



Psykisk helsearbeid som fagområde – en fremvoksende disiplin

Bengt Eriksson & Jan Kåre Hummelvoll¹

bengt.eriksson@hihm.no

jankhum@online.no

ABSTRAKT: Psykisk helsearbeid representerer et alternativ til det tradisjonelle psykiske helsevernet. Artikkelenes hensikt er å diskutere begrepets innhold og mulige definisjoner av fagområdet. En sammenligning med andre nordiske land viser at begrepet er særnorsk, men at faglige utvikling og praksis går i en felles retning – mot en mer humanistisk, brukerinvolvert og lokalsamfunnsbasert virksomhet i alle nordiske land og England. Tre spor i utviklingen identifiseres: Det retningslinjebaserte/manualiserte sporet, det ideologisk-kritiske sporet og det pragmatiske sporet. Fagområdet beskrives i 10 punkter, som fremholder at det er et spesifikt forsknings-, utdannings- og praksisfelt, som hviler på et teoretisk fundament der det allmenmenneskelige er i fokus. Psykisk helsearbeid bør utvikles til en akademisk disiplin. Samtidig er det viktig å være klar over den forskningsbaserte kunnskapens begrensninger; praksiskunnskapen er mer mangfoldig enn vitenskapelig kunnskap. En tentativ definisjon fremholder at psykiske helsearbeideres oppgave er å bidra til å skape livsstrategier for, og sammen med, personen med psykiske problemer.

KEYWORDS: Psykisk helsearbeid, humanistisk praksis, lokalsamfunn, livsstrategier

ABSTRACT: Mental health care represents an alternative to traditional psychiatry. The aim of this article is to discuss the concept and how the field might be defined. A comparison with other Nordic countries shows that the concept is specific Norwegian, however, knowledge and practice change in the same direction – towards a more humanistic, user-involved and local community-based practice in all Nordic countries, and in England. Three different tracks can be identified in this development: The guideline/manual based track, the ideological/critical track and the 'pragmatic' track. Mental health care is described in ten points, emphasising it as a specific area of research, education and practice, resting on a theoretical base where the universally human is in focus. Mental health care should be developed to an academic discipline. However, the practitioner's knowledge should not be reduced to academic knowledge, it is much broader and multifaceted. A tentative definition focuses the role of the mental health care worker to contribute to the creation of life-strategies for – and together with – the person facing mental health problems.

KEYWORDS: Mental health care, humanistic practice, local community, life-strategies

Innledning

Psykisk helsearbeid er ikkje det same som psykisk helsevern vidareført på eit anna omsorgsnivå til lågare pris. Psykisk helsearbeid står fram som eit reelt alternativ til det diagnose- og metodeorienterte psykiske helsevernet. (Aarre, 2011)

Sitatet over understreker at psykisk helsearbeid representerer et alternativ til det tradisjonelle psykiske helsevernet. Derfor er det viktig å søke å presisere dette alternativet innen feltet psykisk helse. I det åpne fagområdet psykisk helsearbeid trengs derfor *ny kunnskap* når det gjelder innsikt i forutsetninger for god praksis, forståelse av subjektive lidelsesinntrykk og -uttrykk, bedringsbetingelser og -prosesser og hvilke samfunnsmessige forhold som skaper opplevelse av hjemstavn i lokalsamfunnet og hva som bidrar til fremmedgjøring, marginalisering og utstøting. Det behøves forskning om det allmenne. For eksempel det som gjelder fenomeners utbredelse, samfunnsmessige strukturer og mekanismer som påvirker helsen, men det er særlig gode grunner for å rette oppmerksomheten mot praksis- og hverdagsnære spørsmål med vekt på erfaringskunnskap, på det relevante, fenomenære og det evidente (det som fremstår umiddelbart sant og hevet over tvil – dvs. det man kan redegjøre overbevisende for, jf. Martinsen, 2005). En slik tilnærming til kunnskapsdannelse innen feltet kan fungere som en forsøksvis *faglig signatur*, men samtidig må det holdes åpent for at det kan finnes flere gyldige signaturer under paraplyen psykisk helsearbeid. Poenget er imidlertid

at de bør være lesbare. Derfor trenger fagområdet en tydeliggjøring av sitt gjenstandsområde når det gjelder forskning og praksis.

Hensikten med artikkelen er å bidra til diskusjon om innholdet i fagområdet psykisk helsearbeid og hvordan det kan defineres. Dette skjer gjennom å presentere fagområdets historiske bakgrunn, fokusere på dets bærende begreper, identifisere aktuelle spor i utviklingen og foreslå sentrale kjennetegn på psykisk helsearbeid og presentere en stipulativ definisjon.

Psykisk helsearbeid: Bakgrunn

På bemerkelsesverdig kort tid har begrepet psykisk helsearbeid vunnet innpass både i faglig og helsepolitisk språkbruk. Vi finner det benyttet i *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2008* (St.meld. 25, 1996–97; St.prp 63, 1997–98), som betegnelse for tverrfaglig videreutdanning på fagfeltet – og som ett av tre prioriterte tema i programmet Helsetjenester og helseøkonomi (under Medisin og helse) i Norges forskningsråd i perioden 2001–2005 (jf. Kolstad, 2004).

Opptrappingsplan for psykisk helse understreket nødvendigheten av endringer av tjenestene innen psykisk helsefeltet med vekt på lokalbaserte tjenester, fokus på mestring, frivillighet, åpenhet, likeverd og aktiv medvirkning av de som bruker tjenestetilbudene, samarbeid og et helhetssyn på tjenestene. Nyorienteringen medførte også introduksjonen av betegnelsen psykisk helsearbeid som innebar et endret fokus fra sykdom til forhold og praksiser som fremmer helse.

I utdanningsammenheng ble det i 1998 innført en tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, 1997). Denne

¹ Forfatterne er likeverdig ansvarlige for artikkelens innhold.

utdanningen erstattet de tidligere videreutdanninger i psykiatrisk sykepleie, psykiatrisk sosialt arbeid og psykomotorisk og psykiatrisk fysioterapi. Hensikten med utdanningsreformen var å bidra til å åpne feltet psykisk helse og samtidig sikre et felles forståelsesgrunnlag for ulike grupper som arbeider innen feltet. Derved skulle samarbeidsmuligheter økes og medvirke til å sikre bedre samordning av tjenestetilbudene og skape rom for nye forståelsesmåter, og dermed praksisformer i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser og funksjonshindringer.

Psykiisk helsearbeid som begrep og fagområde er som vist relativt nytt, og det har kommet som svar på behovet for helsepolitiske reformtiltak innen feltet psykisk helse. Samtidig representerer det også noe gammelt fordi det fokuserer på fenomener, forståelses- og tilnæringsmåter som mange fag har vært opptatt av i lang tid (jf. Karlsson & Borg, 2013). Andersen, Grelland og Lundstøl (2013) stiller spørsmålet om området er kimen til noe nytt, eller om det dreier seg om å «helle ny vin i gamle skinnsekker»? Til det siste henvises det til at psykisk helsearbeid har likhet med tenke- og arbeidsmåter som har solide røtter i vestlige samfunn. Samtidig viser viljen og intensjonen bak benevnelsen til en ambisjon om å utfordre etablert «psykiatripraksis» i retning av anerkjennelse av de ulike faglige perspektiver på psykisk helsefeltet, at psykisk uhelse i stor grad er samfunnsskapt og en understrekning av at brukerperspektivet må få gjennomslag i tenkning og praksis. Når det gjelder inspirasjonene til denne faglige omdreiningen, kan man spore utviklingen tilbake til en humanistisk-eksistensiell og en mer samfunnskritisk tenkning og praksis

innen feltet fra 1960–70-årene (jf. Hummelvoll & Granerud, 2010) – og påvirkningen fra sosialfaglig lokalsamfunnsarbeid, helsefremmende arbeid og menneskerettslige prinsipper.

Fagområdet psykisk helsearbeid har i offentlige dokumenter særlig blitt knyttet til psykisk helsetjenester på kommunale nivå slik det også vises i ulike benevnelser², mens psykisk helsevern er relatert til spesialisthelsetjenesten. Imidlertid er det flere som mener at psykisk helsearbeid er et perspektiv (humanistisk og samfunnsvitenskapelig) som er relevant i alle deler av helsetjenesten – inkludert spesialisthelsetjenesten (jf. Aarre, 2011; Karlsson & Borg, 2013; Ulland, Bøe & Sæther, 2013). I følgende del vil vi redegjøre kort for hvilke begreper for psykisk helsearbeid som finnes i en nordisk og engelsk kontekst – og samtidig undersøke om begrepet og dermed fagområdet er særnorsk.

Begreper i og for psykisk helsearbeid i nordisk³ og anglosaksisk kontekst

I *norsk* sammenheng har begrepet psykisk helsearbeid ikke bare fått stort gjennom-

² Vanlige betegnelser er for eksempel *kommunalt/ lokalbasert/ lokalt psykisk helsearbeid* (jf. 'Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne.' Helsedirektoratet 2014). Vi finner også mer ideologisk orienterte betegnelser (inspirert av fenomenologi og helsefremmende perspektiv) som '*helhetlig psykisk helsearbeid*' (Borge, 2014).

³ Det har vært vanskelig å finne *islandske* begreper for psykisk helsearbeid. Ordet 'geð' benyttes både om 'mental' og 'psykiatrisk'. 'Geðheilsa' er lik 'mental helse'; geðhjúkrun' står for psykisk helseomsorg (mental health nursing), og 'mental health care' benyttes når fagområdet beskrives på engelsk. For psykisk lidelse (mental health illness) benyttes begrepet 'geðsjúkdómur'. Forstavelsen 'geð' betyr både stemming/temperament og savn/lengsel. 'Geðrækt' er et relativt nytt ord for psykisk helsefremme.

slag i språkbruk slik det er beskrevet foran, men også i faglig tenkning, i utdanning (jf. videre- og masterutdanning innen fagområdet) og etter hvert i praksis. Ulland et al. (2013) foreslår at begrepet underordnes 'feltet psykisk helse' – i og med at dette omfatter både psykiatri som medisinsk spesialitet, psykisk helsevern som benevnelse for spesialist-/andrelinjetjenesten, og altså psykisk helsearbeid. I dette forslaget til begrepshierarki vil psykisk helsearbeid være det som ligger nærmest begrepet 'feltet psykisk helse' fordi psykisk helsearbeid er benevnelsen for den flerfaglige aktiviteten på feltet (s. 21). Ingen av de andre nordiske landene har en tilsvarende begrepsbruk, men de er avgjort påvirket av de samme hovedstrømningene som finnes internasjonalt innen psykisk helse-feltet (for eksempel brukerfokus, lokalsamfunnsarbeid, tverrfaglig samarbeid).

I forbindelse med at Psykiatrireformen (Prop.1993/1994:218) ble gjennomført i Sverige, i årene 1995 til 1998, fikk kommunene et betydelig større ansvar for personer med psykiske problemer. Reformens hensikt var å forbedre situasjonen for disse innbyggerne og øke deres delaktighet og integrasjon i samfunnet. Begrepet 'psykisk sykdom' ble delvis erstattet med 'psykisk funksjonshindring' (Hydén, 2005) (senere 'psykisk funksjonsnedsettelse'). Kommunene ble tillagt ansvar for bolig og boforhold, rehabilitering og sysselsetning. Virksomhetene som ble utviklet fikk en felles benevnelse; 'socialpsykiatri', som nærmest motsvarer det norske 'psykisk helsearbeid' – særlig i kommunene⁴. I sosialpsykiatrisk virksom-

het inngår innslag fra sosial omsorg/sosialt arbeid, sosial støtte og behandling og delvis psykiatrisk sykepleie. Sosialpsykiatri består for eksempel av bostøtte (gjennom særlige 'boendestødjare'), tilpasset bolig og møtesteder (Lindqvist, Markstrøm & Rosenberg, 2010) og innbefatter også en ordning med personlige ombud (Rønmark, 2005).

I Danmark har tilsvarende virksomheter, som i Sverige, fått benevnelsen 'socialpsykiatri' og 'behandlingspsykiatri'. Samtidig har begrepet 'psykososial rehabilitering' fått solid innpass innen deler av psykisk helsefeltet (jf. <http://www.psykososialrehabilitering.dk/>)⁵. Som erstatning eller som et komplement til begrepet psykiatri har 'mental sundhed' (eller 'psykisk sundhed') vært lansert, men det har ikke fått et bredt gjennomslag så langt (Niels Buus, 2015, personlig kommunikasjon). Tilsvarende uttrykk til det norske 'psykisk helsearbeid' skulle da bli en 'indsats i forhold til mental sundhed'. I en rapport fra Regeringens Udvalg om psykiatri (2013) foreslås omfattende endringer i pleie, omsorg og støtte til personer med psykiske problemer, i retning mot mindre inngripende innsatser og økt fokus på lokalsamfunnet. Utvalget kommenterer også terminologien på området, og foreslår at 'socialpsykiatri'

⁴ Landstingens psykiatriske virksomheter ble ikke endret på samme måte, og betegnelsen 'psykiatrireform' kan derfor synes å være noe misvisende.

⁵ Dansk Selskab for Psykososial Rehabilitering har som sitt primære formål å fremme den psykososiale rehabiliteringsinnsatsen slik at mennesker med store psykososiale problemer oppnår størst mulig grad av selvstendig og meningsfull tilværelse. Fremme av psykososiale innsatser må skje gjennom bl.a målrettet arbeid for å bedre boligforhold, gi tilbud om utdanning og adgang til sivilsamfunnets tilbud og arbeidsmarkedet. Dette forutsetter å arbeide med påvirkning av holdninger til mennesker med psykososiale problemer i samfunnet for å øke toleranse, fremme inklusjon og avstigmatisering av alvorlige psykiske problemer. Dessuten vil selskapet støtte opp under et paradigmeskifte fra en tidligere isolert, individfokuseret praksis til arbeid med styrking av nettverk og sosiale relasjoner i lokalsamfunnet.

og 'behandlingspsykiatri' erstattes med tre andre begreper: 'Regional psykiatri', som dekker sykehusbaserte innsatser (i og utenfor sykehus); 'praksissektor', som inkluderer allmennpraktiserende leger, barne- og ungdomspsykiatri, spesialleger i psykiatri og praktiserende psykolog; og 'den kommunale sociale innsats' – for eksempel tilbud til voksne utenfor sykehus slik som bostøtte, støtte- og kontaktperson og botilbud.

Finland har, liksom Danmark, ikke gjennomført forandringer gjennom en spesifikk reform, men har gradvis skiftet fokus fra sykehusbasert pleie og omsorg til kommunebaserte tjenester /virksomheter. Begrepet «mentalvårdsarbeid» tilsvarer det norske psykisk helsearbeid, og innebærer i følge Mentalvårdslagen bl.a. «främjande av individens psykiska välbefinnande, handlingsförmåga och personlighetsutveckling, samt förebyggande, botande och lindrande av mentalsjukdomar och andra mentala störningar» (Lindqvist, Ruud & Wahlbeck, 2011, s.71). Mentalvårdsarbeid skal fremme et salutogent perspektiv på psykisk helse og skal være en ressurs på samfunnsnivå.

I *England*, som i lang tid har vært i front når det gjelder endring og utvikling av psykiske helsetjenester, brukes begrepene 'mental health services' og 'mental health care' som ble introdusert etter 2. Verdenskrig. Pilgrim (2014) diskuterer begrepet 'mental health services' i relasjon til andre mulige begreper, men konkluderer med at det for tiden synes mest dekkende og minst stigmatiserende for de aktuelle virksomheter. I nyere diskurs synes 'mental well-being' å få stadig større spredning (Miranda Thurston, 2015, personlig kommunikasjon), da begrepet 'mental health' betraktes som alt-

for nært knyttet til psykisk sykdom og dermed til det biomedisinske felt. Likevel synes begrepet 'positive mental health' å dekke omtrent samme betydning som 'mental well-being', og defineres av Barry (2009, s.6) som: «encompassing aspects of emotional (affect/feeling), psychological (positive functioning), social (relations with others and society), physical (physical health) and spiritual (sense of meaning and purpose in life), well-being.» Begrepene 'mental well-being' og 'positive mental health' brukes ofte innen diskurser som fokuserer forebyggende virksomhet, noe som også tilhører fagområdet psykisk helsearbeid. Det kan videre argumenteres for at psykisk helsearbeid i Norge etter hvert orienterer seg i retning av en bredere forståelse av feltet der livskvalitetsaspekter av emosjonell, psykologisk, sosial, fysisk og åndelig karakter stadig vies større plass. Dette kan tale for at psykisk helsearbeid vil få et innhold på linje med det engelske begrepet 'mental well-being/care'.

Denne korte gjennomgangen av situasjonen i våre naboland viser store likheter, men også noen forskjeller. Pleie, omsorg og sosial støtte til personer med psykiske problemer er et aktuelt tema i hele Norden, liksom i England. Reformambisjonene synes å ha vært mest tydelige i Sverige og Norge, med omfattende samfunnsreformer – i Sverige med fokus på oppbygging av nye kommunale virksomheter. Det norske begrepet psykisk helsearbeid, som fanger den nye retningen fagfeltet går mot, har ennå ikke fått sin offisielle motsvarighet i de andre landene. I England finnes tendenser til at begrepet 'mental well-being' gis økt plass, ved siden av 'mental health care'.

Identifiserbare spor i fagutviklingen

Når vi ser tilbake på det som har preget utviklingen innen fagområdet psykisk helsearbeid i norsk sammenheng, er det – *foruten* det hittil dominerende ekspertfokuserede, biomedisinske psykiatrisporet, og det flerstemte brukersporet⁶ – minst tre spor som øynes. Det er grunn til å tro at disse vil fortsette, nemlig a) det retningslinjebaserte, manualiserte sporet, b) det ideologisk-kritiske (aktivist)sporet og c) det pragmatiske sporet. Dessuten vil antagelig nye spor skapes; det er rom for innovasjon.

a) Det retningslinjebaserte, manualiserte sporet

Det retningslinjebaserte sporet preges av dekontekstualisert kunnskap som hviler på forskning, tydelig dokumentasjon og – ideelt sett – brukermedvirkning, og med fokus på praksis. Slike retningslinjer skal gi uttrykk for hva som er god praksis. De skal bidra til at ny kunnskap oversettes til praksis slik at hjelpesøkende får effektiv behandling med lav risiko for bivirkninger. I stor grad

⁶ Speed (2006) viser til tre ulike diskurser som inneholder ulike måter å tale om psykiske lidelse, og som viser til forskjellige måter å handle på for tjenestebrukeren: 1. *pasientdiskursen* ('patient' = passiv mottaker av behandling, aksepterer diagnosen "I am a schizophrenic"), 2. *overleverdiskursen* ('survivor' = motsetter seg og avviser psykiatriske diagnoser: "I am a person who hears voices") og 3. *forbrukerdiskursen* ('consumer' = verken aksepterer eller avviser deres diagnose, men beveger seg mellom de to andre diskursene; "I am a person with schizophrenia"). 'Akseptasjon' samsvarer med pasientdiskursen, 'motstand' med overleverdiskursen og 'forhandling' med brukerdiskursen. Grønberg Eskel (2012) gjør en tilsvarende inndeling i tre 'idealtypiske strategier': *Anpassningsstrategien* innebærer å ta rollen som pasient; legen er den som vet best. *Eksperten* tar kontrollen over sin situasjon og 'forhandler' med pleiesystemet ut fra egen kunnskap om psykisk uhelse, og om hvordan systemet fungerer. *Distansering* som strategi er å stille seg utenfor sjablongbildet av psykisk sykdom; den betraktes i stedet som noe meningsfullt og som kan bidra til vekst og utvikling.

er disse retningslinjene med veiledere fagpolitisk- og direktoratstyrt, og de produseres i så stort omfang at det kan være vanskelig å orientere seg. Ved å følge retningslinjene oppfylles kravet i lovverket om forsvarlig helsehjelp. Det manualiserte sporet er allment rettet mot behandling av sykdommer/problemer, det er prosedyrepreget og søker resultatsikkerhet. I og med at de representerer akkumulert kunnskap basert på kunnskapsoppsummeringer om sentrale tema innen feltet psykisk helse (inkludert psykiatri), vil de være nyttige for dem som planlegger og skal gjennomføre tjenestene – og for fagpersoner, brukere og pårørende som leser og lar seg informere og inspirere av dem. I dette sporet vil det benyttes ulike former for ekstern kvalitetsmåling – oftest uttrykt kvantitativt.

Utfordringer: Her fremstår *applikasjon* som en av de største utfordringene, dvs. persontilpasset anvendelse av retningslinjer og manualer. For å kunne være nyttige og produktive, forutsettes bruk av skjønn og dermed tilpasning til den enkeltes særlige behov og situasjon. Hva som er 'beste praksis' kan ikke avgjøres før man har fått bekreftelse fra dem behandlingen er rettet mot. Beste praksis på psykisk helsefeltet kan vanskelig fastslås på forhånd, selv om man til en viss grad kan lene seg mot akkumulert kunnskap. Faren er at det blir en *engstelig praksis* fordi den er overvåket og objektivert, og som derfor skjeler mer til hva systemet krever enn til hva som vil være godt i det enkelte tilfelle (jf. Ekeland, 2014).

b) Det ideologisk-kritiske (aktivist)sporet

Dette sporet er tverrfaglig i en sjenerøs forstand og delvis dekontekstualisert i og med at den har en ideologisk grunn. Samtidig

insisteres det på nødvendigheten og betydningen av kontekstuell kunnskapsdannelse og tilpasning – og med et tydelig brukerperspektiv. Her finnes et uttalt og begrunnet syn på at et paradigmeskifte er nødvendig (jf. Hatling, 2011; Karlsson, 2013), dvs. at det naturvitenskapelige og medisinske psykiatriske sporet må forlates til fordel for noe nytt, nemlig en kontekstbundet, humanistisk/humanvitenskapelig orientert tilnærming med høy grad av samfunnsvitenskapelig begrunnelse og inspirasjon. I tillegg til ekstern kvalitetsmåling, argumenteres det for intern kvalitetsvurdering, dvs. at det er de som «utsettes for» tjenestene som først og fremst må melde tilbake og vurdere tilbudets/metodens treffsikkerhet.

I mars 2008 (gjentatt i januar 2013) skrev redaksjonen i *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* et tilnærmet manifest for en ny orientering av psykisk helsearbeid. I syv punkter poengteres hva nyorienteringen skulle inneholde: 1. Individualisering av forståelser og kunnskapsgrunnlag må stoppes. Psykisk helsearbeid er politisk virksomhet. 2. Sykdomsmodellen må forlates til fordel for fokus på hverdagslivsmestring, ressurser og kompetanse. 3. Folks erfaringer må lyttes til – hjelpen må forankres i menneskers egne erfaringer om hva som hjelper. 4. Folk må få hjelp når de trenger det – frivillig og med valgmuligheter. 5. Anerkjennelse av ulike levemåter og å opprettholde oppmerksomhet på menneskerettigheter. 6. Den personlige og faglige kompetansen er avgjørende hos hjelpere – ikke bestemte profesjoner. 7. Tjenestene skal være sammenhengende – ikke fragmenterte. Manifestet ble avsluttet med følgende definisjon av psykisk helsearbeid:

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø (Andersen, Bøe, Fodstad, Ibabao, Krogsæter & Norvoll, 2008, s. 103).

Utfordringer: Formuleringene i manifestet kan oppfattes som luftige. Men retningen er likevel tydelig og lesbar: Vi ser at det dreier seg om et verdibevisst, ambisiøst humanistisk prosjekt. Fordelen med en slik definisjon er at den fungerer som en verdiorientering; noe er viktigere enn noe annet, alt er ikke like gyldig, og det er slettet ikke likegyldig hva slags praksis man går inn i og støtter opp om. En svakhet ved både manifestet og definisjonen er at lidelsens karakter og eksistensielle preg ikke gis plass og oppmerksomhet; det er vel slik at det først og fremst er den enkelte som lider, dernest familie og de som ellers er rundt (nettverk). Den enkelte har behov for å bli sett og bekreftet i sin lidelse. Følgelig er det avgjørende at lidelsen tilskrives potensiell verdi, fordi den kan føre til utvikling og vekst.⁷

⁷ Det må understrekes at lidelsens potensielle verdi ikke skal tolkes som at lidelsens negative aspekter dermed forringes. Sannsynligvis vil muligheter for vekst og utvikling være avhengig av lidelsens alvorlighetsgrad og individuelt relaterte kontekstuelle faktorer.

c) Det pragmatiske sporet

Dette sporet er delvis kontekstualisert, preget av tradisjon og fremforhandlet mellom det ønskelige og det mulige. Det psykiatrisk-medisinske perspektiv bidrar til begrepsbruk, forståelse av lidelsesuttrykk og behandling, men det fanger samtidig opp tidstypiske fagbegreper (f.eks. mentalisering, empowerment, recovery) og behandlingsmetoder (f.eks. kognitiv terapi, nettverksmøter). Sporet er med andre ord både flerfaglig og tverrfaglig i sin innretning. Både ekstern måling av kvalitet og intern kvalitetsvurdering av hjelpetiltak gjennomføres.

I det pragmatiske sporet legges det vekt på hva som er praktisk gjennomførlig og nyttig innen gitte mål, rammer og ressurser i form av økonomi, personale og pasientgrunnlag. Her vil svært mange praktiserende psykiske helsearbeidere befinne seg, fordi det daglige arbeidet dreier seg om å gjøre så godt man kan innen de rammebetingelser som foreligger. Det krever forhandling mellom tilsynelatende motsetninger, men også å gå bak faglige preferanser til noe som ligger dypere (dvs. verdier) – inn mot det allmenne menneskelige. Aarre (2011) illustrerer noen enkle, verdibaserte prinsipper for godt psykisk helsearbeid, som nettopp kan ses på som pragmatiske, nemlig at virksomheten krever *brukermedvirkning, samhandling, langsiktige perspektiver, riktige holdninger og faglige kompromissløsninger*.

Utfordringer: Dette sporet kan bli teori fattig og/eller teoretisk motsetningsfylt. For praktikere kan det føre til opplevelse av en ubehagelig ideologisk diskrepans mellom den rådende medisinske modelldominans og humanistiske idealer. Verdigrunnet

i det humanistiske prosjektet blir dermed gjenstand for forhandlinger mellom systemkrav (for eksempel effektivitet og kvalitets-sikring), profesjonelle idealer og lojalitet til pasientens ønsker og behov. Samtidig står praktikerne ofte innenfor en 'handlingstvang' – konkrete situasjoner som må løses, iblant innen kort tid, ofte med begrensede ressurser og ufullstendig informasjon.

Ingen helt rene spor

Det er imidlertid mulige *dialogiske rom* mellom disse sporene som kan og bør benyttes. Ulland og Bertelsen (2010) har en slik tilnærming når de trekker veksler på Habermas og argumenterer for en diskursetisk modell og diskursivt felt (herredømmefri dialog som ideal). Forfatterne problematiserer polariseringen mellom den biomedisinske, naturvitenskapelige og den humanistisk-kontekstualiserte tilnærming til psykisk lidelse og psykisk helsearbeid. Veien ut av de to stramme posisjonene i kunnskapssyn vil etter deres oppfatning være en diskursetisk fremgangsmåte. Gjennom en pluralistisk og diskursiv praksis er det mulig å holde liv i en dialog om kunnskap innen psykisk helsefeltet hvor ulike faggrupper, brukere og pårørende og nettverk kan møtes på en felles arena for utvikling og formidling av kunnskap for å nå frem til passende og situasjonsrelatert tilpasning til problemstillinger som skal belyses og handles i forhold til. En tilsvarende dialogisk tilnærming finnes hos Andersen (2014) som presiserer at det dialogiske rommet bør preges av *forhandlinger* mellom tre kunnskapsområder, nemlig kunnskaper om sosiokulturelle forhold, kroppslige forhold og kunnskap hentet fra opplevd livssituasjon.

Psykisk helsearbeid: Avgrenset og fokusert

Vi vil i det følgende søke å bidra til diskusjonen om psykisk helsearbeid som selvstendig komplement og som alternativ til det tradisjonelle psykiske helsevern. Vår tentative oppfatning er at psykisk helsearbeid har følgende kjennetegn, nemlig at psykisk helsearbeid:

- 1 Er et eget fagområde, et forskningsfelt og en spesifikk praksis.
 - 2 Utgår primært fra et psykososialt, kulturelt og åndelig perspektiv. Psykiske problemer er hovedsakelig psykososiale, noe som innebærer at de har både et indre/psykisk aspekt og et sosialt aspekt (som har med vår avhengighet av andre mennesker å gjøre). Det psykiske, det sosiale og det kroppslige henger sammen og kan ikke adskilles. Det medfører at mennesket må ses i relasjon til sitt sosiale miljø, og at et liv i lokalsamfunnet, sammen med andre, er det naturlige målet for psykisk helsearbeid.
 - 3 Bygger på teorier som fokuserer på to grunnleggende menneskelige behov: Behovet for å være et kreativt og skapende individ og behovet for å være en del i en sosial sammenheng. Det vil si, teorier som tydeliggjør likheter og ikke forskjeller mellom mennesker med og uten psykiske lidelser (en grense som for øvrig er diffus og avhengig av kulturell og tidsmessig kontekst). Det innebærer at retninger som empowerment, salutogenese og bedring/recovery er sentrale teoretiske bidrag i psykisk helsearbeid. Samtidig må psykisk helsearbeid alltid inkludere teorier om
- det utsatte og sårbare mennesket (dvs. lidelse som et faktum i menneskelivet). Teoretiske bidrag fra andre områder, som bidrar til forståelse, kritikk og utvikling av virksomheter innen psykisk helsearbeid (f.eks. om organisasjoner, ledelse, kommunikasjon, makt og implementering) kommer i tillegg, liksom teorier som bidrar til økt samfunnsforståelse. Teorier innen psykisk helsearbeid skal bidra til forståelse av problemskapende prosesser på ulike nivåer i samfunnet, men også til kunnskap om hvordan psykiske problemer kan møtes med tiltak som leder til bedring.
- 4 Skal være en radikal kraft som utfordrer andre kunnskapsområder, men også dagens praksis. Samtidig skal utdanningen innen psykisk helsearbeid utdanne for dagens og morgendagens virksomheter innen praksisfeltet. Det bør her ikke være noen reell motsetning, gitt at de som er ansvarlige for disse virksomhetene er interesserte i genuin forbedring og utvikling.
 - 5 Er en praksisnær virksomhet i alle sine ytringsformer. Forskningen skjer med sikte på anvendelse og utdanningen har nær kontakt med praksis. Kjernen i psykisk helsearbeid er dermed økt (ny og relevant) kunnskap og forbedret praksis som bidrar til at personer som sliter med psykiske problemer får et bedre liv.
 - 6 Skal aktivt bidra til å utvikle brukermedvirkning og brukerinnflytelse på alle plan – i praksis, utdanning og forskning.
 - 7 Har frivillighet som et overordnet perspektiv. Psykisk helsearbeid skal utvikle

arbeidsmåter som fremmer den enkeltes autonomi og selvbestemmelse. Bruk av tvang ligger i egentlig forstand utenfor psykisk helsearbeid. Det styres av et eget lovverk og håndteres av spesielle profesjoner bl.a. innen psykisk helsevern og sosialtjeneste.

- 8 Vender seg ikke prinsipielt mot bruk av medisiner, men det fremholdes at dette bør reduseres så mye som mulig på grunn av usikkerhet om virkemåte, medisinske bivirkninger og risiko for sosial og/eller medisinsk avhengighet. Som konsekvens avvises medisiner som ikke er sanksjonert av den enkelte. Bruk av tvangsmedisinering styres av et eget lovverk og håndteres av spesielle profesjoner innen psykisk helsevern.
- 9 Tar for seg diagnoser og diagnosetenkning bare i den grad det kreves for å kunne relatere til andre faggrupper eller institusjoner som arbeider med samme målgruppe (f.eks. NAV, sykehus, DPS, kommunehelsetjeneste). Psykisk helsearbeid skal ikke fremme diagnosetenkning, men derimot søke grunnleggende forståelse for psykososiale fenomener (dvs. fenomenforståelse).
- 10 Bør utvikles til en egen akademisk disiplin. Enhver akademisk disiplin kan betraktes som resultat av en samfunnsmessig forhandling, der kunnskap som henger sammen og (for tiden) anses å utgjøre en helhet inkluderes. Nye disipliner utvikles og etableres da kunnskapsnivå og samfunnsutvikling gjør den tidligere strukturen utilstrekkelig. Prinsipielt skjer det på to måter, grunnet hovedsakelig innen-vitenskapelige

eller samfunnsrelaterte behov.⁸ Psykisk helsearbeid ville da høre til den gruppe akademiske disipliner (f.eks. sykepleievitenskap, ulike medisinske spesialiteter, fysioterapi, sosialt arbeid) som har direkte kobling til et samfunnsmessig praksisfelt.

Tentativ konklusjon

Vi har i denne fremstillingen vist at begrepene som brukes på psykisk helsefeltet i Norden og i engelskspråklige land delvis er forskjellige, og at psykisk helsearbeid synes å være et særnorsk begrep som er et resultat av nasjonale helsepolitiske reformer. Både Sverige og Norge har hatt en omfattende reform innen psykisk helsefeltet, men psykiatrigrepet er likevel et tydeligere referansebegrep i Sverige enn det er i Norge. Vi ser at Finland har en forståelse av 'mentalvårdsarbeid' som ligger nært psykisk helsearbeid med dets vekt på det helsefremmende aspektet. Samtidig har vi vist at det er tre ulike hovedspor i samtidens psykisk helsearbeid i Norge. Feltet psykisk helse, og det tverrfaglige fagområdet psykisk helsearbeid, er åpent, men trenger en tydeliggjøring av sitt gjenstandsområde både som forskningsområde og som praksisfelt.

Vi har formulert ti kjennetegn på det vi forstår med psykisk helsearbeid, og vil med disse understreke behovet for en verdibasert bevisstgjøring i psykisk helsearbeid; alt er ikke like gyldig og det er slettet ikke likegyldig hva slags praksis som utvikler seg.

På generelt grunnlag kan det også være grunn til å minne om at praksiskunnskap

⁸ Dessuten finnes alltid elementer av akademisk legitimering i all etablering av akademiske disipliner.

ikke må *reduseres* til vitenskapelig kunnskap. Det særegne ved praksiskunnskapen underkjennes om så skjer. Det vil være avgjørende for psykisk helsearbeid – hvor praktisk kyndighet og skjønn er viktig for gode møter og god praksis – at grensene for vitenskap tydeliggjøres. Praksiskunnskap innebærer mer enn vitenskapelig kunnskap – for eksempel relasjonskunnskap, praktisk-moralsk handlingskunnskap og evnen til å se det som i situasjonen fremstår som den riktige handling og holdning (dvs. situert evidens – jf. Eriksson & Hummelvoll, 2012). Imidlertid skal og kan vi utvikle vitenskap *om* og *i* praksis. Slik forskning kan være et redskap for å sette ord på praksis, og derved bidra til å utvikle teorier om praksis, bidra til å avdekke implisitt kunnskap, løfte frem gode arbeidsmetoder og undersøke hvordan de begrunnes og fremfor alt erfares. Som avslutning vil vi foreslå følgende stipulative definisjon av fagområdet:

Psykisk helsearbeid innebærer å bistå mennesker med ulike psykiske problemer og lidelser, og/eller særlige behov, til å oppleve mening og mestring i sin hverdagsvirkelighet. Dette innebærer at den psykiske helsearbeideren, sammen med personen, arbeider for å skape, utvikle, forandre og bevare livsstrategier for og i ulike samfunnskontekster og stadier i livet. (Eriksson, 2014).⁹

⁹ Definisjonen er inspirert av Blomdahl Frej, 1998.

Litteratur

- Andersen, A.J.W., Bøe, T.D., Fodstad, H., Ibabao, V.A., Krogsæter, O. & Norvoll, R. (2008). «Vi bærer psykisk helsearbeid videre.» *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 5(2), 98–103.
- Andersen, A.J.W., Grelland, H.H. & Lundstøl, J. (2013). Mangfold og samtidighet. Skisser til et faglig grunnlag for psykisk helsearbeid. I: T. Mesel & P. Leer-Salvesen (red.). *Makt og avmakt. Etiske perspektiver på feltet psykisk helse*. Kristiansand: Portal Akademisk.
- Andersen, A.J.W. (2014). Psykisk sykdom – et resultat av forhandlinger? *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 11(3), 201–210.
- Barry, M.M. (2009). Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 201–210.
- Blomdahl Frej, G. (1998). Social omsorg och socialpedagogik. I: G. Blomdahl Frej, & B. Eriksson (red.). *Social omsorg och socialpedagogik: filosofi, teori, praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Borge, L. (2014). Helhetlig psykisk helsearbeid. I: A. Almvik & L. Borge (red.). *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Buus, N. (2015). Personlig kommunikasjon kring begrepsbruk om psykisk helsearbeid.
- Ekeland, T.-J. (2014). Frå objekt til subjekt – og tilbake? *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 11(3), 211–220.
- Eriksson, B. (2014) *Hva er psykisk helsearbeid?* Internett arbeidsnotat. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Grønberg Eskel, M. (2012). *Från slutna institutioner till institutionaliserat omhändertagande*. Akademisk avhandling. Karlstad: Karlstad University Studies 2012:54.
- Hatling, T. (2011). Psykisk helsearbeid som kunnskaps- og kompetansefelt. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 8(2), 143–153.
- Hydén, L.-C. (red.) (2005). *Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad*. Lund: Studentlitteratur.
- Hummelvoll, J.K. & Granerud, A. (2010). Teoretiske og ideologiske innflytelser på utviklingen av psykiatrisk sykepleie etter 1960 – en litteraturgjennomgang. *Vård i Norden*, 2, 37–42.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid – humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B. (2013). Vi bærer enda litt videre... *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 10(1), 2–4.
- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (1997). *Rammeplan og forskrift for videreutdanning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.
- Kolstad, A. (2004). Psykisk helsearbeid – fra forskning til praksis, eller omvendt? *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 1(1), 13–26.
- Lindqvist, R., Ruud, T. & Wahlbeck, K. (2011). From reformation till praxis. Hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden. Göteborg: Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap. NHV Rapportserie 4R.
- Lindqvist, R., Markstrøm, U. & Rosenberg, D. (2010). *Psykiska funktionshinder i samhället*. Malmö: Gleerups
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Pilgrim, D. (2014). *Key concepts in mental health*. London: SAGE.
- Regeringens proposition 1993/1994:218. (1994). *Psykisk størdas villkor*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Regeringens Udvalg om psykiatri. (2013). *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse – www.sum.dk
- Rønmark, L. (red.) (2005). *Personligt ombud. Erfarheter från arbete med psykiskt funktionshindrade personer i Væstra Götaland*. Rapport 5:2005. Göteborg: FoU i Väst.
- Speed, E. (2006). Patients, consumers and survivors: A case study of mental health service user discourses. *Social Science & Medicine*, 62, 28–38.
- St.meld. nr. 25(1996–97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St.prp. nr. 63. (1997–98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Thurston, M. (2015) Personlig kommunikasjon om begrepsbruk relatert til psykisk helsearbeid.
- Ulland, D. & Bertelsen, B. (2010). Kunnskapssyn og etikk i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 7(2), 121–129.
- Ulland, D., Bøe, T.D. & Sæther, O. (2013). Begreper, kunnskap og makt innen feltet psykisk helse. I: T. Mesel & P. Leer-Salvesen (red.). *Makt og avmakt. Etiske perspektiver på feltet psykisk helse*. Kristiansand: Portal Akademisk.
- Aarre, T. (2011). Fem prinsipper for godt psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 8(2), 164–169.