi skriver journalen på (Roberts & Sarangi, 2005). Den som skriver journalen tar med seg et grunnsyn; en forståelsesmåte som bestemmer hvordan pasienten skal kategoriseres. Teksten konstruerer og legitimerer en versjon av det som skjer. Dette påvirker hvordan brukerne blir behandlet og hvordan avgjørelser tas. Teksten i journalen reflekterer ikke bare en bestemt versjon av virkeligheten, den bidrar også til konstruksjon og vedlikehold av virkeligheten. Språkbruk er ikke bare uttrykk for tilhørighet og avstand, men kan også bidra til å skape slike forhold (Gullestad, 2002). Diskursanalyse kan anvendes for å utrede hvilke sosiale konsekvenser forskjellige fremstillinger av virkeligheten får, og kan bidra til at vi ser vår praksis fra et annet perspektiv enn vi er vant med. Det kan hjelpe oss til å endre praksis der det er relevant.

Fairclough (1995) definerer ideologi som ”måter å se på” knyttet til ulike sosiale grupper. I følge Fairclough blir ideologier naturalisert. De etablerer seg som ikke ideologisk common sense, implisitte antakelser som styrer handlingene våre. Ideologiene fungerer som en ikke bevisstgjort bakgrunnskunnskap som vi tar for gitt. Slike ”måter å se på” kan bidra til å opprettholde asymmetriske relasjoner mellom personal og pasienter. Sannhetene har oppnådd status av selvfølgeligheter. Måtene å se på reflekteres i språkbruken. Antakelser om pasient - sykepleier- legeforsholdet ligger implisitt i hvordan rapporten i pasientjournalen skrives (Aaslestad, 2007). Det er slike implisitte antakelser vi leter etter i journalene. Vi forsøker å avdekke ureflekterte og utilsiktede maktforhold.

I analysen har vi fokus på tre viktige funksjoner som språkbruken har. Språkets indikative (utpekende) funksjon er å peke ut og benevne ting i våre omgivelser. Ved hjelp av språket kan vi peke ut hva som er figur og hva som er bakgrunn i det vi for anledningen gir oppmerksomhet. Det hjelper oss til å klargjøre hvilket aspekt av en situasjon vi synes er

interessant. Språkets semiotiske funksjon refererer til betydning og innhold. Måten vi beskriver pasienten på er avhengig av hva vi ønsker å formidle og hva vi tror det er som forventes av oss i den gitte kommunikative situasjonen. Måten vi beskriver brukeren på har bakgrunn i en referanseramme for hvordan hun skal være for at hun skal bli klassifisert på den måten. Språket er også et medium for å påvirke andres oppfatninger av en situasjon. Det er språkets retoriske funksjon (Säljö, 2001).

Vi anvender en "uformell" analysemetode, og har fokus på forut antakelser som vi mener uttrykkes i det som skrives og ikke skrives i journalen. Det som ikke skrives kan si oss mye om implisitte forut antakelser i den gjeldende diskurs (Foucault, 1989; Irving et al, 2006). Vi er ikke opptatt av lingvistiske detaljer, men leter etter eksempler på språklige utsagn som illustrerer en underliggende virkelighetsforståelse (Perykälä, 2005). Hensikten er å påvise naturaliserte ideologiske representasjoner (Fairclough, 1995). Hvilke diskurser er det journalskriften gjengir, og er disse i overensstemmelse med "holdningsrevolusjonen" beskrevet i statlige styringsdokumenter og nyutgitte lærebøker?

### **Studiens begrensninger**

En viktig kritikk av diskursanalytisk forskning er at selve analysemetoden gir stor fortolkningsmakt til den som utfører analysen. Den som analyserer er ikke bare leser av teksten, men produserer også mening selv (Cheek, 2004). Det er et dilemma som også gjelder her. Hensikten er å problematisere et fagfelt hvis intensjon er å legge bak seg fortidens til dels inhumane behandlingsformer til fordel for en liberal og demokratisk praksis. Det er en bevisst valgt innfallsvinkel som samtidig utelukker mulige andre måter å se virkeligheten på. Eksemplene som brukes er hentet fra steder som viser fram sine journaler til utenforstående. De har stilt seg åpne for kritisk granskning fordi de ønsker å gjøre forbedringer. Vi vet ikke om disse stedene er representative for fagfeltet generelt. Funnene begrenses av metoden og kan ikke umiddelbart generaliseres.

### **Etiske overveielser**

Vi er opptatt av dominante diskurser sin innflytelse på miljøpersonalets praksis (Crowe, 2005). Det er ikke enkeltindivider som er analyseenheten, men behandlingsskulturen som enkeltpersoner er en del av (Talja, 1999). Det enkeltpersoner skriver sees på som en del av en felles skapt språklig virkelighet, og sier lite om hva enkeltpersoner tenker (Säljö, 2001). Jeg har likevel endret på sitatene slik at det ikke kan peke direkte på de personene som opprinnelig skrev dette i journalene. Prosjektet har vært forelagt etisk komité.

## **Funn**

De faglige idealene inneholder retningslinjer og normer for riktige holdninger og riktig atferd. Hva personalet faktisk gjør, og hvordan samspeilet faktisk er, utgjør realiteten (Løchen, 1970). Analysen baserer seg på funn gjort i pasientjournaler fra 6 distriktpsikiatriske sentre og 4 kommunale hjemmetjenester. Journalene er skrevet i tidsperioden 2008-2012. Funnene er gjort i journaler som er skrevet før personalet påbegynte forbedringsarbeidet. Alt er ikke dårlig, men vi har gjort mange funn som vi mener ikke er i overensstemmelse med idealene. Det er disse som gjengis her.

### **Uavklart nærhet - distanseforhold**

#### *Ubeskrevet relasjon*

Relasjonen mellom hjelper og pasient ansees i dag for å være den viktigste forutsetningen for vellykket terapi. Det er det psykiske helsearbeidets absolutte kjerneverdi. Det er pasientens egen vurdering av alliansen som er sterkest forbundet med effekt (Wampold, 2010). Vi forventer at fagpersoner som har realisert disse verdiene vil beskrive relasjonen i journalen. Men beskrivelser av etablering - og vedlikehold av gode relasjoner er nesten ikke mulig å finne. Pasientens vurderinger av relasjonen er ikke dokumentert i noen av pasientjournalene vi har lest. Relasjonen er et ikke-tema i journalene.

#### *Aksepteringsbetingelser*

Holdningsrevolusjonens ideal er et jeg - du forhold mellom to likeverdige personer. I journalene er det imidlertid mer vanlig at det der personalet som stiller betingelsene for hvordan forholdet mellom pleier og pasient skal være. Det er ikke uvanlig å omtale pasienten som "Fin å forholde seg til" eller "Rolig og grei". Det er pasienten som skal endre sin væremåte slik at pleieren blir fornøyd med hennes oppførsel. Relasjonen mangler den gjensidighet som er nødvendig for å opprette et likeverdig subjekt/subjekt relasjon mellom pasient og pleier. Forholdet framstår som hierarkisk og ensidig.

#### *Personlig avstand*

Et likeverdig jeg - du forhold krever at de to personene (pasient - terapeut) som møtes beskrives som jeg og du i journalen. Men mange terapeuter har problemer med selv å fremstå som "jeg". Det vanlige har vært at journalskriverne konsekvent titulerte seg selv som "undertegnede." Dette ordet betegner avstandstaking og fritak fra personlig ansvar. Terapeuten undertegner for flere andre, og fremstår som en representant for et system. På denne måten opprettholder journalskriveren en viss personlig avstand mellom seg selv og brukeren. De siste årene har noen forandret sin praksis, og bruker betegnelsen "jeg". Men mange fortsetter å fremstille seg selv som "undertegnede", og bruker gjerne forkortelsen "U. t." Ulik praksis indikerer uavklart nærhet – distanseforhold (Aaslestad, 2007).

## **Patriarkalske hjelperelasjoner**

William Tuke var en av asylpsykiatriens grunnleggere. I følge Tuke burde man gjennom kjærlighet og fasthet oppdra pasienten til ”sædlig oppførsel og god moral.” Dette medførte strenge husordensregler for skikk og bruk. Miljøpersonalet skulle ikke bare være overvåker og vokter. De skulle være moralsk oppdrager også (Bøe, 1994). Bøe skriver om fortidens asylter, men vi kan finne slike tendenser i nåtidens kommunale helsetjenester også:

- *”Per var på stua mellom klokken 15 og 19. Deretter gikk han og la seg. Fin å forholde seg til.”*

- *”U. t kikket inn på hybelen til Kari, og det sto fullt av tomme brusflasker og ølflasker på bordet.”*

Eksemplene viser oss at overvåkning og kontroll fremdeles er viktig fokus; også i de kommunale tjenestene.

## **Hierarkiet består**

### ***Selvstendige miljøtiltak mangler***

En realisering av idealene om likeverdig tverrfaglig samarbeid forutsetter et selvstendig miljøterapeutisk opplegg hvor pasienten får mulighet til å prøve ut alternative mestringsstrategier (Delaney et al, 2000). Det hender vi finner dokumentasjon på at det gjennomføres selvstendige miljøtiltak, men det er kun spredte enkelttilfeller. Vanligvis skrives det omtrent ingenting om hvilke tiltak hjelperen har iverksatt, og ingenting om hvordan slike tiltak har virket. Dette skjer selv om behandlingsplanen skisserer tiltak. Et typisk eksempel er dette:

I behandlingsplanen står det at personalet skal motivere pasienten til å være sammen med de andre pasientene på TV-stua. Vi finner imidlertid ingen rapporter som beskriver pleiernes forsøk på å motivere pasientene, og derved heller ingen evaluering av hvilket resultat slike motiveringsforsøk fikk. Hvordan gikk pleieren fram når han forsøkte å motivere pasienten; og hva var resultatet? Slike spørsmål får vi sjelden svar på.

Rapportene domineres av nedskrevne observasjoner av pasientens atferd. Det mest vanlige er å gi en nøyaktig beskrivelse av pasientens bevegelser. Deretter sier hjelperen gjerne noe om hva han synes om pasientens oppførsel:

*”Kari dro på perm klokken 1630. Hun skulle være tilbake før klokken 21, men ringte like før og sa at hun ikke nådde bussen. Hun kom i drosjeklokken 2200. Hun smilte og var i godt humør”*

Lesing av pasientjournaler i distriktspsykiatriske sentre viser oss at miljøpersonalet bruker mye tid på å observere og notere ned pasientens atferd. De bruker mindre tid på selvstendige miljøtiltak. Rapporter fra helger er et godt eksempel. Miljøkontakten skriver i detalj ned

observasjonene han har gjort av pasientens atferd gjennom helgen. Disse forelegges lege og psykolog på mandagens behandlingsmøte. Deretter forsterker og stadfester gjerne miljøkontakten rangordningen ved å titulere lege/psykolog som ”behandler” og seg selv som ”miljøkontakt”. Rapporten ser da slik ut: ”Per har vært til samtale hos behandler i dag.”

### ***Ingen tverrfaglighet***

Et likeverdig tverrfaglig samarbeid forutsetter at de ulike faggruppene fagspesifikke kompetanse tydeliggjøres (Helse - og omsorgsdepartementet, 2005).

Vi har lett etter eksempler på slike særegne bidrag, og har sett etter rapporter som viser fram spesifikke yrkesgruppers faglige ekspertise på spesielle områder. Vi har i noen få tilfeller greid å finne slike eksempler. Da handler det om sykepleiere som har gjennomført somatiske tiltak (sårstell, hygienetiltak m. m). Ellers går det ikke an å se på rapportene hvilken faggruppe skriveren tilhører. De nye yrkesgruppene skriver vanligvis rapporter på tradisjonelt vis (atferdsobservasjoner og kontrolltiltak), og framstår sjelden som selvstendige profesjoner med egne kunnskapsgrunnlag.

## **Tradisjonell pleie**

### ***Pasientene deltar sjelden i sitt eget opplegg***

Reell brukermedvirkning er et effektivt terapeutisk virkemiddel, og en betingelse for at idealene skal bli en realitet. Vi har derfor lett etter opplegg hvor pasienten er aktiv deltaker i sin egen behandling.

Pasienter har deltatt i formuleringen av behandlingsplaner i kun 3 av journalene. Men bare en av disse pasientene har også vært med på å evaluere effekt av tiltak. De 17 andre journalene er skrevet av personalet alene. Systematiske treningsopplegg som kanskje kan hjelpe pasienten til å mestre viktige utfordringer er sjelden beskrevet. Føringerne om brukermedvirkning er i liten grad fulgt opp av miljøpersonalet.. Hjelperen er aktiv, mens brukeren er relativt passiv.

### ***Uinteressante ressurser***

Journalsystemet Kardex hadde en egen kolonne hvor pasientens ressurser skal kartlegges. Kolonnen har til tider vært lite brukt, og var noen ganger tom (Karlsen, 2005). De siste årene av Kardex sin levetid har vi imidlertid sett bedring på dette området. Flere begynte å kartlegge pasientens ressurser, og noen brukte dette aktivt i behandlingsopplegget. Det var et steg i riktig retning. De gamle papirbaserte journalsystemene er nå skiftet ut med elektroniske pasientjournaler. DIPS er det systemet som er kjøpt inn av fleste helseforetak. Systemet har fått stor utbredelse. DIPS er markedsleder. Men de som har utformet DIPS har glemt å utforme rubrikker for kartlegging av pasientens ressurser. Det har de som har kjøpt systemet ikke lagt merke til. Idealet er et hjelpeapparat som evner å kartlegge brukerens ressurser og



som evner å bruke dette. Realiteten er et fagmiljø som godtar dokumentasjonssystemer som ikke gir rom for kartlegging av ressurser.

## Diskusjon

### Miljøpersonalet viderefører gamle autoritetsstrukturer

Historisk sett har sykepleieryrket vært underordnet legen. Legen representerte det teoretiske, det som krever mental planlegging, mens sykepleieren (i likhet med sekretæren) hadde en underordnet posisjon i et patriarkalsk system. Det var legen(les: mannen) som skulle stå for tenkearbeidet (Garmarnikow, 1978). Innenfor et slikt rollemønster blir det viktige å notere ned så nøye som mulig alle observasjoner du har gjort av pasienten, slik at legen får et godt grunnlag for å ta faglige avgjørelser. Hva du som miljøarbeider har gjort av konkrete tiltak blir underordnet.

Kjønnsfordelingen mellom personalet er annerledes i dag enn før, men miljøpersonalet viser gjennom sin dokumentasjon i pasientjournalen at det samme rollemønsteret enda ikke er helt utslettet. Ved å unnlate å beskrive selvstendige tiltak i journalen, bidrar de til å opprettholde det hierarkiske forholdet mellom stab og miljø. Personalet forsterker rangordningene ved å benevne lege/psykolog som ”behandler”, mens de kaller seg selv for ”miljøkontakt”. Sykepleierne viderefører derved sin historiske rolle som den effektive legeassistent. og de blir

### Det sitter i veggene

Siden slutten av 90-allet har våre helsemyndigheter bidratt til å gjøre det miljøterapeutiske personalet mer tverrfaglig sammensatt. Hensikten er å få fram flere faglige perspektiver enn det sykepleiere og hjelpepleiere kan bidra med. Lesing av pasientjournaler gir grunnlag for å påstå at tverrfaglighet er et ideal som er langt fra realisering. Rapportene er tradisjonelle, i den forstand at de i altfor stor grad viser fram tenkemåter og praksiser som kjennetegner den tiden som vi ønsker å legge bak oss. De nye høgskoleutdannede yrkesgruppene adopterer disse måtene å forholde seg på, og utsletter derved sin fagidentitet.

Noe av forklaringen på dette kan vi finne i den sosiokulturelle forståelsen av læring. Kunnskap har i et sosiokulturelt perspektiv en intim sammenheng med kulturelle verdier og er i stor grad språklig; diskursiv av natur. Læringen skjer i kommunikative forløp som allerede pågår, og foregår innenfor de tolkningene og tankemønstrene som omgivelsene har til rådighet. I disse forløpene er perspektiver og måter å forholde seg på allerede innebygd (Säljö, 2001). Vi lærer å observere, beskrive og handle i virkeligheten på den måten omgivelsene tillater og oppmuntrer oss til. Aksept fra og samspill med erfarne praktikere gjør læringen legitim og verdifull ut fra lærlingens synspunkt. Det skaper en lojalitet mellom den lærende og yrket, og også mellom lærlingen og mesteren. På denne måten utformes den enkelte ansatte sin identitet som yrkesutøver (Lave og Wenger, 2003). En nyansatt sosionom

kan gjerne ha med seg tanker om hva han faglig kan bidra med i det tverrfaglige miljøet, men vil etter hvert arve de rådende forståelsesmåtene på arbeidsplassen. Det vil gjenspeile seg i måten han skriver journal på.

Torun Hamran (1992) kaller det for pleiekulturen. Pleiekulturen beskrives som et mønster av grunnleggende antakelser som er utviklet av praksis. Gruppen deler på en stilltiende måte verdier, vurderinger og kunnskaper som har fungert tilstrekkelig bra til at de blir betraktet som sanne, og til å læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle. Kulturelle verdier blir i følge Hamran tatt for gitt. De styrer handlingene og gjør dem forståelige og meningsfulle. Men de er sjelden tema for deltakernes oppmerksomhet. Kulturen på arbeidsplassen kan inneholde vedtatte sannheter som er blitt så selvfølgelige at man sjelden spør seg hvorfor det er blitt slik. Pleiekulturen kommer blant annet til syne gjennom språket som avdelingspersonalet bruker. Funnene setter et kritisk lys på slike implisitte og ikke artikulerte standarder for yrkesutøvelsen.

Den nyansatte ”arver” forståelsesmåtene som råder på praksisstedet og utvikler en praksisteori som i enkelte tilfeller ikke alltid er i tråd med de faglige prinsippene som vi ønsker skal råde. Sosialisering som tilpasning kjennetegnes ved at vi blir formet uten noen større bevissthet om den sosialiseringen vi gjennomgår. Dette er en ikke alltid bevisstgjort taus kunnskap. Kunnskapsoverføring gjennom mesterlære og modell- læring kan fungere konserverende; og det er ikke alltid positivt. De mindre tidsriktige sidene ved pleiekulturen videreføres fra de psykiatriske sykehusene til den nye desentraliserte tjenesten. Psykiatriens historie følger oss inn i det vi tror er den nye tiden, og det er viktig å se på pleiekulturen med et kritisk blikk. Det kan hindre oss å bli bidragsyttere i den tause kunnskapens innebygde konservatisme.

### **Relasjonen trenger språk**

Miljøpersonalet tilbringer mye tid sammen med pasientene, og gis derved store muligheter til å drive relasjonsarbeid. Forholdene ligger til rette for å utnytte det store terapeutiske potensialet en slik situasjon innbyr til. Ved å sette ord på relasjonsarbeidet kan faget utvikles og personalets selvstendige bidrag dokumenteres (Delaney et al, 2000; Björkdahl et al, 2010). Personalet bruker ikke denne muligheten. De psykiske helsearbeiderne har ikke utviklet et skriftlig språk for å beskrive slike viktige fenomen. Verktøyet mangler. Det hindrer fagområdet selvstendigjøring. En mulig årsak til dette kan være vår bakgrunn i en muntlig formidlingstradisjon (Hatling, 2011). Presisjonsnivået i muntlige kulturer er lavere enn i skriftlige tradisjoner, og preges gjerne av lite nøyaktighet i språkbruken. Synsinger og meninger tar gjerne plassen fra mer presise faglige beskrivelser.

Sykepleierprofesjonen har i alle tider kjempet for å fremstå med et selvstendig fagområde med eget kunnskapsgrunnlag (Melby, 1990). Det krever at personalet blir bedre i stand til å sette ord på det de gjør (Stringer et al, 2008; Deacon og Cleary, 2011). En av veiene dit går gjennom skriftliggjøring av faget. Skrivning hever bevisstgjøringen (Ong, 2003). Å

skriftliggjøre miljøpersonalets fagområder er fremdeles utdanningssystemets største utfordring.

## Konklusjon

Analyse av pasientjournaler antyder manglende samsvar mellom faglige idealer og praktiske realiteter i dagen desentraliserte psykiske helsearbeid. Personalet henger i mange tilfeller fremdeles igjen i de gamle autoritetsstrukturene fra de psykiatriske sykehusene, og greier ikke å vise at de har et eget fag. Brukerne er i for liten grad aktive deltakere i eget behandlingsopplegg. Personalet mangler skriftlig språk for å beskrive etablering - og vedlikehold av relasjoner. De nye yrkesgruppene adopterer de gamle måtene å forholde seg på, og tilfører ikke nye faglige innfallsvinkler. Det kan se ut som om gamle og uønskede forståelsesmåter fra de gamle institusjonene har diffundert ut i den kommunale tjenesten.

## Fremtidig forskning

Fremtidig forskning bør se etter faktorer som bidrar til å opprettholde foreldede tilnæringsmåter, slik at vi kan utvikle strategier som frigjør miljøpersonalets ubrukte potensial.

## Referanser

- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzel Forlag
- Barker, P. & Buchannan - Barker, P. (2011). Myth of mental health nursing and the challenge of recovery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20 (5), 337-344.
- Bohart, A. C. & Tallman, K. (2010). *Clients: The Neglected Common Factor in Psychotherapy*. I: Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. & Hubble, M. A. (editors), *The Heart and Soul of Change*. Washington, D. C: American Psychological Association.
- Björkdahl, A., Palmstierna, T. & Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17: 510-518
- Borchgrevink, A. L. (2010). Det er lov å være modig. <http://www.erfaringskompetanse.no/nyheter/lov-aa-vaere-modig>. Nedlastet 25/9-2012.
- Bøe, J. B. (1994). *Synd, sykdom og samfunn. Linjer i sinnsykepleiens historie*. Oslo: Gyldendal

- Carlyle, D., Crowe, M. & Deering, D. (2011). Models of care delivery in mental health nursing practice: a mixed method study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 221–230.
- Cheek, J. (2004). At the margins? Discourse Analysis and Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 14 (8), 1140-1150.
- Crowe, M. (2005). Discourse analysis: towards an understanding of its place in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (1), 55- 63.
- Delaney, K. R., Rogers, C. & Perraud, S. (2000). Psychiatric hospitalization and process description: What will nursing add? *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 38 (3), 7-13.
- Fairclough, N. (1995). *Critical discourse analysis: the critical study of language*. London: Longman
- Forskningsrådet (2009). *Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009)*. Oslo: Forskningsrådet. Publikasjoner
- Foucault, M. (1989). *The Archeology of Knowledge*. London & New York: Routledge
- Garmarnikow, E. (1978). *Sexual division of labour: The case of nursing*. I: Kuhn, A., Wolpe, A. M. (red.), *Feminism and materialism* (s. 96-123). London: Routledge and Kegan Paul
- Gullestad, M. (2002). *Det norske sett med norske øyne*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hamran, T. (1991). *Pleiekulturen: en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hatling, T. (2011). Psykisk helsearbeid som kunnskaps- og kompetansefelt. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2, 143- 153.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001, a). LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001, b). LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001, c). Lov om pasientrettigheter. Oslo.
- Helse - og omsorgsdepartementet (2009). Forløpsgruppe på psykisk helse. Rapport avgitt 29. mai 2009. <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/tema-og-redaksjonelt-innhold/kampanjesider/2008/samhandlingsreformen/forlopsprosjektet-varen-2009---samhandli.html?id=592281> (Nedlastet 20/2-2012)
- Hummelvoll, J. K. & Severinsson, E. I. (2001). Imperative ideals and the strenuous reality: focusing on acute psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8: 17–24.
- Hummelvoll, J. K. (2004). Helt – ikke stykkevis og delt. *Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal.
- Irving, K., Treacy, M., Scott, A., Hyde, A., Butler, M. & MacNeela, P. (2006). Discursive practices in the documentation of patient assessments. *Journal of Advanced Nursing*, 53: 151–159.
- Karlsen, M.P. & Villadsen, K. (2007) "Hvor skal talen komme fra? Dialogen som omseggrpende ledelsesteknologi". *Dansk Sociologi*, 2, vol. 18, 7- 28.
- Karlsen, R. (2005). Kvalitetssikring av sykepleiedokumentasjonen i pasientjournalen. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 2, 24- 37.
- Kvale, S. (1997). *Interview*. København: Hans Reitzels forlag
- Lave, J. & Wenger, E. (2003). *Situert læring - og andre tekster*. København: Reitzel.

- Løchen, Y. (1970). *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Melby, K. (1990). *Kall og kamp. Norsk sykepleierforbunds historie*. Oslo: Cappelen
- Oeye, C., Bjelland, A. K., Skorpen, A. & Anderssen, N. (2009). User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible? *Nursing Inquiry*, *16* (4), 287–296.
- Ong, W. J. (2002). *Orality & literacy*. London: Routledge
- Perikälä, A. (2005). Analyzing talk and text. I: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Third Edition. London: Sage.
- Roberts, C. & Sarangi, S. (2005). Theme-oriented discourse analysis of medical encounters. *Medical Education*, *39*, 632-640.
- Säljö, R. (2001). *Læring i praksis*. Oslo: Cappelen
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2009). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal
- Sosial- og helsedepartementet (1997). *Stortingsmelding nr 25, 1996-97. Åpenhet og helhet*. Oslo.
- Sosial- og helsedirektoratet. (1999). *Stortingsproposisjon 63. Om Opptappingsplan for psykisk helse, 1999-2006*.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. IS: 1332
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Distriktspsykiatriske sentre*. IS: 1388
- Stringer, B., Van Meijel, B., De Vree, W. & Van der Bijl, J. (2008). User involvement in mental health care: the role of nurses. A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *15*, 678–683.
- Talja, S. (1999). Analyzing Qualitative Interview Data: The Discourse Analytic Method. *Library & Information Science Research*, *21*, 4, 459-477.
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2005). *Rammeplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid*. Oslo.
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective. I: Duncan, B.I, Miller, S.D. & Wampold, B.E. (Eds.), *The Heart and Soul of Change*, 2nd edition. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wang, N., Hailey, D. & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *67*: 1858–1875.
- Aaslestad, P. (2007). *Pasienten som tekst: fortellerrollen i psykiatriske journaler*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.