

Er sykepleiediagnoser relevant i psykisk helsearbeid?

Toril Borch Terkelsen

Toril.Terkelsen@uia.no

Fagfelleurdert artikkel, publisert i Tidsskrift for psykisk helsearbeid, vol. 4, nr. 1, 2009.

<http://www.idunn.no/ts/tph/2009/01>

Elektronisk pre-print gjengitt med tillatelse fra Universitetsforlaget ©.

Sammendrag:

I denne artikkelen som baserer seg på et åtte måneders feltarbeid i en psykiatrisk rehabiliteringsavdeling, retter jeg et kritisk søkelys på anvendelse av sykepleiediagnoser i psykisk helsearbeid. Jeg tar utgangspunkt i det amerikanske sykepleiediagnostiske klassifikasjonssystemet NANDA- NOC-NIC og vurderer relevansen av slike systemer på bakgrunn av erfaringer fra mitt feltarbeid. Jeg fant at såkalte tegn på psykisk lidelse ikke var statiske størrelser, men endret seg gjennom relasjoner, kontekst, tid og læring. Mine observasjoner tyder på at sykepleiediagnoser ikke egner seg i psykisk helsearbeid, fordi de ikke forholder seg til at mennesker forandrer seg. Klassifikasjonene slås fast som uforanderlige fakta, de problematiseres ikke og innbyr ikke til dialog eller utforskning av ulike perspektiver. De fanger ikke opp det komplekse og dynamiske mangfoldet av menneskelige følelser, tanker og atferd som jeg erfarte i mitt forskningsarbeid.

Innledning

Utvikling av sykepleiediagnoser i psykisk helsearbeid skjøt for alvor fart i Norge på begynnelsen av 2000-tallet. Dette må sees på bakgrunn av en generell internasjonal utvikling innenfor

helsearbeid der det blir stadig mer fokus på evidens, klassifisering og målbare resultater (Martinsen & Boge, 2004). Omsorg og gode relasjoner som vanskelig lar seg måle eller bevise, står i fare for å bli fortrent av en type instrumentell fornuft som spesielt kommer til uttrykk i det amerikanske kodeverket for sykepleiediagnoser, NANDA:North American Nursing Diagnosis Association, NOC:Nursing Outcome Classifications og NIC: Nursing Intervention Classifications (NANDA, 2000; Johnson et al, 2001). Utviklingen av dette klassifikasjonssystemet startet allerede på 1970-tallet, og det har fått økende global utbredelse. Det er oversatt til en rekke språk, deriblant norsk og er allerede tatt i bruk i flere norske helseinstitusjoner. Systemet får gradvis mer innflytelse, og helsepersonell og studenter deltar på kurs for å lære om det. Samtidig innpasses kodeverket i elektroniske databaser for å standardisere sykepleiedokumentasjonen.

Som fokus i min analyse av sykepleiediagnoser har jeg benyttet boken "*Begreper i psykiatrisk sykepleie*" av den norske psykiatriske sykepleieren Gunn von Krogh (2005), fordi både boken og forfatteren har vært pådrivere når det gjelder å overføre og implementere NANDA-NOC- NIC til psykiatrisk sykepleie i Norge. Boken er ment som en oversettelse og overføring av systemet til norske forhold, og den er hyppig benyttet innen sykepleierutdanning og – praksis. Den gir en innføring i ideene bak dette klassifikasjonssystemet.

Artikkelen består av to deler. I første del presenterer jeg observasjoner fra et åtte måneders feltarbeid i en psykiatrisk rehabiliteringsavdeling og beskriver hvordan tegn på psykisk lidelse forstås, tolkes og endrer seg i forhold til relasjon, tid, kontekst og læring. I andre del diskuterer jeg relevansen av sykepleiediagnostiske klassifikasjonssystemer på bakgrunn av mine feltefaringer.

Metode

Feltarbeidet ble utført i år 2000 i en psykiatrisk rehabiliteringsavdeling som behandler unge voksne som har fått diagnosen schizofreni. Pasientene var innlagt til behandling i gjennomsnitt ett år, og institusjonen hadde kapasitet til å behandle 10 pasienter av gangen. Behandlingen skulle hjelpe dem til å mestre et liv utenfor institusjon. For å oppnå dette, gjennomgikk pasientene et opplæringsprogram kalt Et Selvstendig Liv (ESL). Målet var at pasientene skulle lære om sine symptomer og hvordan de skulle mestre disse (Gråwe, 1991; Liberman, 1985). Programmet er beskrevet mer utfyllende i en annen artikkel (Terkelsen, 2008).

Feltforskning er en type kvalitativ metode som handler om å oppholde seg over lengre tid i et sosialt felt for å studere hverdagspraksiser på nært hold. Man observerer ikke bare enkeltmenneskers atferd, men grupper av mennesker og deres samspill. Det er også vesentlig å ha fokus på den materielle og kulturelle konteksten aktørene befinner seg i, dvs. bygninger, rom, hjelpemidler, ting, lærebøker osv (Latour, 1987). Feltarbeid kalles også for deltakende observasjon, fordi forskeren er både observatør og deltaker i et felt som studeres på nært hold over lang tid (Agar 1980). Man får muligheten til å bli godt kjent; noe som er en styrke ved at man får tilgang til fenomener og sammenhenger sett fra aktørens ståsted, men også en svakhet, ved at man etter hvert kan bli "nærsynt" og miste forskerens kritiske "utenfra-blikk".

Arbeidene til sosialantropologene Agar (1980), Miles & Huberman (1994), Hastrup (2004) og Latour (1987) har vært hjelpemidler i samling og analyse av data. Jeg hadde i utgangspunktet ingen eksplisitt problemstilling da jeg startet, men hadde et ønske om å finne ut hvordan den daglige samhandlingen foregikk i ulike "rom" ⁱⁱ i institusjonen, hvilke temaer som gikk i igjen og hvordan aktørene samhandlet. Selv om institusjonen var en fremmed arena for meg, ga personalet meg fort tilgang til alle rom. Jeg var til stede under samtaler på røykerommet der omtrent bare pasienter oppholdt seg, på møterommet der personalet diskuterte pasientene, på

sykepleiernes vaktrom der stort sett bare sykepleiere oppholdt seg, på dagligstua der både pasienter og helsepersonell var samlet, på felles utflukter utenfor institusjonen og under samtaler mellom pasient/terapeut. Jeg oppholdt meg på institusjonen flere ganger ukentlig og nedtegnet systematisk over tid feltnotater fra alle aktiviteter i avdelingen. 36 (av 40) personer ga informert samtykke til å delta i studien: 11 mannlige pasienter i alderen 19-40 år, 4 kvinnelige pasienter mellom 20 og 30 år, 10 kvinnelige og 2 mannlige sykepleiere, 4 mannlige and 1 kvinnelig terapeutⁱⁱⁱ og 4 kvinnelige sykepleiestudenter i 20-årene. I tillegg til uformelle samtaler og feltnotater, besto datamaterialet av transkriberte intervjuer med 9 pasienter, 2 tidligere pasienter som besøkte institusjonen jevnlig og 11 helsepersonell. Intervjuene ble analysert i henhold til kvalitativ, etnografisk metode (Miles & Huberman, 1994; Agar, 1980; Hastrup, 2004). Noen av pasientene ble intervjuet flere ganger, og to av pasientene hadde jeg regelmessig kontakt med etter utskrivelse. Jeg hadde også tilgang til pasientjournaler, sykepleierapporter og behandlingsplaner. Analyse av data var en kontinuerlig prosess, der jeg reflekterte over mine observasjoner underveis i feltarbeidet og skrev dem ned som egne notater. Materialet ble også analysert i ettertid ved at jeg leste gjennom feltnotater og journaler flere ganger, for å se etter mønstre og temaer som gikk igjen. Begrepene ”endring av symptomer gjennom relasjoner, kontekst, tid og læring” trådte frem som et mønster i materialet ved gjennomlesing av feltnotater i ettertid. Dette er i tråd med antropologisk forskningsmetodikk (Hastrup, 2004).

Forskningsarbeidet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Endringer i lidelsens uttrykk og tegn gjennom relasjoner, tid, kontekst og læring

Når det gjelder presentasjonen av det empiriske materialet, er det ikke mulig å beskrive dette i sitt fulle omfang i en kort artikkel. I tråd med etnografisk metode vil jeg derfor beskrive mine

erfaringer i form av fortelling, supplert med korte illustrerende sitater fra dialoger mellom de ulike aktørene i feltet, dvs. pasienter, personalet og meg selv.

Endring gjennom relasjoner

I løpet av feltarbeidet registrerte jeg at pasientenes tilstand samspilte med relasjonene de hadde med hverandre og med personalet. Relasjonene var dynamiske og forandret seg. Allianser og tillit ble bygd opp over tid, og pasientene og personalet ble godt kjent med hverandre. Pasientene hadde gjerne sin favorittsykepleier, og de kunne lyse opp og endre ansiktsmimikk når deres favoritt kom inn i rommet. De snakket ofte om personalet inne på røykerommet (den gang røykerom fantes). Personalet kom sjelden dit, og pasientene kunne fritt diskutere hva de mente var personalets positive og negative sider. Det var noen av pleierne som i pasientenes øyne utmerket seg som spesielt ”varme, forståelsesfulle og snille”. Jeg oppdaget videre at beskrivelser av pasienters atferd i journaler og pleierapporter ikke alltid stemte med det jeg opplevde når de var sammen med ”sin” pleier eller andre de likte godt. En pasient ble for eksempel beskrevet i journalen som ”sosialt og emosjonelt” tilbaketrukket, med en ”dominans av negative symptomer”. Denne pasienten satt ofte stille og tilbaketrukket på stua og svarte som regel bare med enstavelser når man henvendte seg til ham. Sammen med ”sin” sykepleier kunne han spontant ta ordet, snakke sammenhengende, spøke, le og smile, spesielt når han var ute av avdelingen på tur sammen med denne sykepleieren.

Jeg observerte at både pasientens og personalets atferd kunne endre seg ettersom de bygde allianser med hverandre. Pasientene sa at det som var bra med institusjonen, var ”folka”, og da mente de både personalet og medpasientene. Det var ikke behandlingen pasientene spontant snakket om, men den gode nære kontakten mellom mennesker.

Det ser altså ut som om psykisk lidelse ikke bare befinner seg i pasientens hode men snarere flyter fram og tilbake mellom de ulike aktørene. Lidelsen fanges ikke opp av fastlåste begreper, men uttrykkes i dynamiske bevegelser som foregår i relasjonene. Pasientene *er* nødvendigvis ikke slik eller slik, men *gjør* noe med sykepleierne og omvendt. Mennesker sanser hverandre ikke bare intellektuelt, men også via kroppsspråk. Tegn på psykisk lidelse er ikke entydige, ubevegelige størrelser, men kan bli til eller forsvinne i samspill mellom mennesker.

Endring gjennom tid

Tidsaspektet er viktig. Jeg observerte at lidelsens ulike uttrykk og forståelsen av disse endret seg underveis uten at noen forklarte hvorfor. Det var lite utskifting av pasienter de åtte månedene feltarbeidet varte. Jeg fikk således anledning til å observere pasientene over tid. Når jeg i ettertid leser feltnotatene fra begynnelse til slutt, kan det virke som om de fleste av pasientene blir bedre i løpet av oppholdet. Med bedre mener jeg personalets beskrivelser av bedring, for eksempel mindre tilbaketrekning, mer ”normalt snakk” og bedre ”sosial fungering”, men også pasientenes egne utsagn i forhold til å føle seg bedre. Jeg må imidlertid tilføye at personalets og pasientenes oppfatninger ikke alltid stemte overens. Noen av pasientene hadde helt divergerende oppfatninger av hva det ville si å ”være bra”. Personalet kunne for eksempel oppfatte en pasient som ”virkelig syk”, mens pasienten selv mente han var frisk.

Feltnotater som omhandlet pasienter som nettopp var innlagt, var ofte preget av at tilstanden var dårlig. Det følgende er et eksempel fra en morgenrapport der en sykepleier beskriver en ”dårlig” pasient: *”Han er ordentlig sjuk, har kontakt med Gud - er en engel - sier at kvinner stadig er forelsket i han, det kommer fugler inn av vinduet og setter seg på han”*. Denne pasienten snakket uavlatelig om sine opplevelser, for eksempel at han kunne styre været med tankene. Slik atferd ble oppfattet som sykt av personalet og av enkelte medpasienter. Mot slutten av oppholdet endret

pasienten seg gradvis; han snakket mindre om sine spesielle opplevelser, og ble oppfattet som bedre. Pasientens atferdsendring kunne ikke forklares med virkning av anti-psykotisk medisin, fordi det kom fram at han kastet disse medisinene i toalettet. Jeg forsto etter hvert at hans opplevelser ikke hadde forsvunnet, men at han over tid hadde lært å ikke vise dem, eller snakke om dem. Han hadde lært hva som var ”passende” atferd i fellesskapet og ble derfor oppfattet som bedre. Han sa til meg: *”Når jeg forteller om meg selv, oppfatter de meg som syk og vil gi meg medisiner, men når jeg sitter musestille og sier ingenting, oppfatter de meg som frisk”*. Her foregår altså endringen ved at pasienten over tid tilegner seg en mestringsstrategi som gjør at omgivelsene oppfatter ham som mindre syk. Det er imidlertid tankevekkende at pasienter som innlegges for en behandling der samtaler er en del av terapien, opplever at de ikke kan snakke om visse ting (Terkelsen, 2005).

Personalet påpekte også hvordan pasienter endret seg over tid. Det følgende er et eksempel på en pasient som har hatt diagnosen schizofreni i mange år, men personalet er nå usikre på om han virkelig bør ha denne diagnosen. I samtale med meg, fremhever terapeuten at pasienten har forandret seg mye på den tiden han har vært her: *”Da han kom var han mye mer tildekkende, ga lite i samtalen, satt der taus og mutt. Nå har han liksom kledd av seg, er mer åpen...Det er veldig interessant det med tidsaspektet, hvordan han var før og hvordan han er nå. Jeg synes jeg kan se en voldsom forandring på disse månedene”*.

Terapeuten er usikker på hva pasienten feiler, og han er like usikker på hvorfor pasienten har endret seg over tid. Han vet ikke om det er den antipsykotiske medisinen som har virket, og han mener man må revurdere schizofreni - diagnosen. Han fremhever at bedringen like gjerne kan skyldes at *”her jobber vi på relasjonsplanet”*, eller at tidsaspektet i seg selv har forårsaket bedringen. På flere måter framstår lidelsens uttrykk sammensatt.

Endring gjennom læring

Gjennom ESL - programmet ervervet pasientene det medisinske begrepsapparatet. Noen begynte raskt å omtale seg i selv i medisinske termer, for eksempel ved å si at: *”Jeg har en depresjon, men det er ikke en klassisk depresjon”*. Personalet var til dels klar over hvilken påvirkningskraft de hadde i forhold til å definere pasientenes lidelse. For eksempel fikk en ung pasient først diagnosen schizofreni, men etter hvert begynte personalet å tvile på om denne diagnosen var riktig. I et behandlingsmøte der personalet diskuterer de enkelte pasienter, sier en av terapeutene: *” Vi kan ha ledet ham til å beskrive stemmer. Når han er her, leter vi jo etter symptomer, og stiller han visse spørsmål. Han fanger ganske fort opp hva som skal til for å være syk. Vi kan ha lagt det i munnen på ham”*.

Et annet aspekt er at pasientene ofte lærer om hverandres lidelse og om strategier for å mestre den. Dette snakket pasientene mye om, spesielt på røykerommet. Eldre, mer erfarne pasienter lærte bort sine strategier til de som nettopp hadde kommet inn i systemet. For eksempel ga en erfaren pasient som hadde hørt stemmer i årevis støtte og hjelp til en yngre pasient: *”Du må lære deg til å overse disse stemmene dine, spesielt de slemme, så vil de bli svakere etter hvert. Ikke la de få styre deg, kjeft tilbake! Det er ikke noe å være redd for”*. Den yngre pasienten uttrykte overfor meg senere at den eldre hadde vært til stor hjelp. Alternative måter å forstå og mestre stemmehøring, og som ikke tar utgangspunkt i psykopatologi, blir for øvrig beskrevet av blant annet Romme (2000) og Leudar & Thomas (2000).

Endring gjennom kontekst

Jeg observerte at pasientenes atferd ofte forandret seg ettersom konteksten endret seg, og ettersom aktørene befant seg i ulike ”rom”. Røykerommet var for eksempel en arena for mye

latter og fleip. Morgenmøtet i fellesrommet var imidlertid preget av at pasientene snakket lite. Personalet stilte spørsmål, pasientene svarte. De gangene vi var på utflukter og turer utenfor avdelingen, forandret også kommunikasjonen seg. Både pasienter og personalet virket mer avslappet, og praten dreide seg om dagligdagse ting. Pasientene tok i større grad ordet på eget initiativ, og det oppsto mer humor og mindre alvor. Relasjonene var ikke så mye dominert av ”oss og dem”, eller ”personalet kontra pasienter”. Også personalet uttrykte flere ganger at pasientene var mer ”normale” og mindre ”syke” når vi var på tur. Pasientene kunne også endre seg ettersom konteksten *inne i* avdelingen endret seg. For eksempel ble ESL- programmet avsluttet under adventstiden, og det ble lagt vekt på at pasientene skulle ha det hyggelig og kose seg. I dette intime miljøet hvor alle var invitert til å delta på like fot, oppførte pasientene seg annerledes enn under det vanlige programmet på hverdagene. De fleste ønsket å delta, var mindre tilbaketrukkne og mer spontane. Det så ut til at ”negative” symptomer på schizofreni, dvs. isolasjon og tilbaketrekning, reduseres, skjules eller forsvinner i en slik setting.

Sykepleiediagnostiske klassifikasjonssystemer og psykisk helse

Sykepleiediagnostiske klassifikasjonssystemer må forstås på bakgrunn av en utvikling mot et evidensbasert kunnskapshierarki som retter seg mot å ”standardisere og styre praksis” (Martinsen & Boge, 2004). Et formål med slike systemer er å utvikle et standardisert, evidensbasert begrepsapparat for sykepleiere som dessuten kan legges inn i databaser. Dette må også sees i sammenheng med et ønske om å oppnå effektivisering i et helsevesen som i økende grad preges av fokus på økonomisk lønnsomhet (Martinsen & Boge, 2004). I denne delen av artikkelen vil jeg beskrive noen eksempler fra von Kroghs ”*Begreper i psykiatrisk sykepleie*” (2005) og deretter diskutere relevansen av sykepleiediagnoser i psykisk helsearbeid i lys av mitt feltarbeid.

I von Kroghs system, som altså er basert på NANDA- NOC - NIC, utgjør første del NANDA. Denne delen inneholder en oversikt over ”sykepleiediagnoser relatert til psykiatrisk sykepleie” (von Krogh, 2005 s.137). Diagnosene er inndelt i 7 problemområder. Ett av problemområdene kalles ”psykokognitiv problematikk”(s.137), der bl.a. ”desorientering”, ”persepsjonsforstyrrelser”, ”tankeforstyrrelser”, og ”identitetsforstyrrelse” (s.137) er inkludert. Kjennetegn på de ulike sykepleiediagnosene beskrives også. Karakteristisk for ”persepsjonsforstyrrelser”(s.81) er at dette ”er det første symptomet på forstyrrelser i hjernens funksjon” (s.81)og de kan være forskjellige ”avhengig av hva slags skade eller påvirkning hjernen er utsatt for(s.81)”, der ”hørselshallusinasjoner er vanligst ved schizofreni” (s. 81). Under ”tankeforstyrrelser”, står det at det ”handler både om avvikende tankeinnhold og/eller avvikende tankeprosesser” (s.82), og at dette er karakterisert av bl.a. ”upassende, urealistisk tankegang” (s.64).

Andre del, NOC, beskriver ønsket pasientstatus i forhold til hvert problemområde, samt identifiserer indikatorer som kan måle fremgang hos pasienten (von Krogh, 2005, s.139-182). NOC-området psyko-kognitiv status, relaterer seg til problemområdet psykokognitiv problematikk. Her finner man blant annet ”realitetsorientering” (s.154) og ”indikatorer som kan måle realitetsorientering” (s.155). Disse indikatorene er ”gjenkjenner fantasier, gjenkjenner sanseforstyrrelser, gjenkjenner tankeforstyrrelser, demonstrerer logisk tankeprosess og samhandler med andre på en adekvat måte, andre indikatorer” (s.155).

Tredje del, NIC, beskriver sykepleieintervensjoner. Noen eksempler på ”psykokognitive intervensjoner” er, ”atferdshåndtering” knyttet til ”overaktivitet”, disorganisering” og ”overstimulering” (von Krogh 2005,s.203,204), ” realitetsorientering” , (s.204),”avledning”, (s.205) og ”grensesetting”, (s.209).

Både sykepleiediagnosene, ønsket pasientstatus og intervensjonene er kodet med tall (se tabell under). Kodene skal gjøre det lettere å innpasse klassifikasjonene i elektroniske datasystemer. En sykepleier i praksis kan således elektronisk identifisere et problem, få fram ønsket pasientstatus, samt forslag til hva som kan gjøres med problemet. Det vil si at systemet kan foreslå en ferdig utformet sykepleieplan/behandlingsplan, og det blir viktig å få plassert pasienten i ”riktig” kategori. Målet er å standardisere kunnskapen på tvers av institusjoner, fagmiljøer og landegrenser, og forslag til sykepleieintervensjon vil være omtrent det samme om man befinner seg i USA, Norge, eller et annet land.

Oppsummert kan dette illustreres slik:

NANDA (Pasientproblematikk/ sykepleiediagnoser)	NOC (Ønsket pasientsstatus)	NIC (Sykepleieintervensjoner)
Psykokognitiv problematikk:	Psykokognitiv status	Psykokognitive intervensjoner
Bl.a. - Desorientering (00127) - Persepsjonsforstyrrelser (00122) - Tankeforstyrrelser (00130) - Identitetsforstyrrelse(00121)	Bl.a. - Realitetsorientering (1403) Indikatorer som kan måle realitets orientering (1202), bl.a.: gjenkjenner fantasier, gjenkjenner sanse- og tanke- forstyrrelser, demonstrerer logisk tankeprosess, samhandler med andre på en adekvat måte	Bl.a. - Atferdshåndtering (4352) knyttet til overaktivitet, disorganisering og overstimulering - Realitetsorientering (4820) - Avledning (5900) - Grensesetting (4380)

Relevansen av sykepleiediagnostiske termer i forhold til relasjon, tid, kontekst og læring

Sykepleiediagnostiske klassifikasjoner innenfor psykisk helsearbeid kan sies å gjenspeile et essensialistisk eller realistisk syn, i motsetning til et relasjonelt og sosialkonstruktivistisk syn. Filosofen Harald Grimen skriver at ”realisme er en antakelse om at det finnes en verden som er uavhengig av vår erkjennelse”, mens ”sosial konstruktivisme er en antakelse om at verden, eller noen fenomener i verden, er et produkt av kollektivens virksomheter” (Nortvedt & Grimen, 2004,s.141). Selve forutsetningen for å kunne utvikle diagnosesystemer er nettopp ideen om at sykdomstilstander eksisterer ”i virkeligheten”, dvs. en bestemt virkelighet som defineres av en spesiell gruppe fagfolk med en spesiell type kunnskapsteori og -praksis. Denne ”virkeligheten” som man mener eksisterer uavhengig av vår erkjennelse, har universelle kjennetegn som skal beskrives i presise termer. Man søker altså å finne en absolutt definisjon, som innebærer at avviket er å finne i selve fenomenet.

I et sosialkonstruktivistisk perspektiv fokuserer man ikke bare på et fenomen i seg selv, men på sosiale prosesser og fenomeners samspill; i dette tilfellet lidelsens uttrykk i samspill med institusjonens kollektive virksomhet iv. Man kan innvende at diskusjonen omkring sosialkonstruktivisme og essensialisme er utdebattert, men etter mitt syn er det viktig å minne om denne distinksjonen fordi de ulike perspektivene får store konsekvenser for hvordan helsepersonell møter og behandler psykisk lidende mennesker. I NANDA- NOC -NIC blir symptomkategoriene uten diskusjon slått fast som reelle fakta. Kategoriene blir ikke problematisert i forhold til relasjon, tid, kontekst eller læring. Det innbys ikke til dialog eller utforskning av ulike perspektiver (Seikkula, 2000), men til en monologisk ”håndtering” av

pasientens symptomer. Pasienten er i stor grad klassifisert, diagnostisert og derved utestengt fra en dialog om sitt eget liv. Det er en fare for at pasientens virkelighetsoppfatninger ikke får noen stemme, og at pasienten ikke får tid, rom og anledning til å definere sine egne behov eller problemer, fordi de allerede er ferdig definerte. Klassifikasjonssystemet innbyr ikke til at man går inn i pasientens livsverden og deler denne. ”Skaden” er plassert hos pasienten, for eksempel som forstyrrelser i egofunksjonen eller i selvet (von Krogh 2005, 70-79) eller som ubalanse i signalstoffer i hjernen. I dette perspektivet fremtrer problemene som uforanderlige og sementerte.

Karakteristisk ved klassifikasjonssystemet er også troen på at psykologiske fenomener er målbare. For å være målbare, må fenomenene ha en eller annen form for essens, dvs. at det finnes en realitet der ute - eller inne i mennesket. Når von Krogh skriver ”realitetsorientering” (s.154) indikerer det at det finnes en relativt klart definert og felles realitet å orientere seg i. ”Normalitet” beskrives som noe som er gjennomsnittlig eller middels; det som er mest vanlig eller typisk for en befolkningsgruppe (s.145). Selv om normalitetsbegrepet heldigvis er tonet ned fra 1. til 2. utgave, går det likevel fram at boken handler om avvik fra det normale og at det er ønskelig at pasientene beveger seg fra det unormale til det normale. For eksempel brukes begreper som ”forstyrrelser i ego -funksjonen” med underkategoriene ”skjev, løs eller unyansert egostruktur” (s.71-76). Dette er begreper innen rammene av et essensialistisk kunnskapsgrunnlag. Man mener det finnes noen strukturer inne i personligheten som kan være ”skjeve” og avvike fra det normale. Dette er noe pasienten ”har”, eller snarere ”er”, uavhengig av hvilken kontekst eller relasjon pasienten befinner seg i. Forfatteren nevner riktignok at normalitet kan variere innenfor kultur og tid (s.145), men uten at klassifikasjonene gjenspeiler dette.

Mitt feltarbeid viser at atferd, tanker og følelser hos den psykisk lidende person endres kontinuerlig, avhengig av relasjon, tid, kontekst og læring. Det er tvilsomt om slike standardiserte klassifikasjonssystemer fanger opp menneskelig mangfold. Von Krogh bruker begreper som ”avvikende tankeinnhold”(s.82), ”vrangforestillinger” (s.117) og ”tilbaketrekning” (s.118), og skriver at ”tankeforstyrrelser manifesterer seg i eksponering av upassende, urealistiske tanker” (s.83) Disse begrepene er tatt ut av enhver sammenheng, og vi får ikke informasjon om kultur og kontekst i relasjon til psykisk lidelse, noe anerkjente forskere har fokusert på i ulike krysskulturelle studier (jf. Kleinman,1980).

Man kan dessuten stille spørsmål om hva ”upassende tanker” innebærer, og hvem som tenker ”passende” og ”realistisk”. Min erfaring fra feltarbeidet var at bedømmelsen av tanker kunne avhenge av hvilket ståsted man selv hadde, og hvilken relasjon man hadde til pasienten. Selv om pasientenes utsagn og atferd mange ganger kunne oppleves underlig for en utenforstående, hadde deres fortellinger og atferd en egen mening og logikk, bare man lyttet godt nok til pasientene over tid. Når jeg i rollen som forsker lyttet til pasientenes historier uten avbrudd, sa de ofte at de følte seg bedre etterpå. Når sykepleiere og terapeuter lærte pasientene å kjenne og fikk innsikt i deres tanker og uttrykksmåte, fremsto ikke tankene nødvendigvis som upassende og urealistiske. En av terapeutene kommenterte en pasient på denne måten: *”Hans psykose har en funksjon, det er hans måte å overleve i verden. Min oppgave er å være der, få han til å fortelle og uttrykke sin historie og skape mening. Da vil han kunne gi slipp på psykosen”*. Pasienten hadde hva man i psykiatrisk terminologi vil karakterisere som omnipotente vrangforestillinger, der han så seg selv som utvalgt til å redde verden fra det onde.

Von Krogh skriver om hvordan man skal ”håndtere” slike ”vrangforestillinger”: ”Det er viktig å ikke avvise vrangforestillingene, men heller ikke rette oppmerksomheten mot dem eller utforske

dem”(von Krogh, 2005, s.202). Dette ser ut til å bygge på en forestilling om at pasienter blir mer psykotiske når man utforsker psykosen. Det står i sterk kontrast til ovennevnte terapeuts tilnærning, og min egen og andres erfaring (Terkelsen et al,2005; Terkelsen, 2006; Leuder &Thomas, 2000). Den finske professor i psykologi, Jaakko Seikkula, har i en årrekke samarbeidet med mennesker med psykoseproblematikk. Han hevder at mennesker blir mindre psykotiske av å kunne snakke fritt i et nettverk av familie og andre nære personer, i det han betegner som ”*Åpne samtaler*”. Han har også dokumentert at behovet for antipsykotisk medisin reduseres ved å møte mennesker på denne måten (Seikkula, 2000).

Von Krogh (2005, s.202) skriver videre at ”En viktig aktivitet er å forklare pasienten nødvendigheten av å ta antipsykotisk medikasjon”. For det første er antipsykotisk medisin en kontroversiell behandling med mange bivirkninger. For det andre inviteres ikke pasienten til dialog; hun/han skal derimot ”forklares” noe. Dette gjenspeiler et essensialistisk, monologisk og paternalistisk syn der psykosen skal forstås og forklares som en ”reell” ”sykdom” uavhengig av relasjon, tid, kontekst og læring, og der den beste behandlingen er den som fjerner symptomene på sykdommen.

Et annet kunnskapsgrunnlag med større romslighet for avvik

Et betimelig spørsmål er hvorfor man ønsker å innføre et klassifikasjonssystem i tillegg det medisinske ICD-10-systemet (WHO, 1992). Crowe (2000, s. 585) påpeker at slike klassifikasjonssystemer passer som hånd i hanske til vestlig subjektforståelse og normalitetstandard; en forståelse av selvet som rasjonelt, stabilt og samlet, med et klart skille mellom det indre og ytre. Mennesker som avviker fra denne kulturspesifikke normalitetstandarden, blir betraktet som syke. Man kan spørre om et annet kunnskapsgrunnlag,

med større romslighet i forhold til grenser for avvik og normalitet, kunne gi mennesker mer rom til å uttrykke hele sin person. Dette forutsetter imidlertid en endring av helsepersonellens utdanning og praksis, med større vekt på pasientenes kunnskap og virkelighetsforståelser.

Det kan se ut som den største svakheten ved klassifikasjonssystemene er at de simpelthen gir lite rom for annerledes tenkende mennesker, enten de er pasienter eller hjelpere. Kategoriene er tatt ut av enhver sosiologisk, historisk, eller politisk sammenheng. De er verken drøftet eller problematisert, og det stilles ikke spørsmål ved hvilket kunnskapssyn klassifikasjonene representerer. Begrepene har også en etisk dimensjon ved at det er en risiko for at de ved sin monologiske form kan leve sitt eget uberegnelige liv. Fordi kategoriene i så liten grad fanger opp erfaringsrikdommen i menneskelige opplevelser, er det spørsmål om slike klassifikasjoner vil tilføre pasientene noe positivt, og om det tjener pasientenes interesser at sykepleiere på dette området ukritisk følger den medisinske diagnostiske tradisjon.

Noter:

i "Psykiatrisk sykepleie" hviler på ulike tradisjoner, men blir i noen sammenhenger assosiert med en amerikansk orientert "nursing science" tradisjon (som sykepleiediagnosene springer ut fra). Psykisk helsearbeid hviler i større grad på en tverrfaglig tradisjon som distanserer seg fra en medisinsk sykdomsmodell (jf. for eksempel leder i Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr.2, 2008) I en slik forstand representerer psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid ulike paradigmer eller kunnskapsregimer.

ii De ulike rommene ble tillagt ulik betydning, og var således ikke bare fysiske rom. Røykerommet ga for eksempel andre rammer for kommunikasjon enn personalets møterom eller terapeutens kontor. Jeg kommer tilbake til det senere i artikkelen.

iii Jeg spurte ikke eksplisitt om helsearbeidernes alder, men de var mellom 30 og 60 år; majoriteten mellom 35-45. Både helsearbeidere og beboere brukte fornavn når de omtalte

hverandre. Når de omtalte grupper, brukte helsearbeiderne begrepene ”sykepleiere”, ”terapeuter” (evt. ”legen” eller ”psykologen”) og ”pasienter”. Beboerne omtalte helsepersonell som ”pleiere” og ”leger” og brukte sjelden ordet pasient på seg selv og andre.

iv I vid forstand inkluderer den kollektive virksomheten også hele det psykiske helsevernfeltet, for eksempel behandlingsmetoder, teknologier, litteratur, forskning, ideologier, offentlige dokumenter og bygninger.

Litteratur

- Agar, M.H.(1980). *The professional stranger: an informal introduction to ethnography*.
New York: Academic Press.
- Crowe,M.(2000). Psychiatric diagnosis: Some implications for mental health nursing care.
Journal of Advanced Nursing, 31 (3)583-89.
- Gråwe, R.(1991). *Et selvstendig liv. På vei til å bli bedre: Mestring av symptomer,*
arbeidshefte, Intern publikasjon. Østmarka: Psykiatrisk Institutt og Lade: NTNU,
Psykologisk Institutt.
- Hastrup, K. (Red.)(2004). *Viden om verden: en grundbog i antropologisk analyse*. København:
Reitzel.
- Johnson M., Bulechek, G.M., Dochterman J.Mc Closkey, Maas L.M., Moorhead S., Swansen
E. & Butcher H.K. (2001) *NANDA, NOC and NIC Linkages: Nursing Diagnoses,*
Outcomes, and Interventions. St.Louis: Mosby.
- Kleinman, A.(1980).*Patients and healers in the context of culture*. Berkely: University of
California Press.
- Latour, B.1993). *We have never been modern*. New York: Harvester: Wheatsheaf
- Leudar,I. & Thomas,P. (2000).*Voices of reason, voices of insanity Studies of verbal*
Hallucinations London: Routledge.
- Lieberman, R.P. (1985). Psychosocial therapies for schizophrenia, i H.I. Kaplan & B.J.
Sadock (Red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (4.utg.). Baltimore MD:
Williams & Wikens.
- Martinsen, K. & Boge, J. (2004). Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie.
Sykepleien, nr.13. [Online]. Lastet ned 2.desember, 2008, fra
<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1035>
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994).*Qualitative data analysis: an expanded*

- sourcebook*, Thousand Oaks, California: Sage.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2000). *Nursing diagnosis: Definitions & Classifications 2002-2002*. Philadelphia.
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Romme, M. (2000). *Understanding voices: coping with auditory hallucinations and confusing realities*, Limburg : Rijksuniversiteit Maastricht.
- Seikkula, J. (2000). *Åpne Samtaler*. Tano Aschehoug: Oslo.
- Terkelsen, T., Blystad, A., Hydle, I. (2005), Transforming extraordinary experiences into the concept of schizophrenia: a case study of a Norwegian psychiatric unit. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7 (3) 229-252.
- Terkelsen, T. (2006). Å bli overvåket gjennom en radiosender- hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres i en psykiatrisk avdeling. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* nr.4 ss. 91-112.
- Terkelsen, T. (2008). Transforming subjectivities in psychiatric care. (upublisert materiale, under revisjon i *Subjectivity*).
- Von Krogh, G. (2005). *Begreper i psykiatrisk sykepleie- sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- World Health Organisation (WHO)(1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva.

Are nursing diagnoses relevant in the mental health field?

In this article, which is based upon eight months of ethnographic fieldwork in a psychiatric rehabilitation unit, I critically view the application of nursing diagnoses in the mental health field. I focus on the American classification system NANDA- NOC- NIC and consider the relevance of this system in the light of my field experiences. I learned that so called signs of mental illness were not static, but altered according to relations, contexts, time and learning. My observations therefore indicate that nursing diagnoses are not relevant in the mental health field, because they do not consider the fact that people change. Diagnoses are asserted as unchangeable facts; they are not discussed or scrutinized. Moreover, they do not encourage dialogue or the exploration of different perspectives. They do not absorb the dynamic complexity of human emotions, thinking and demeanour, as I observed during my field experiences.