



# Bacheloroppgave

**VPL05 Vernepleie**

**FRA PSYKIATRI TIL PSYKISK HELSEARBEID  
-PERSPEKTIVSKIFTET-**

**From psychiatry to mental healthcare  
-change of perspectives-**

Ulvestad, Line

Totalt antall sider inkludert forside: 50

Molde, 20 mai 2016.



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Bakken, Hege

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 20/5-16

**Antall ord: 11.013**

*Og de som ble sett*

*dansende,*

*ble sett på som gale*

*av de som ikke kunne høre*

*musikken.*

*-NIETZSCHE-*

## Forord

Jeg var så heldig å finne min sjelsfrende i en jente tre hus bortom, og gjennom oppveksten holdt vi sammen i tykt og tynt. Vennskapet vårt var av den typen at vi avsluttet hverandres setninger, iblant forstod vi hverandre også uten ord. Men så var det også mye jeg aldri virkelig klarte å forstå meg på.

Dagene hennes var veldig skiftende, det var sort eller hvitt, tårer eller latter. Jeg var der alltid ved hennes side, lettere forvirret og påvirket. Den dagen jeg fikk vite hun var innlagt på psykiatrisk, var tanken min at *endelig får hun hjelp*. Men bedringsprosessen ble vanskelig, og en gyllen høstdag valgte vår nydelige jente å forlate oss. Livet mitt, og mange andres, ble aldri det samme igjen.

Nietzsche-sitatet fra forrige side beskriver for meg denne erfaringen jeg gjorde meg gjennom å vandre ved min venninnes side; I hennes dans var jeg en betrakter, og hun gav meg små glimt av den musikken som fylte henne.

Det er sikkert mange aspekter ved personligheten min som har blitt påvirket av dette traumet, og i mange år surfet jeg på en slags letthet for selv å overleve. Kanskje valget om å begynne på en vernepleierutdanning var en konsekvens av denne opplevelsen? I alle fall er mitt valg av tema i bachelor-oppgaven et direkte resultat av mine opplevelser.

<b>1.0</b>	<b>INNLEDNING.....</b>	<b>8</b>
1.1	Tema og bakgrunn for valg av tema.....	8
1.2	Formålet med oppgaven.....	8
1.3	Temaets relevans for vernepleiere.....	9
1.4	Oppgavens oppbygning.....	10
<b>2.0</b>	<b>PROBLEMSTILLING.....</b>	<b>11</b>
2.1	Begrepsavklaringer.....	11
2.1.1	Psykisk helse.....	12
2.1.2	New Public Management.....	13
2.1.3	Empowerment og brukermedvirkning.....	14
2.2	Min forforståelse.....	14
<b>3.0</b>	<b>METODE.....</b>	<b>16</b>
3.1	Litteraturstudie som metode.....	16
3.2	Temaet sett i lys av forskjellige vitenskapelige tilnærminger.....	17
<b>4.0</b>	<b>PERSPEKTIVSKIFTET.....</b>	<b>19</b>
4.1	Psykiatriens historie.....	19
4.1.1	Tidligere tider.....	19
4.1.2	Nye vinder.....	21
4.1.3	Veien videre for psykisk helsevern.....	23
4.2	Medisinsk modell.....	24
4.2.1	Diagnosesystemet.....	25
4.2.2	Et kritisk blikk på dagens medisinbruk.....	29
4.3	Psykisk helsearbeid.....	32
4.3.1	Bedring / recovery.....	33
4.3.2	Relasjonen mellom profesjonell og bruker.....	35
4.3.3	Pårørende og nettverket.....	37
4.3.4	Menneskesyn.....	38
4.3.5	Synet på sjukdom og helse.....	39
4.3.6	Evidens- kontra erfaringsbasert kunnskap.....	40
<b>5.0</b>	<b>AVSLUTNING.....</b>	<b>42</b>
	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>43</b>

# 1.0 INNLEDNING

## 1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema

Temaet for min bacheloroppgave er strømmingene fra psykiatri over til psykisk helsearbeid. Jeg har aldri jobbet innen psykisk helsevern, og er ingen ekspert på psykiske vansker, snarere tvert om. Mine erfaringer tidlig i livet gav en grobunn for en god forståelse, og et innblikk i en hverdag preget av psykiske vansker. Men disse erfaringene gjorde også at jeg holdt psykiatri litt på avstand, jeg så på det som et mørkt hull jeg helst ville unngå. Men jeg ser nå at vår psykiske helse og uhelse er noe vi bærer med oss, erfaringer og traumer preger oss alle, og de kan ikke pakkes vekk.

Jeg har med nysgjerrighet registrert at flere er av den oppfatning at om vi frigjør oss fra tanken om at den syke skal bli frisk, men at vi heller søker etter *bedring*, kan vi faktisk leve videre med alle våre skavanker og sår (Ekeland 2011; Karlsson og Borg 2013). Nå vil jeg lære mere om psykisk helsearbeid, på godt og vondt, og vier bacheloroppgaven min til dette.

I vernepleierstudiet har vi mye på pensum om normaliseringsideologi og brukermedvirkning knyttet opp til utviklingshemmede, når jeg leser om psykisk helsearbeid ser jeg at de samme strømmingene er på full fart inn i denne terminologien også.

## 1.2 Formålet med oppgaven

Med denne oppgaven ønsker jeg å belyse endringene innen psykisk helsearbeid som vi ser i dag. Strømmingene er i ferd med å snu, og Ekeland & Bergem (2006) snakker her om et perspektivskifte. Forflytning av fokuset på lidelsen og sykdommen, over til å fokusere på *mennesker* med psykiske lidelser, og fra ekskludering til inkludering. Der man tidligere snakket om «psykiatriske pasienter» blir de nå subjekter og aktører. Samfunnet må slik legge til rette for brukermedvirkning, integrering og medborgerskap (Ekeland 2011:10).



På grunn av min forforståelse har jeg med nysgjerrighet og begeistring registrert disse endringene fra sidelinjen. Nabokommunens DPS skal åpne en medisinfri avdeling, interesseorganisasjonen Forandringsfabrikken holder oppvåkne foredrag, og psykisk helse kommer nå i 2016 inn i stuen våre gjennom forskjellige realityprogrammer. Føringerne til denne endringen finner vi blant annet gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse (1996-2008).

Jeg tror bacheloroppgaven min vil ha relevans for andre studenter, da den setter søkelyset på perspektivskiftet og utviklingen innen psykiatrien. Gjennom å drøfte og sammenligne vil jeg slik forsøke skape en bevissthet rundt psykisk helsearbeid, som kan være nyttig å ha med seg videre i denne debatten.

### **1.3 Temaets relevans for vernepleiere**

I Rammeplanen for vernepleierutdanning kan vi lese følgende;

*Formålet med vernepleierutdanningen er å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester. Yrkesutøvelsen skal bygge på likeverd og respekt for enkeltmenneskets integritet og sette brukermedvirkning i fokus (Utdannings- og forskningsdepartementet 2015:4).*

Vi leser i Samhandlingsreformen at psykiske lidelser er en av sykdommene som er i sterkest vekst (NOU 2008-2009). Forfatterne av *Helt alminnelig galskap* (2008) sier at psykiske lidelser (galskap) er alminnelig, og hver annen nordmann vil bli plaget i løpet av livet. Tar vi med pårørende, er det bare å erkjenne «at psykisk helse og uhelse er – og vil bli – en del av hverdagen til hver og en av oss» (Kjos og Aas 2008:7). At vi vernepleiere, gjennom yrkesutøvelsen vår, vil møte på dilemmaer knyttet opp til behandlingen ved psykisk helsearbeid, er sannsynlig. Gjennom å søke en bevissthet og dialog rundt perspektivskiftet, og denne debatten, håper jeg denne oppgaven vil være til nytte for flere enn meg.

## ***1.4 Oppgavens oppbygning***

Jeg har stort sett fulgt høyskolens forslag til disposisjon gjennom bacheloroppgaven min. I kapittel 1 presenterer jeg temaet mitt, samt bakgrunn for valg av tema, oppgavens formål, relevansen for vernepleiere og oppgavens oppbygning. I kapittel 2 presenterer jeg oppgavens problemstilling for leserne, samt begrepsavklaringer og min forforståelse. Kapittel 3 handler om metoder, presentasjon av litteraturstudie, samt min vitenskapelige tilnærming.

Så kommer hoveddelen i oppgaven, kapittel 4, med overskriften Perspektivskiftet. Denne er delt inn i tre deler; Psykiatriens historie, medisinsk modell og psykisk helsearbeid. I kapittel 5 har jeg avslutningen.

## 2.0 PROBLEMSTILLING

Problemstillingen i denne oppgaven er;

*Drøft og sammenlign den medisinske modellen opp mot (noen) nye trender i psykisk helsearbeid.*

### 2.1 Begrepsavklaringer

*Begrep er til å begripe med, verktøy for tanken som gjør oss i stand til å se det vi ellers ikke ville ha sett. Men begrep kan også forblinde og forvrengte slik at vi ikke ser det vi burde ha sett (Ekeland 2000).*

Ekeland sine ord her sier noe om hvor viktig det er at vi har en bevissthet når vi kommuniserer, vi bør slik velge våre begrep med omhu. Et godt historisk eksempel er empowerment-begrepet som ifølge Askheim (2003) har «basis i to motstridende strømninger fra ulike politiske leirer, en venstreradikal og en høyreliberalistisk retning» (Sigstad 2004:25). Leser vi i Askheim (2003) så skriver han at disse begrepene som ender opp som politiske honnørord, får tilslutning fra ulike politiske leirer. Konsekvensen blir at begrepene får et uklart innhold, dette siden de forskjellige sidene legger sine egne betydninger inn i dem. Slik blir de brukt til å legitimere ulike tiltak og forskjellige handlingsvalg (Askheim 2003:12).

Psyken har tidligere vært både syk og utviklingshemmet, nå snakker vi også om psykisk helse og uhelse, og psykiske vansker, plager, lidelser eller problemer. Jeg vil her avklare og tolke begrepsbruken min gjennom oppgaven, for «begrep betraktes som «vindu» i historiske studier for å forstå mer om forestillinger og verdier som har vært rådende» (Botslangen 2015:27). Koselleck (2004) snakket om at den historiske virkeligheten endrer seg, og begrepsbrukens bidrag til disse endringene. Dette åpner opp for refleksjoner rundt begrepsbruk, og samfunnsmessige endringer kan slik belyses gjennom å undersøke språkets rolle og forandringer (Botslangen 2015:32).

### 2.1.1 Psykisk helse

WHO (verdens helseorganisasjon) sin definisjon på psykisk helse er den som er mest referert til i dag, når vi teller 2016;

*En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet (Paasche 2012).*

I henhold til WHO sin definisjon forstås helse som «velvære, og ikke bare som fravær av sykdom og lyte» (Bang Nes og Clench-Aas 2011). WHO sin definisjon har mottatt en del kritikk for å ligge nært opp til definisjonen på lykke. Mental Helse støtter seg til WHO sin definisjon, men har konkretisert sitt engasjement ved å legge til de tre punktene «likeverd, åpenhet og respekt» (Paasche 2012). En annen definisjon på god psykisk helse er;

*God psykisk helse defineres som evnen til å fordøye livets påkjenninger, og den er et resultat av vår totale utvikling – følelsesmessig, intellektuelt, fysisk og sosialt. Ikke noe menneske vil kunne gå gjennom livet uten påkjenninger av noen grad. Hvordan den enkelte takler disse påkjenningene, er derimot svært varierende (Flaten 2015).*

Slik jeg ser det ser vi i denne definisjonen altså et skille her, mellom det å ha en god psykisk helse, og å ikke være motstandsdyktige mot påkjenningene til å inneha en god helse. Er det dette som menes med uhelse? Uhelse er for øvrig et av begrepene jeg ikke klarer å bli helt klok på, så dette velger jeg bort i denne oppgaven.

Interesse- og brukerorganisasjonen for psykisk helse, Hvite Ørn, sier at «felles for alle psykiske plager og lidelser er at de påvirker våre tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre» (Hvite Ørn 2015). De beskriver et skille mellom psykiske plager (symptomer), som nødvendigvis ikke tilfredsstillers kravene til en medisinsk diagnose, og psykiske lidelser (sykdommer). Psykiske lidelser er sykdom og er medisinske diagnoser

fra internasjonale klassifikasjonssystemer, som for eksempel ICD (WHO/Statens helsetilsyn) eller DSM (den amerikanske psykiatriforeningen) (Hvite Ørn 2015).

I *Perspektiver på psykisk lidelse* forklarer Haugsgjerd m.fl. (2009) at;

*De psykiske lidelsene gir seg til kjenne ved avvikende atferd, ved tankegang, følelsesuttrykk eller måter å snakke på som er vanskelige å forstå, eller som på annen måte gjør at vedkommende havner utenfor fellesskapet i sine omgivelser* (Haugsgjerd m.fl. 2009:16-17)

## **2.1.2 New Public Management**

Psykisk helsevern formes i stor grad av økonomiske og politiske føringer, og tayloriseringen av omsorgstjenestene har blant annet ført til at kvaliteten på tjenestene som utføres blir målt i KOSTRA (Statistisk Sentralbyrå 2016). Bakgrunnen til disse føringene leser vi i *Vårt politiske Norge – En innføring i stats- og kommunalkunnskap*, der Rønning (2006) sier at på slutten av 80-tallet voks det frem en reformbevegelse i OECD-området som har fått samlebetegnelsen New Public Management (NPM). Moderniseringen av offentlig sektor inspirert av NPM har blant annet ført til desentralisering av ansvar, økt fokus på effektivitet, innføring av målstyring i kommunale tjenester, og brukervalgfrihet med et påfølgende IT-demokrati (Rønning 2006:308).

*For en regjering i de vestlige land vil det være viktig å fremstå som endringsvillig og dynamisk, med klare mål og strategier. Og kommunene må på samme måte vise seg som moderne, kostnadseffektive organisasjoner dersom de skal klare seg i politisk oppslutning og i konkurranse om arbeidskraft* (Ramsdal og Skorstad 2004:31).

I *Evidensbasert profesjonsutøvelse* leser vi at Leeuw, Rist og Sonnichsen (1994) sier at Innførelsen av «management for results» (mål- og resultatstyring) har siktet mot å øke effektiviteten, samtidig som det har vært et ideal at regjeringene skal «lære». Videre sier Hansen og Rieper (2009) at for å vise at de lever opp til disse forpliktelsene har begrepene

«accountability» og «transparency» dukket opp. Gjennom evalueringer, effektmålinger og ved å produsere viten om evidens, demonstrerer det offentlige sitt demokratiske sinnelag. Særlig fire forhold har sin grobunn i evidensbevegelsen; Resultatorientering, evaluering, kvalitetsutvikling og profesjonalisering (Hansen og Rieper 2009:32).

### **2.1.3 Empowerment og brukermedvirkning**

Hem (2001) skriver at empowerment oversettes ofte med bemyndigelse eller myndiggjøring, og ideologien er at de med problemene, skal gis mere makt. Det er de selv som vet hvor skoen trykker, og sitter med løsningen. Denne innsikten som oppstod i industrien på 1980-tallet, har nå spredt seg til andre samfunnssektorer. Her har de ulike profesjonene forskjellige utgangspunkt, et viktig fellestrekk er likevel at i stedet for å fokusere så sterkt på problemer, fokuserer man nå mer på ressursene / løsningene (Hem 2001:66-67). Sigstad (2004) forteller at;

*Empowerment-tenkningen har sammenheng med en økende kritikk av velferdsstaten, som representerer undertrykking av tjenestebrukere og marginaliserte grupper. Begrepet knyttes imidlertid også til velferdsliberalisme og konsumorientering, der innbyggerne i sterkere grad får en kunderolle i forhold til offentlige tjenester (Sigstad 2004:25).*

Vatne (1998) sier at brukermedvirkning kan oppfattes diffust, gjennom årene har også helsetjenestene hatt forskjellige holdningsskapende begrep, kanskje brukerperspektivet er «keiserens nye klær»? Når hun skriver om medvirkning i et omsorgsperspektiv og brukerbegrepet i behandlingssammenheng, sier hun at «brukernes ressurser, som kunnskap og kompetanse, skal inngå som en viktig basis når en planlegger og gjennomfører tjenesten» (Vatne 1998:9-17).

## **2.2 Min for forståelse**

Dalland (2007) skriver at normen i oppgaveskriving sier at vi må være bevisste på vår forståelse, og klargjøre denne for oss selv og leserne. Vi har alle våre tidligere

erfaringer og forståelsesmåter som preger oss, og i vår presentasjon av en problemstilling har vi allerede et startskudd for et svar. «Selv uten å ville det er det altfor lett å la seg påvirke til bare å se det som kan bekrefte førforståelsen» (Dalland 2007:90). Aadland (2011) sier at det var Gadamer som introduserte begrepet forforståelse, med dette mente han at vi alle betrakter gjennom et sett med «briller», eller for-dommer. Disse bruker vi for å finne et system, mening eller skape orden i det vi står ovenfor (Aadland 2011:182).

Aadland skriver at uten våre forhåndsforestillinger, fordommer om du vil, «vil verden løse seg opp i kaotiske enkeltinntrykk uten sammenheng og mening» (Aadland 2011:187). Han skriver videre at en forsker / student er moralsk forpliktet til å bevisstgjøre seg sin forforståelse, dette for å hindre at man etter endt forskningsarbeid sitter igjen med bare en bekreftelse av sitt eget utgangspunkt. Han oppfordrer oss til å beskrive våre forhåndsoppfatninger, verdier og interesser før man tar fatt med en oppgave, dette for å fremme en god fortolkning (Aadland 2011:187).

Min erfaring som pårørende har nok preget synet mitt på psykiatrien. I tillegg er jeg tante og verge til en ung mann som har en autismspekter-forstyrrelse. Han er også dobbeltdiagnostisert med schizofreni, og går på flere sterke medisiner for sine psykoser. Det er her jeg føler mitt medisinkritiske syn kommer inn. Jeg har lenge hatt en utopisk drøm om å seponere medisinen hans, kanskje vi kan få tilbake gutten vi en gang hadde? Men som Aadland (2011) skriver; «Til tross for Feyerabends kraftsats om at alt er tillatt, er det fortsatt ikke god latin å skrive dikt og drømmer som svar på en forsknings-oppgave» (Aadland 2011:165). Dette synet holdt meg tilbake i valg av tema for min bachelor-oppgave ganske lenge, men så leste jeg om Whitakers (2014) medisinkritiske holdning innen psykiatrien. Samtidig registrerte jeg nysatsingen på de medisinfrie behandlingstilbudene, og nysgjerrigheten min ble vekket. På tross av denne sterke forforståelsen velger jeg å se nærmere på medisinbruken innen psykisk helse i kapittel 4.2.2.

### **3.0 METODE**

Vilhelm Aubert (1985) blir ofte sitert når det kommer til spørsmålet om hva en metode er, og han beskriver metode som en fremgangsmåte og et middel til å løse problemer på, og komme frem til ny kunnskap. Videre sa han at «et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland 2007:81). Det som interesserer meg med denne definisjonen er Auberts militæriske metafor, noe som billedgjør metodikk for meg. Jeg viderefører tankene rundt metode som et av våre mange verktøy / våpen, eller som Dalland sier, et redskap; «Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår» (Dalland 2007:81).

Kjelstadli (2007) snakker om forskerens rolle når det kommer til valg av metode. Han sier at valget forskeren gjør vil være formet av hans syn på teoretiske og vitenskapsteoretiske spørsmål (Botslangen 2015:51). Gjennom oppgaven min søker jeg etter en bevissthet rundt min vitenskapelige forankring, samt jeg er bevisst at også begrepsbruk kan være med i arsenalet av metodene vi benytter oss av. For når det kommer til begrepsbruk, benytter også Jordheim (2001) seg av en militærisk metafor, når han sier; «begrep blir del av legitimeringsarsenalet til alle politiske og sosiale grupper» (Botslangen 2015:46). Et eksempel her er honnørordet jeg nevnte tidligere i oppgaven, empowerment. Dette begrepet ble brukt som et opprør mot undertrykkelse, der brukerne skulle myndiggjøres. Populariteten og interessen for dette begrepet økte, og et nytt honnørord oppstod, da ble begrepet knyttet også til «velferdsliberalisme og konsumorientering, der innbyggerne i sterkere grad får en kunderolle i forhold til offentlige tjenester» (Sigstad 2004:25).

#### ***3.1 Litteraturstudie som metode***

Dalland (2007) skriver at faglitteraturen viser oss linjene bakover, slik vi ser sammenhenger og utviklingstrekk. «All oppgaveskriving starter derfor i biblioteket... Oppgaveskriving krever mer enn pensumlitteratur» (Dalland 2007:60). Jeg har alltid vært en bokorm, så jeg gjorde meg tidlig kjent med høyskolen i Molde sitt rikholdige bibliotek,



og har benyttet meg av kunnskapen til de ansatte der. Gjennom litteraturstudier vil jeg belyse problemstillingen min på en faglig og interessant måte. Jeg har funnet litteratur gjennom søk på Oria og NorArt via hjemmesidene ved Høgskolen i Molde. Søkeordene jeg brukte var;

- Recovery
- Bedring
- Med\*modell
- Psyki\*
- Medisinkri\*

Jeg har lest faglitteratur forfattet av spesialister innen psykiatri, og de som jobber innen psykisk helsearbeid, populærvitenskapelig litteratur og selvbiografier fra pasienter i systemet. Hovedtyngden av litteraturen jeg har valgt ut er rettet mot studenter ved høyskoler og universitet, samt fagfolk som arbeider med mennesker med psykiske vansker. Videre har jeg lest tidsskrifter og offentlige dokumenter. Jeg har forholdt meg til forholdsvis ny faglitteratur, med anerkjente forfattere, med bakgrunn av dette er litteraturen jeg har brukt i studien min pålitelig og gyldig.

### ***3.2 Temaet sett i lys av forskjellige vitenskapelige tilnærminger***

For å sikre bredest mulig tilnærming til psykiske vansker og perspektivskiftet, og for at oppgaven skal fremstå som helhetlig, har jeg forsøkt å se på temaet med forskjellige vitenskapelige tilnærminger. «Vitenskapsteorien har sitt nedslagsfelt i vitenskapelig forskning og drøfter hva som er gyldige veier til sannhet om ulike fenomener» (Aadland 2011:48). Videre sier Aadland (2011) at teoriene er forenklinger av virkeligheten, et forsøk på å skape seg et mønster i et forvirrende landskap, dette gjerne gjennom å forenkle i et kaos av detaljer (Aadland 2011:48).

Aadland (2011) sier at gjennom en forståelse av de fagteoretiske fundamentale forankringene, får vi en bredere horisont. Vi blir «mer kritiske og engasjerte, men også romsligere og vennligere i vårt møte med andre» (Aadland 2011:11-12). Som kommende

vernepleier, med ansvaret yrket medfølger, vil jeg understreke at «ingen måte å se og forstå på er tilstrekkelig i seg selv, og derfor trenger vi flere» (Owren og Linde 2011:27).

Maslow (1908-1970) sa en gang; «Gi gutten en hammer, og hele verden blir til spiker» (Aadland 2011:62). For slik å unngå å bare fokusere på spikerne mens jeg vandrer denne veien, vil jeg benytte meg av følgende tilnærminger; Natur-, human- og samfunnsvitenskapelig litteratur og forskning (Aadland 2011:24).

- Naturvitenskap / forklarende kunnskap; For å gi oppgaven min slagkraft og sikre den tyngde, siterer jeg Aadland; «Den tryggeste vei er å legge fram sikre svar om harde fakta, det vil si måleresultater uttrykt i tall. Tall kan vanligvis ikke bestrides» (Aadland 2011:165). Dette gjør jeg gjennom å vise til brukerundersøkelsen vi finner i *Stykkevis og delt* kapittel 4.2.2. i oppgaven min, samt Whitakers (2014) sine funn i samme kapittel.
- Humanvitenskapelig litteratur / forstående kunnskap; Jeg vil bevege meg litt utenfor faglitteraturen, og se nærmere på litteratur forfattet av brukerne selv og brukerorganisasjonene. Dette fordi jeg søker å avdekke hvordan det er å være i hjelpesystemet. «Hva skjuler seg bak tallene og kurvene – hvordan oppleves virkeligheten av de som er undersøkt?» (Aadland 2011:206). Her har jeg lest litteratur av Lauveng (2005/2011), forskjellige artikler og blogginnlegg.
- Kritisk-emansipatorisk vitenskap; Jeg har prøvd meg på kritisk drøfting av de herskende ideologiene, dette for at grunnlaget for maktutøvelse skal gjennomlyses og begrunnes kraftig. Hensikten med kritisk vitenskap er frigjøring fra undertrykkelse (Aadland 2011:226).

## 4.0 PERSPEKTIVSKIFTET

### 4.1 *Psykiatriciens historie*

For å forstå vår samtid, må vi først kjenne til vår historie. Det er først når vi skjønner drivkreftene bak samfunnsinstitusjons utvikling, at vi kan arbeide for endringer (Ericsson 1995:11). Fra sidelinjen har jeg som sagt betraktet endringene som skjer innen psykisk helsevern, og gjennom oppgaven min søker jeg nå en forståelse for dette perspektivskiftet. For å kunne stå i en endringsprosess / paradigmeskifte må man først forstå og kjenne sin historie;

#### 4.1.1 Tidligere tider

Ericsson (1995) forteller om en sinnssykepleie i Norge før 1850 som i hovedsak hang sammen med fattigpleien. Allmuens løsning på kontrollproblemet sinnssykdom representerte bestod på denne tiden av bur og lenker. Institusjonene på denne tiden var hospitalene, med opprinnelse i kirkens barmhjertighetsgjerning, og staten forsøkte å bekjempe betleriet gjennom spindehus. Asyl, dårekister eller dollhus var det i de største byene, og hensikten var ikke behandling, men oppbevaring. Argumentene for en ny reform resulterte i Sinnsykeloven av 1848, der loven satte regler for autorisasjon av asyl, alle skulle ledes av en lege, og der skulle føres behandlingsprotokoll over pasientene. Så sier hun at en får inntrykket av at der var en sosial bevissthet til stede rundt midten av forrige århundre, som fant én bestemt løsning på alle sosiale problemer, nemlig institusjonalisering. Av Foucault (1967) ble liknende strømninger i Europa tohundre år tidligere omtalt som «den store innesperringen» (Ericsson 1995:14-50).

Videre sier Ericsson (1995) at de store institusjonene også var uttrykk for en ny moral og ideologi, og ifølge Tawney (1926) gjaldt også endringene synet på fattige. Tidligere ble fattige sett på som Guds særlige venner, og det ble sett på som synd å ikke gi almisser til dem. Nå ble dette sett på som en dyd, de fattige skulle forbedres, ikke hjelpes (Ericsson

1995:51-52). Foucault (1973) snakker også om et tidligere syn på de gale, når han sier at i renessansen så man på dem som bærere av en hemmelig kunnskap;

*I sitt uskyldige idioti eier den gale allerede denne uoppnåelige og farlige kunnskapen. Det fornuftige og kloke menneske oppfatter bare fragmentariske og desto mer foruroligende brokker av den, men den gale bærer den i sin helhet i en sfære som ikke slår sprekker; Krystallkulen som for alle andre er tom, er for ham fylt av en tett, usynlig visdom (Foucault 1973:35).*

Dette synet både på fattige og de gale var altså tidligere ikke så stigmatiserende. Blant annet ble personer med psykiske avvik høyt aktet i stammesamfunnene, der helbrederen, hans kunnskap og klienter hadde stor respekt (Haugsgjerd m.fl. 2009:18). Men der de tidligere var respektert for sin annerledeshet, kom det nå en tid og et syn der de skulle endres, og var de ikke tilpasningsdyktige skulle de altså gjemmes bort og sperres inne. «Galskapen ble et problem som kunne løses... Galehusene ble gradvis sykehus og språket medisinsk» (Ekeland 2011:17). Så kom en tid preget av høy moral, og den tyske filosofen Hegel hevdet at de moralske normene oppstår i familien og sivilsamfunnet. De gir anvisninger på hvordan vi bør oppføre oss, gjennom handling bekrefter vi disse moralnormene, og slik oppstår det moraldannende kretsløpet (Lorentzen 2007:14-15). Slik ble galskapen altså temmet, gjennom en høy moral og ved hjelp av medisinske metoder beskrevet av Foucault (1973) som konsolidering, renselse, nedsenkning og regulering av bevegelse (Foucault 1973:140-155). Moralismen rådet gjennom holdninger som oppfordret til disse metodene;

*Det er best med stor kaldblodighet – og strenghet når det er påkrevd. La Deres fornuft bli rettesnor for de sykes atferd. En eneste streng vibrerer ennå i dem, smerten; Ha mot nok til å røre ved den (Foucault 1973:157).*

Haugsgjerd m.fl. (2009) sier at den første systematiske utforskningen av hjernens virkemåte tok til på midten av 1800-tallet, her regnes tyskeren Kraepelin som grunnleggeren av moderne medisinsk psykiatri. De forteller videre at rundt 1900 introduserte Freud psykoanalysen, der en er opptatt av å forstå enkeltindividet i lys av dets historie, her er tankens kraft og følelsene vesentlige. Disse to tradisjonene representerer ennå i dag motpolene innen psykisk helsevern (Haugsgjerd m.fl. 2009:20). Av Kringlen

(2001) omtales denne hovedkampen innen psykiatrien som den mellom «somatikere» og «psykikere» (Ekeland 2011:21).

Psykiatriens moderne epoke startet ifølge Satcher (1999) i 1954, da det antipsykotiske legemiddelet klorpromazin ble introdusert som det første legemiddelet spesifikt rettet for behandling av psykiske lidelser. Dette var starten på det som senere har gått under benevnelsen den psykofarmakologiske revolusjon, og legemidler mot depresjon og angst kom snart også på markedet (Whitaker 2014:24).

#### **4.1.2 Nye vinder**

Professor i sosialpsykologi, Tor Johan Ekeland (2011) sier at vi nå ser vi en dreining fra psykiatri mot psykisk helsearbeid, fra objektontologi til subjektontologi. Ontologi beskriver han som læren om virkeligheten, terrenget vi ferdes i. Gjennom en objektontologisk modell har naturvitenskapene (medisinsk modell) utviklet sin kunnskap, et terreng som eksisterer uavhengig av oss, i en ikke-kommunikativ tilskuerposisjon. I subjektontologi refererer vi til en verden av fenomener som ikke kan eksistere uavhengig av oss, men er skapt av oss eller kommer til verden gjennom vår bevissthet / fortolkning av dem. Fra et ontologisk perspektiv blir da psykisk sykdom sett på som fortrinnsvis biologiske «feil», med symptomer som «vitnesbyrd» om feilene, der fokuset i forskningen rettes mot kartlegging og forståelse av sykdommen. Om en derimot fra et subjektontologisk perspektiv legger til grunn at psykiske lidelser oppstår som en følge av at selvobjektivering beskytter oss mot verden, «er implikasjonen at hjelpearbeid må handle om å anstrenge seg for å nå den andre som subjekt, og å gjøre gjenoppretting til verden mulig» (Ekeland 2011:18-19).

Perspektivskiftet Ekeland omtaler her kommer til uttrykk i Opptappingsplanen for psykisk helse (1996-2008), der det overordnede målet er «deltakelse i samfunnet, integrering og medborgerskap» (Ekeland 2011:9). Vi leser på hjemmesiden til Regjeringen (2009) at;

*Den overordnede målsettingen for Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 er beskrevet i St.prp. nr. 63 (1997-98). Satsingen skal resultere i både en*

*kvalitativ og kvantitativ bedre tjeneste for mennesker med psykiske lidelser. I følge opptrappings-planens verdigrunnlag skal målet med tjenestetilbudet være å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Sektorer og tjenesteytere må se det som en oppgave å bidra til å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).*

Karlsson (2008) sier at Opptrappingsplanen bygde på en omfattende gjennomgang og kritikk av psykisk helsevern, planens strategier for å kurere dette var tilførsel av midler og personell, nye faglige tilnærminger, kompetanseheving, omstrukturering og brukermedvirkning også i psykiatrien. Slik fikk vi en styrking av relasjonelt orienterte tilnærminger, dette på bekostning av den medisinske. Ørstavik (2008); Wifstad (1997) sier at for å få en bred faglig og politisk oppslutning, ble tilnærmingene presentert på en «helhetlig» og harmonisk måte (Iversen 2013:94).

I artikkelen *Ny kunnskap – ny praksis Et nytt psykisk helsevern*, utgitt av Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, kommer denne brede faglige og politiske oppslutningen frem. Her viser Ekeland (2011) nemlig til et paradoks i opptrappingsplanen; På den ene siden argumenteres det for mer individuelt tilpassede behandlingsmetoder, men på den annen side etterlyses et ønske om dokumentasjon på hva som er virksom behandling (Ekeland 2011:13). Individuelt tilpassede behandlingsmetoder vil kreve nettopp tilpasning, vil dette kunne samsvare med hva som er den mest og best virksomme behandlingen? Med dette mener jeg at de idealistiske strømningene snakker idyllisk om brukerstyring og individuelt tilpassede bedringsprosesser. Mens det på den andre siden i god NPM-ånd skal være evidensbasert, dette gjennom mål- og resultatstyringer, nettopp for å sikre effektivitet.

Vindegg (2009) skriver i *Evidensbasert profesjonsutøvelse* at satsing på forskning og kunnskapsutvikling reiser nye spenninger innen det sosiale arbeidet, spørsmål om hva som er gyldig kunnskap, og hvordan denne skal rangeres kommer opp. Og på hvilke måter kan man måle og evaluere intervensjoner? (Vindegg 2009:64). Som en motpol mot denne tradisjonen finner vi den erfaringsbaserte forskningen, se også kapittel 4.3.6. Professor i psykisk helsearbeid, Marit Borg (2009), sier i *Medforskning – å forstå sammen for kunnskap om psykisk helse* at forskning domineres av objektivitet og positivistiske verdier,

og mange forskerkulturer vil nok kalle medforskning / erfaringsbasert forskning for «forskning light» (Borg 2009:39). I den samme boken snakker Odd Volden (2009) om mennesker med skeive livserfaringer, at disse nå ønsker å bevege seg fra å være objekter til å bli subjekter. Nå krever de å være delaktige i alle deler av kunnskapsutvinnelsen, og han sier; «Vi vil være medforskere. Vi vil være motforskere. Vi vil være forskere» (Volden 2009:53).

Vi står slik midt i et spenningsfelt, og Koselleck (1967) sier at disse spenningene kommer til uttrykk i begreper som krise og konflikt. Bakgrunnen til disse spenningene er at samtiden vår oppleves som en overgangstid preget av endringer, spørsmålet her blir da hva skjer med samtiden når avstanden mellom fortid og fremtid øker? Han snakker videre om den interessante dynamikken i spennet mellom tidligere erfaringer og nye forventninger. Han hevder at nye begrep drives frem i slike spenningsfelt, som deler av prosesser og forandringer (Botslangen 2015:44-45). Dette spenningsfeltet kom slik jeg ser det fysisk til uttrykk i psykisk helsevern da Opptappingsplanen ble forlenget med ytterligere to år, og Sosial- og helsedirektoratet beskrev situasjonen slik;

*Det er imidlertid fremdeles betydelig avstand mellom målene og dagens situasjon, ikke minst mht. omstillingsbehovet når det gjelder endringer i kultur, verdier og holdninger i tjenesteapparatet (Karlsson og Borg 2013:30).*

Tjenesteyterne innen psykisk helsearbeid blir presentert for blant annet brukermedvirkning, erfaringsbasert kunnskap og det helhetlige menneskesynet. Som Koselleck (1967) nevnte i forrige avsnitt; Nye forventninger tar utgangspunkt i tidligere erfaringer, og slik blir begrepene brukt som deler av prosesser og forandringer. Bevisstheten rundt terminologien til de som jobber innen psykisk helsevesen er her viktig, for gjennom å bruke begrepene får de slik en påvirkningskraft.

### **4.1.3 Veien videre for psykisk helsevern**

Den spanske filosofen og forfatteren Georg Santayana (1863-1952) skal ha uttalt at “Those who cannot remember the past are condemned to repeat it” (Clairmont 2016). Fritt oversatt blir dette at «de som ikke husker fortiden, er dømt til å repetere den». Men den sterke

historien vi har når det kommer til personene med psykiske vansker i samfunnet vårt, og måten vi har behandlet dem på, er dette noe vi må passe oss for. Metodene vi har benyttet har vært evidensbaserte og effektive i sin tid, det er først nå i ettertid vi ser på dem som inhumane. Karlsson og Borg (2013) sier at er det noe historien her kan lære oss, er det å ha en konsekvent og kritisk holdning til den psykiatriske kunnskapsutviklingen, og «det fremstår som både dramatisk og underlig at denne historiske erfaringen i så liten grad bidrar til å kaste lys over dagens praksiser» (Karlsson og Borg 2013:24-25).

Karlsson og Borg (2013) sier videre at psykiatriske sykehus har hatt en dominerende posisjon innen feltet psykisk helse, dette har resultert i at de har hatt en kunnskapsmakt over hva som har vært gjeldende og rett behandling, og kunnskap. Dette har vært, og er fortsatt, til hindring for en dypere forståelse og et sosialt perspektiv (Karlsson og Borg 2013:31). Det er dette sosiale perspektivet som er ønskelig innen psykisk helsearbeid i dag, men fagfeltet preges fortsatt av det medisinske perspektivet, som jeg vil drøfte i kommende kapittel.

## **4.2 Medisinsk modell**

Den medisinske modellen består ifølge Wampold (2001) av fem komponenter;

*En klient som har en lidelse eller plage, en forklaring (som kan være biologisk eller psykologisk) på disse problemene, en mekanisme for endring, spesifikke ingredienser i terapien og tanken om spesifisitet – altså at spesielle ingredienser i behandlingen er ansvarlige for effekten på spesielle lidelser eller problemer (Aare 2010:23).*

Universitetslektor og psykolog Leif A. Helgesen (2011) forklarer i *Menneskets dimensjoner – lærebok i psykologi* det biologisk-medisinske perspektivet når han sier at psykiatri er en spesialisert medisinsk disiplin, og derfor er det biologiske grunnlaget for psykopatologi i fokus. Symptomene viser seg først og fremst på det mentale / atferdsmessige plan, men siden alle menneskelige opplevelser og atferder har en organisk basis av nevrofysiologisk karakter, er det relevant å forske på sammenhengene her. Relevant i forskningen er genetisk forskning, samt å «modifisere avvikende



nevrofysiologiske funksjoner gjennom forskjellige medisinske tiltak, som medikamenter og elektrosjokk» (Helgesen 2011:255).

*Det biomedisinske kunnskapsprosjektet legg som sagt til grunn ei naturalisert oppfatning av sjukdom – at både diagnose og behandling skal forankrast i vår forståing av den biologiske kroppen som natur. Behandling skal kunne spesifiserast av diagnosen, og presumptiv vere verksam uavhengig av behandleren, kontekst og forhold ved pasienten som er irrelevante for den aktuelle sjukdomskategorien. Idealet er altså ein universell, eller kontekstfri, medisin (Ekeland 2014).*

Sentralt i perspektivskiftet er spørsmål rundt hva som betraktes som sykdom, og hvem setter grensene for normalitet? sier Haugsgjerd m.fl. (2009). Samfunnet og behandling i dag preges av at ufornuften og «galskapen» blir oppfattet som sykdom, og det er psykiatriens samfunnsbestemte oppgave å behandle denne sykdommen. Gjennom våre forståelser om hva som er normalt, opprettholdes og bearbeides vår avviks- og normalitetsforståelse (Haugsgjerd m.fl. 2009:44).

Trond Aare (2010) er av det synet at «i den videre utviklingen av fagfeltet bør den medisinske modellen være mindre dominerende enn i dag» (2010:sammendrag). Han forteller at det medisinske perspektivet må være til stede. For alle som jobber med psykiske lidelser har sett eksempler på treffende diagnostikk og høyspesialisert behandling, som har berget mennesker fra lidelser. Men han poengterer med at at det ikke behøver å dominere så sterkt som det gjør (Aare 2010:22).

I underkapitlene vil jeg se nærmere på fordeler og ulemper ved diagnosesystemet og bruken av psykofarmaka innen psykisk helsevern. Det er mitt syn her er at det i det ønskelige perspektivskiftet / fagdebatten kan bli litt vanskelig å manøvrere seg på disse områdene; Hvilke holdninger skal fagpersoner ha når det kommer til «den schizofrene» eller «selvskaderen», og i hvor stor grad kan vi være kritiske til medisinene de «går på»?

#### **4.2.1 Diagnosesystemet**

*Ved klassifikasjon og diagnose av psykiske lidelser kan man i liten grad bruke biologiske undersøkelser alene for å stille en diagnose. For å sikre at helsepersonell legger de samme kriteriene til grunn når de stiller psykiatriske diagnoser, har Verdens helseorganisasjon derfor utgitt to bøker med utdypende beskrivelser av hvilke symptomer og tegn som skal finnes for å stille en bestemt psykiatrisk diagnose, kalt henholdsvis ICD-10-klassifikasjon av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser - Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer og Diagnosekriterier for forskning.*

*Ved å ta i bruk slike kliniske beskrivelser og diagnosekriterier har Verdens helseorganisasjon begynt å bruke de samme prinsippene for psykiatrisk klassifikasjon som amerikanerne har fulgt siden 1980, DSM-systemet (Malt 2009).*

Winston Churchill beskrev vitenskapens dobbeltsidighet som «organized curiosity», i vår streben etter å forstå og analysere verden rundt oss kategoriserer vi den inn i modeller, teorier og diagnoser. Men gjennom vår medfødte nysgjerrighet søker vi stadig ny kunnskap, slik blir gamle modeller forkastet eller videreutviklet, og «det hele blir en vandring mot et spennig mål som ingen noensinne vil nå» (Aadland 2011:16).

Er vi kanskje for opptatte av brukernes diagnoser, dette er kanskje vår måte å forstå og få en viss kontroll på? Det er gjerne det første vi fokuserer på når vi skal møte en ny bruker, som studenter leser vi gjerne journaler, eller veileder i praksis informerer oss om brukerens diagnose. Vi har som regel gode hensikter i denne prosessen, men faren er at vi stigmatiserer. Aare (2010) forteller om brukererfaringer der behandlerne henger seg opp i symptomene og lidelsen som har blitt diagnostisert. Dette mens brukerne selv er mest opptatt av relasjoner og egenfungering (Aare 2010:33).

Goffman (1963) bruker betegnelsen stemping, stigma eller stigmatisering når han beskriver sykdom som sosialt avvik. Psykiske lidelser er en av disse lidelsene som dessverre ofte blir møtt av negative reaksjoner i samfunnet (Norvoll 2001:130-131). For eksempel kan menneskers uvitenhet rundt psykiske lidelser skape fordommer, som igjen medfører at de unngår kontakt, og brukerne blir ensomme. Norvoll (2001) sier videre at stigmatiseringen kan også påvirke pasienten / brukeren selv på en negativ måte, det kan

skje en selv-stempling. Følelsen av å være annerledes (i dette eksempelet diagnostisert), kan føre til forsterkninger av de sosiale problemene, gjennom at pasienten får et dårligere selvbilde, opplever ensomhet, med påfølgende sosial isolasjon (Norvoll 2001:132).

I en artikkel i Psykologi snakker også Løkke (2014) om den biomedisinske tenkemåten som preger psykisk helsevern etter innføringen av DMS3 i 1980. Mennesket blir oppfattet og behandlet etter prinsippet at alle med like symptomer får lik behandling. Her kritiserer han diagnosekulturen for å nedprioritere metoder basert på «nærhetsprinsippets individforståelse», hva pasienten lider av overskygger hvem det er som lider. Han sier videre at;

*Dette fremstår som et paradoks i en individualistisk tidsalder, da prinsippene som skal sikre mennesket tilgang til rettigheter og identitet, samtidig kan være med på å frarøve det muligheten til å etablere en personlig identitet (Løkke 2014).*

Aare (2010) snakker i denne sammenhengen om at vi må tenke i andre perspektiver enn det medisinske. Det «kan være like viktig å gjøre mer av det som fører til helse enn å øke innsatsen mot symptomer og lidelse» (Aare 2010:33).

I en fagartikkel om schizofreni og medias fremstilling av sykdommen, sier Volden (2004) at diagnostisering er en belastning for pasientene, dette på tross av at brukere og organisasjoner som Mental Helse Norge arbeider aktivt for å avstigmatisere psykiske lidelser og fremme et brukerperspektiv. Videre sier Cutcliffe & Hannigan (2001) at psykisk syke blir i media fremstilt som farlige outsiders eller tragiske ofre. En undersøkelse gjort av skotske aviser fant at 62 % av artikler om mennesker med psykiske lidelser omhandlet vold (Anda 2013).

Psykologspesialist Jan Ole Hesselberg (2016) tar til orde for diagnostisering når han i sin artikkel *Vi trenger fortsatt diagnoser på psykiske lidelser* sier at diagnosene som brukes i psykisk helsevern, er ment å fylle flere roller;

*Kategoriseringen muliggjør forskning på både forekomst og behandling. De brukes når rettigheter, hjelpemidler, tilrettelegging og stønader skal innvilges. De letter kommunikasjonen mellom personer – pårørende og pasienter så vel som*

*fagpersoner. Og de er ment å gjøre det enklere å velge egnet behandling*  
(Hesselberg 2016).

Selv om diagnostisering kan medføre ulemper, er fordelene høyst tilstede. En diagnose sikrer først og fremst rettigheter. I en forvirrende prosess som en sykdomsprosess ofte er, kan det å få en diagnose å forholde seg til være en lettelse. Som vi leser i forrige avsnitt så letter det kommunikasjonen, både pårørende, pasienter og fagpersoner får noe konkret å forholde seg til. Jeg har selv erfart den forvirringen man står i når man i en sykdomsprosess ikke har noe konkret å forholde seg til. Får man derimot et navn på tilstanden, og litt faktaopplysninger om den, blir det slik lettere å manøvrere seg fremover. Man flytter slik fokuset litt fremover, og kan begynne å se på rettigheter og behandlinger.

Et annet positivt aspekt ved å få en diagnose, snakker Ekeland (2014) om i artikkelen *Psykiatridiagnosar – ein kunnskapskritikk*, der han sier at den lidende får tilgang til en sosial rolle, rollen som «syk». Foruten rettigheter som sjukepenges og behandling, får den syke en anerkjennelse; Retten til å være lidende! Dette forklarer han ved at for mange syke er det enklere å si hva man har og lider av, enn å skulle forklare at livet for eksempel er vondt. Han sier videre at;

*Ein skal heller ikkje undervurdere behovet for ord og namn når situasjonen er uskjøneleg, ord som kan tette sprekkane når angsten og det ukjente pressar på. Å kunne gi det namnlause namn spelar ein funksjon i seg sjølv, både for lek og lærd. Når det «meiningslause» handlar om kompliserte ting mellom menneske, blir diagnosar å føretrekke fordi dei fritenk ein frå å vere implisert, og difor for vanskeleg saker som ansvar og skuld (Ekeland 2014).*

Foucault (1975/1999) drar spørsmålet om makt inn i debatten når han snakker om at mennesker blir omgjort til individuelle kasus ved å få en medisinsk eller sosial diagnose, dette understøtter maktutøvelsen overfor den enkelte, og rettferdiggjør tvangstiltak (Norvoll 2001:136-137). Løgstrup (1956) trekker et klart skille når det kommer til en persons utfoldelse av makt ovenfor en annen, dette er «mellom å ta ansvar *for* og ansvar *fra* den andre» (Henriksen og Vetlesen 2006:154). Forfatterne poengterer videre at ikke minst syke og lidende har behov for å bli sett som et subjekt, dette gjennom anerkjennelse

av andre (Henriksen og Vetlesen 2006:154). Dette i motsetning til å først og fremst se diagnosen, der vi gjør mennesket med lidelsen til et objekt.

#### 4.2.2 Et kritisk blikk på dagens medisinbruk

Haugsgjerd m.fl. (2009) forteller at psykisk helsevern er et lavteknologisk arbeidsfelt, feltet mangler altså kilden til den høye statusen man får i felt der det brukes kostbart teknisk utstyr. Dette medfører at den medisinsk-teknologiske industrien viser lite interesse for feltet, med unntak av produksjon av medikamenter (Haugsgjerd m.fl. 2009:26).

*I slutten av november 2015 sende Helseminister Bent Høie eit skriv til alle helseregionane, der han påla dei å starte opp eit medisinfritt behandlingsalternativ i sine områder. Dette skal skje ved ein post på eit Distrikts psykiatrisk senter (DPS) og vere i drift innan 1. Juni 2016 (Eidsvik 2016).*

Vi leser i *Stykkevis og delt* at brukerorganisasjonene er kritiske til medisinbruken i dagens psykiske helsevern. Thornley et al (2003) og Cormac et al (2003) viser til at denne brukermisnøyen bekreftes indirekte i en rekke studier og metaanalyser, som viser tydelige ubehagelige bivirkninger. Videre leser vi at i et studie av Kogstad (2003) rapporterte bare 18 av 380 pasienter som hadde opplevd positive vendepunkthistorier, at disse var på grunnlag av medisinbruk. Bruken av psykofarmaka diskuteres mye, de medisinkritiske stemmene er mange, noe som taler for å se på dagens medikamentbruk med kritisk blikk (Rådet for psykisk helse 2004:39). Også interesse- og brukerorganisasjonen for psykisk helse, Hvite Ørn, har som en av sine kjernesaker at;

*Vi skal bidra til at overforbruket av psykofarmaka, tvang og politibruken som skjer i helsevesenet reduseres dramatisk. Vi ser at det finnes mange gode løsninger som ikke er tatt i bruk. Hvite Ørn er en sterk pådriver for gode løsninger og en aktiv pådriver for at helsevesenet overholder menneskerettighetene og tar i bruk mange flere alternativ behandlingsformer (Hvite Ørn 2015).*

Den prisvinnende vitenskapsjournalisten Robert Whitaker satte i 2010 søkelyset på medisinindustrien gjennom den populærvitenskapelige boken *En psykiatrisk epidemi* –

*Illusjoner om psykiatriske legemidler*, som utkom på det norske markedet i 2014. Her forteller han om et samfunn som i løpet av de siste femti årene har blitt illusjonert til å tro at årsakene bak psykiske sykdommer har blitt avdekket, og at legemiddelindustrien har det som skal til for å reparere dette. Denne illusjonen har gjennomsyret samfunnet vårt, og han beskriver det treffende når han sier at «beviset for vår klokkeetro avleses i vårt konsum» (Whitaker 2014:24).

Whitaker (2014) forteller videre om uttalelser fra legemiddelindustrien som; «Vi har veldig effektive og trygge behandlings-metoder for en lang rekke psykiatriske lidelser» og «utviklingen av effektive medikamenter har revolusjonert behandlingen av psykiske lidelser». Det er her forfatteren presenterer den store gåten;

*Hvis fremskrittene i behandlingene er så store, burde vi ikke da forvente oss at det relative antallet personer med alvorlige psykiske lidelser i USA ville ha sunket tilsvarende de siste femti årene?* (Whitaker 2014:25).

Vi leser videre at etter at Prozac og øvrige annengenerasjons psykofarmaka kom på markedet, har økningen i antallet alvorlig psykisk syke skutt ytterligere i været. Det ser også ut som om denne «epidemien» også har spredd seg til barna, og forfatteren stiller seg spørsmålet; Hvordan det kan ha seg at psykiske lidelser stadig blir et større problem, når vi har behandlinger / medisiner som effektivt retter seg mot dem? (Whitaker 2014:26).

Ser vi på statistikken så poengterer Whitaker (2014) videre med at etter at Prozac ble innført i 1987 har antallet uføretrygdete psykisk syke i USA mer enn fordoblet seg, og det er 7 ganger så høyt som i 1955. Han sier videre at denne «pesten» også har spredd seg til barna, i samme perioden steg antallet uføre psykisk syke barn hele 45 ganger. Norske tall opererer med nesten det samme, her økte bruken av antidepressiva hos ungdom mellom 15 og 19 år, med nesten 50 % fra 2004 til 2013 (Whitaker 2014:28-30). «Mye tyder på at det er for mange som bruker psykofarmaka. I 2005 brukte omtrent 7 % av voksne nordmenn antidepressiver» (Aare 2010:37). Så påpeker han videre at det er ofte legemiddelstanden eller de med patenterte psykoterapier som skaffer midlene til studiene de evidensbaserte tilnærmingene bygger på (Aare 2010:48).

I *Perspektiver på psykisk lidelse* skriver Haugsgjerd m.fl. (2009) at det nå også reises advarsler mot et overforbruk av medisiner ved depresjoner og angst, selv blant fagpersoner svært engasjert i den biologiske dreiningen innen psykisk helsevern. De retter også kritikk mot legemiddelindustriens offensive markedsføring, der de vil kurere sosial usikkerhet med en «lykkepille» (Haugsgjerd m.fl. 2009:26).

Foucault (1976/98) fremhever at for å forstå medisins makt i samfunnet, er det sentralt å kjenne til medisinsk vitenskap og kunnskapsgrunnlag. Det er den medisinske profesjonen som sitter med herredømmet, dette over andre forståelsesformer som blant annet folkemedisinen. Medisinen har opparbeidet seg en enorm betydning, prestisje og makt i samfunnet (Norvoll 2001:113). Ekeland (2007) snakker om placeboeffekten, og han sier at; «I vår kultur er pillen eit sterkt symbol som skaper håp om lindring og læking» (Ekeland 2007:35). I sin artikkel *Placebofenomenet – hvordan kan det forstås?* sier han at;

*Når placebo virker, er det fordi noe gir mening, ikke fordi noe er kausalt eller sant i empirisk forstand. Empirien om placebo er et vitnesbyrd om at kroppen ikke bare kan betraktes som et lukket biologisk system, den må sees som et system som er innvevd i kommunikasjon med sine kulturelle omgivelser. Selv om de paradigmatisk konsekvensene av dette er utfordrende, er de praktiske konsekvensene ikke annet enn å gi "legekunsten" den status den fortjener – ikke som alternativ til vitenskapelig medisin, men som nødvendig del av optimal behandling (Ekeland 2000).*

«Man skal ikke kimse av håpet», sa min kreftsyke søster stadig til meg, «uansett hva legene sier som skjer, vil jeg ikke vite! Gi meg sukkerpiller, si det er medisin!». Mens jeg leser denne forskningsartikkelen går det opp for meg hvor optimistisk og kjempende hun var. Der og da forstod jeg ikke hvor viktig håpet var for henne i sykdomsprosessen, men det går opp for meg etter hvert som Ekeland (2000) slår i bordet med at fenomenet placebo er en vekker for den medisinske vitenskapen. Den beviser nemlig at det mentale, hjernen og kroppen vår «navigerer i en mer sømløs verden enn den vi har skapt og oppdelt i våre ulike kunnskapsdepartementer» (Ekeland 2000). Arnhild Lauveng (2011) forteller det så greit når hun sier at for noen mennesker, noen ganger, er det greit og rett å bruke medisiner. Hun poengterer at;

*Da handler det ikke om å «dope seg», heller ikke om ikke å «være flink nok til å klare seg uten medisiner», men ganske enkelt om at folk er forskjellige og situasjoner er forskjellige. Og hvis du og behandleren din er enige om at dette er det beste for deg nå, ja da er det kanskje det, og ikke noe noen andre har noe med å kommentere (Lauveng 2011:283).*

### **4.3 Psykisk helsearbeid**

Karlsson og Borg (2013) sier at begrepet psykisk helsearbeid kommer fra beskrivelsen av arbeidet som skal gjøres i Opptrappingsplanen. Denne betegnelsen skal brukes siden helsetjenesten vil løsrive seg fra den medisinske spesialiteten psykiatri, og åpne opp for et mere helhetlig menneskesyn og et bedre og mer gjennomgripende tverrfaglig samarbeid (Karlsson og Borg 2013:21). Haugsgjerd m fl. (2009) sier at fagfeltet åpner slik opp for nytenkning og et *perspektivskifte*, der fokuset fremover kanskje blir på å synliggjøre teoretiske perspektiver, og konsekvensene disse har i behandlingen som gis? Den norske filosofen Åge Wifstad (1997), peker her på et fravær av diskusjoner om perspektiver / perspektivvalg innen psykisk helsevern (Karlsson og Borg 2013:22). Også Aare (2010) snakker her om de viktige spørsmålene, som hvilket perspektiv vi skal ha til andre menneskers lidelser? Og hvilke holdninger skal de møtes med? Dette er spørsmål om verdier, det vil slik bli en diskusjon der vitenskapen ikke vil ha en privilegert posisjon (Aare 2010:13).

I *Mellom mennesker og samfunn* leser vi at bemyndiggjørelse betyr ikke at den profesjonelle skal slutte å hjelpe brukeren, men poenget her er at i stedet for å ha fokuset på problemer, skal man fokusere mere på ressurser (Hem 2001:67). Tendensene innen endringsarbeid er at der man tidligere pekte på problemene, er det nå et større fokus på å se løsninger. Tilnærmingen har endret seg fra å være problem- til løsningsfokusert, og tankegangen her er; «Vi kan ikke direkte påvirke et annet menneske. Vi kan invitere de andre inn i samspill med oss» (Haaland 2005:11). Dette ble også beskrevet av den nå avdøde norske psykiateren Tom Andersen (1999) da han sa at alt er basert på samarbeid, han sier at det er vår oppgave å legge til rette for at den hjelpesøkendes ressurser kan komme i bruk. Dette skjer gjennom anerkjennelsen i at det er personen selv som sitter med



løsningen, og man sammen jobber for å finne konkrete bidrag som kan være til hjelp (Karlsson og Borg 2013:38).

Dette synet på å være løsningsfokusert finner vi blant annet hos dr.med. Wilhelmsen (2000), som stiller spørsmålet om vi må vite den underliggende årsaken til et psykisk problem for å mestre det? Hans holdning her er at en god sykehistorie er grunnlaget for å forstå personen med vanskene, og opplysningene er viktige som bakteppe for samtaler (Wilhelmsen 2000:22). Tendensen er at hjelpearbeid også innen psykisk helse går fra det tradisjonelle problemfokuserede over til å bli mere løsningsorientert, og vi leser i forordet til *Klienten – den glemte terapeut* at;

*Psykoterapiens historie kan beskrives som en jakt på den hellige gral – spesifikke teknikker eller modeller som med stor sikkerhet skaper endring. Trass i at denne jakten har pågått i mange år, kan en ikke på psykoterapifeltet skryte av én tilnærming som tydelig utmerker seg fremfor andre. Dessverre har denne opptattheten av modeller fått feltet til å glemme hvilke roller klienten spiller i endringsarbeid (Duncan 2007:19).*

Denne kritikken mot medisinsk modell, med sin urokkelige tro på sitt fagfelt, ser ut til å bli utfordret i perspektivskiftet. Karlsson og Borg (2013) sier at man i dagens psykiske helsearbeid retter fokuset mot samspillet i faktorer mellom fagperson og deltaker, dette innenfor en samarbeidende relasjon. Vektleggingen er på et godt og respektfullt emosjonelt bånd, der fagperson og deltaker er enige om målet, og oppgavene man må utføre for å komme dit (Karlsson og Borg 2013). Jeg vil nå peke på noen av de nye tendensene innen psykisk helsearbeid, sammenligne ny og gammel modell, og se på noen av konsekvensene dette vil gi.

#### **4.3.1 Bedring / recovery**

I *Hva hjelper?-Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer* skriver Alain Topor (2006) om begrepet bedring, som et bevisst valgt begrep brukt av brukerorganisasjonene. Savnet etter beskrivende uttrykk mennesker med psykiske vansker kan kjenne seg igjen i, har medført en fokusering på terminologien. Og med innføringen her av begrepet bedring,

ønsker de å sette fokuset på individets egeninnsats (de er selv ansvarlige for bedringen), man ser hele mennesket (bedring innebærer at individet blir herre over ulike funksjoner), og innføringen av makt over sin egen bedringsprosess (Topor 2006:17-19). Alt er en prosess, vi «mennesker utvikler seg hele tiden. Med denne utviklingen følger det både opp- og nedturer» (Topor 2006:21). William Anthony (1993) definerer recovery / bedring slik:

*Bedring beskrives som en dyp, personlig, unik endringsprosess som gjelder egne holdninger, verdier, følelser, mål og/eller roller. Det er en måte å leve et tilfredsstillende, forhåpningsfullt og konstruktivt liv på, selv innenfor den begrensende rammen sykdommen skaper. Bedringen krever at man utvikler en ny mening med livet og nye livsmål, samtidig som man legger den mentale sykdommens katastrofale effekter bak seg (Topor 2006:19).*

Iversen (2013) skriver at i Veileder (2015) står det at bedringsprosesser / recovery er et nytt faglig paradigme, dette har blant annet satt sitt ideologiske preg i Opptrappingsplanen. Videre sier Borg og Topor (2003); Davidson (2003); Jensen (2004); Borg (2007) at man her går bort fra det tradisjonelle synet på at mennesker med alvorlig psykiske lidelser er «kronikere», dette med støtte i forskning som viser at mange i denne gruppen opplever bedring / kommer seg. Topor (2002) sier at den avgjørende aktøren i denne bedringsprosessen er brukeren selv, og veiene til bedring kan være like forskjellige som brukerne selv (Iversen 2013:47-48). Iversen (2013) sier så at recovery på mange måter er knyttet til et relasjonelt menneskesyn; «Mennesket står hele tiden i endrings- og utviklingsprosesser – i relasjoner til seg selv og andre. Disse relasjonelle prosessene fører oss til ulike «steder»» (Iversen 2013:48). Vi ser her at det er en dreining fra medisinsk modell, over til en motkultur.

Om hjelpeapparatet sier Topor (2002) at det i dette perspektivet kan fungere så vel undertrykkende / problemskapende som oppbyggende, og at nøkkelen til bedring kan man like godt finne i hovedpersonens kjæledyr, økonomiske situasjon, familie og så videre. Topor (2005) sier videre at en ny profesjonalitet fremheves her, dette spesielt når det kommer til nærhet og distanse, arbeidstider, arenaer man jobber i, personlig engasjement og gjensidighet i relasjoner (Iversen 2013:47-48). Perspektivskiftet vi står i nå vil slik også kreve endringer relasjonen mellom profesjonell og bruker;

### 4.3.2 Relasjonen mellom profesjonell og bruker

Lisbet Borge (2006) skriver i *Psykisk helsearbeid i nye sko* at tidligere fagutøvelse innen psykisk helsearbeid var basert på paternalismen og den tradisjonelle ekspertrollen. Med forflytningen av hjelpearenaen fra institusjonene over til brukernes hjem, vil relasjonen mellom profesjonell og bruker bli i fokus, og også bli mere symmetrisk enn i en medisinsk modell. Dette innebærer et fokus på brukernes meninger om det gode liv, og fordrer slik en ivaretagelse av den enkeltes autonomi (Borge 2006:48).

Videre forteller Borge (2006) at nøkkelen i den nye hjelpekunsten er knyttet til tenkningen til pedagogen Paulo Freire, der han definerer læreren som en medvandrer.

Endringsprosesser og læring skjer først og fremst hos brukeren selv, gjennom bevisstgjøring. Denne empowerment-tenkningen fordrer slik et brudd med den tradisjonelle ekspertrollen, men en inngåelse av et jevnbyrdig partnerskap (Borge 2006:48). Iversen (2013) skriver også om dette da han sier at denne nye faglige tenkningen bygger ned avstanden / kløften mellom profesjonell og bruker. Brukerne jobber etter selvorganiseringsprinsippet, det vil si at makten og kraften til terapeutisk bedring lokaliseres til brukerne selv, effekten av dette blir da at det vil ikke finnes en egen «recoveryterapi» (Iversen 2013:48). Slik jeg ser det er det her store sannsynligheter for at spenninger kan oppstå; Vil en sterk profesjon, som har bygget sin ekspertise etter den medisinske modellen, takle overgangen og utjevningen som nå skjer? Vil de godta at kløften jevnes ut, og at brukerne blir ekspertene i sin bedringsprosess?

*En recoveryorientert tenkning og praksis i behandlingsapparatet forutsetter fagfolk med ansvar for, myndighet og kompetanse til å jobbe med et mangfold av individuelt tilrettelagte og uforutsette, «uplanlagte» tiltak. Denne ideologien bidrar til å trekke tenkningen om psykisk helsearbeid i nye retninger – bort fra det medisinske og i retning en relasjonell og transformativ grunnorientering, med de følger dette har også med tanke på organisering og ledelse (Iversen 2013:48).*

Iversen (2013) peker videre på en diffushet i Opptrappingsplanen, og han sier «Opptrappingsplanen var ikke konsistent når det gjelder faglige og organisatoriske forutsetninger og føringer, og pekte slik i ulike retninger» (Iversen 2013:69). På den ene

siden har vi recoverytenkningen, som forutsetter fagfolk med myndighet, ansvar for og kompetanse til å jobbe med individuelt tilrettelagte og uforutsette tiltak. En slik ideologi fordrer nytenkning. På den andre siden har vi lokalbasert psykisk helsearbeid, der videreutdanningene i psykisk helsearbeid har en fot i psykiatri-leiren (Iversen 2013:49). Her er Aare (2010) inne på det samme der han sier «de grunnleggende problemene i feltet vårt blir ikke løst av at vi erstatter leger med psykologer eller sykepleiere» (Aare 2010:87). Han kommer videre med sterke uttalelser der han sier at det er trist at de viktigste impulsene til forbedringer ikke lenger kommer fra fagmiljøet, men fra brukerne, brukerorganisasjonene, politikere og byråkratiet. Han poengterer med at «vi nærmer oss et veiskille der vi må ta stilling til hvilken retning vi vil følge videre» (Aare 2010:17).

Brukerne / pasientene har ofte forventninger til hjelpeapparatet, om dette bygger på det tradisjonelle ekspertsynet kan det i følge Askheim (2003) «skape ulike konflikter og dilemmaer» (Borge 2006:48). I perspektivskiftet innen psykisk helsearbeid kan dilemmaer slik oppstå; Der man tidligere fokuserte på sykdommen og behandlingstiltak, blir brukeren nå møtt med et fokus på sin livshistorie og egenkontroll. For en pasient som forventer førstnevnte kan det kanskje oppleves skremmende? Vatne (1998) forklarer her at;

*For pasientene innebærer det paternalistiske perspektivet en rett til hjelp, samtidig som det gir håp og trygghet i situasjonen. Pasienten er fritatt fra en rekke forpliktelser og ansvar. En kan derfor heller ikke vurdere og sanksjonere den syke eller avvikende utfra moralske kriterier (Vatne 1998:60).*

Et annet aspekt ved normaliseringsideologien som kan bli en utfordring, er at «når idealet er at alle skal leve et selvstendig liv, innebærer det et signal om at det å være avhengig og sårbar er negativt» (Borge 2006:43). For brukerne kan normaliseringstanken oppfattes som nye krav, og stigmatiseringen kan bli sterkere. Askheim (2003) sier her at spenningen oppstår mellom den normative vinklingen «på hva som anses som normalt, og frihet for den enkelte til å definere rammene for sitt eget liv» (Askheim 2003:24).

Jeg var nylig på et seminar holdt av interesseorganisasjonen Forandringsfabrikken, der en av proffene delte med oss at det som skapte en endringsprosess i han var at han møtte en i hjelpesystemet som gav litt av seg selv. En hjelper som ikke lot notatblokken være en livbøye i en vanskelig situasjon, men som «måtte ta litt notater, for jeg er så glemsk» (Sitat

fra en proff i Forandringsfabrikken på foredrag ved Høyskolen i Molde høsten 2015). Videre brukte proffen store ord som ærlighet og kjærlighet. Dette bringer debatten om behandlerinvolvering frem. Og vi leser i *Stykkevis og delt* at for enkelte brukere var det behandlernes engasjement og involvering utover det vanlige, det som frembrakte de store positive endringene i behandlingen. Dette understøttes i litteratur av blant annet Austrem (1999) og Robberstad (2002). Dette synet på behandlerinvolvering står i et motsetningsforhold til den gjeldende normen i dag, medisinsk modell, der profesjonell distanse regnes som viktig (Rådet for psykisk helse 2004:38).

### **4.3.3 Pårørende og nettverket**

Institusjonaliseringen innen psykisk helsevern har vært ute for hard kritikk, et av områdene som har blitt kritisert er hva det gjør med brukerne å være isolert fra samfunnet; Goffman (1961) mente at gjennom krenkelser av brukerne innenfor institusjonen mistet de troen på seg selv. Videre mente han at langvarige institusjonsopphold kunne føre til dekulurasjon, på grunn av manglende sosial trening ble innlagte mer uegnet til å mestre dagliglivet når de kom ut (Norvoll 2001:100). Karlsson mfl. (2008) forteller om den omfattende desentraliseringen av psykiske helsetjenester, denne er i tråd med WHO's helsepolitiske strategier. Det som vektlegges nå er hjemmebaserte tilbud, lokal tjenesteutvikling og strategier for sosial inkludering (Karlsson og Borg 2013:130).

I Omsorg 2020, som er regjeringens plan for omsorgsfeltet for 2015-2020, leser vi at hovedmålet er at brukerne skal få større innflytelse over egen hverdag gjennom større valgfrihet. Målsettingen er en helse- og omsorgstjeneste som bidrar til at tjenestemottakerne (brukerne) får ivaretatt sine grunnleggende behov, samt et aktivt og godt liv i fellesskap med andre. De pårørende spiller her en stor rolle, og deres situasjon skal styrkes gjennom tilbud om avlastning, støtte og faglig veiledning (Helse- og omsorgsdepartementet 2015:6). Aare (2010) nevner her at pasientenes pårørende etterspør tiltak, og de er misfornøyde med at helsepersonellet ikke involverer dem i stor nok grad (Aare 2010:33).

Denne satsingens viktighet blir støttet av Borg og Topor (2000) og Seikkula (2000), som sier at stabile relasjoner, herunder pårørende og nettverk, «har viktige virkninger og funksjoner som er avgjørende for langtidsprognosen ved alvorlig psykisk lidelse» (Rådet for psykisk helse 2004:37). Videre skriver rådet at pårørende erfaringer viser at det «ikke sjeldent forekommer at pårørende aktivt holdes utenfor behandlingen» (Rådet for psykisk helse 2004:37). Aare (2010) poengterer videre med at det som fører til god helse er ressurser, opplevelse av mening og sammenheng i tilværelsen, tilhørighet og opplevelse av fellesskap (Aare 2010:33).

#### 4.3.4 Menneskesyn

Vi leser i Opptrappingsplanen at;

*Et varmere og mer menneskelig samfunn bygger på mennesker som viser medmenneskelighet, har omsorg for de svakeste, tar ansvar for hverandre, for miljøet og for kommende generasjoner (NOU 1997-98:kapittel 1.2).*

Karlsson og Borg (2013) kommer med påstanden om at Opptrappingsplanen er et grunnleggende ideologisk prosjekt, da man kan lese følgende; «En person med psykiske problemer må ikke bare sees som en pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd» (s.2). Videre sier de at «den inviterer oss til å forstå mennesket, dets psykiske helse og kunnskapen om disse forholdene på en annen og langt mer utvidet måte» (Karlsson og Borg 2013:29). Dette menneskesynet blir av Røkenes og Hanssen (2002) beskrevet som *holisme*, det vil si helhetstenkning;

*Å møte hele personen innebærer å ta hensyn til både fysiske, følelsesmessige, tankemessige og sosiale forhold, og å se på personen som et menneske eller subjekt og ikke en ting eller et objekt (Røkenes og Hanssen 2002:144).*

Bøe og Thomassen (2007) snakker om en «Skjervheimsk måte» å forstå dialog på, at det er viktig å bringe denne med seg gjennom perspektivskiftet, og inn i psykisk helsearbeid. Den norske filosofen Hans Skjervheim (1996) nevner psykologers objektivisering i klientmøter,

der fokuset er å tolke eller forklare for pasienten, istedenfor å ta den andres meninger opp til ettertanke og diskusjon. Han kaller denne objektiveringen for en angrepsholdning, og der denne holdningen dominerer blir dialog vanskelig; I møtene med hjelpetrequende er fagpersonene tilskuere, dette ved at en setter seg i en metaposisjon i forhold til den andre (Bøe og Thomassen 2007:42-43). Psykologenes objektive holdning i klientmøtene kommer slik skeivt ut i forhold til de ideologiske føringene i Opptrappingsplanen som Karlsson og Borg (2013) pekte på i kapitlets første avsnitt.

#### 4.3.5 Synet på sykdom og helse

Tidligere i oppgaven gjorde jeg noen spede forsøk på å vise til definisjoner på psykisk helse. Etter hvert som jeg leser ser jeg at årsaken til at det er vanskelig å definere er ifølge Gadamer (1990) helsens gåtefulle natur, for når vi er ved god helse er den ikke tema for oss. Da tar vi den for gitt, og det er først når den blir problematisk for oss at den blir et tema. Slik blir helsen definert ut fra det som *ikke* er helse, det blir forstått gjennom sin motsetning (Lorem 2006:33).

Videre sier filosof og førsteamanuensis Geir Lorem (2006) at innen psykiatrien er sykdomsbegrepet problematisk. Man snakker heller om forstyrrelser eller lidelser, og viser til at grunnene til dette er mange; Etske / samfunnsmessige på grunn av faren for stigmatisering, klinisk på grunn av fiksering av innfallsvinkel og medisinsk på grunn av den sterke kausale forbindelsen. Til tross for dette ligger en sykdomsforståelse til grunn i forklaringsmodeller og behandling, noe som er med på å skape et uryddig bilde av situasjonen i dag (Lorem 2006:33).

Karlsson og Borg (2013) representerer bedrings- / recoverymodellen når de sier at «vi legger til grunn at vi ikke er enten syke eller friske» (Karlsson og Borg 2013:19). Dette synet på helse bygger på Antonovskys (1987) prinsipp om salutogenese;

*Antonovsky (1987) skisserer gjennom grunnleggende antagelser om helse forskjellen på salutogenese og patogenese. Salutogenese definerer helse som et kontinuum (grader av helse) og står for en kreativ utforskning av faktorer som kan skape en høyere grad av helse. Patogenese derimot klassifiserer mennesker som*

*syke eller friske. Videre er personens historie viktigere i salutogenese enn diagnosefokuset som er sentralt i patogenesen. Salutogenesen forstår stress som potensielt helsefremmende, mens en i patogenesen ser på stress som sykdomsskapende. Salutogenese vektlegger bruken av eksisterende og/eller potensielle motstandsressurser, mens patogenesen utelukkende fokuserer på å minisere risikofaktorene.*

#### **4.3.6 Evidens- kontra erfaringsbasert kunnskap**

Hansen og Rieper (2009) skriver at begrepet evidens har fått økt interesse de senere år. Det har nærmest blitt et honnørord, og vi finner blant annet evidensbasert politikk, praksis, ledelse, medisin og utdanning. Evidensbasering handler i bunn og grunn om å utarbeide politikk, praksis, etc. med best mulig viten om hvilke instanser som virker (Hansen og Rieper 2009:17). Iversen (2013) forteller at evidensbasert medisin og praksis (EBMP) baserer sin kunnskap og evidens fra forskningsresultater, dette fra randomiserte og kontrollerte studier. Gullestad (2003) og Martinsen (2009) sier at EBMP virker styrkende inn på «den medisinske kunnskapen i psykiatrien, altså kunnskap om problemer og lidelse klassifisert og forstått i «objektive» sykdomskategorier» (Iversen 2013:47).

Borg (2009) sier at et dilemma som oppstår innen psykisk helsevern, er; På den ene siden skal fagfolkene og lederne humanisere tjenestene og gjøre de mer personorienterte, på den andre siden skal kravene til NPMs rammebetingelser for kvalitetskontroll og standardiserte retningslinjer (basert på evidensbasert praksis) oppfylles. I denne sammenheng har Tor-Johan Ekeland (1999) «stilt spørsmålet om evidensbasert praksis skal betraktes som kvalitetssikring eller som et instrumentelt mistak» (Borg 2009).

Ekeland (2014) har lenge engasjert seg mot kravene til evidens i helsevesenet. Han sier videre at «det ikke nytter å basere seg på gjennomsnittverdier når man skal behandle pasienter, for gjennomsnittspasienten finnes ikke» (Collett 2011). Han skriver at det er ein interessant historisk observasjon, som blant annet Foucault (1973) har gjort seg, at «samstundes som kategoriane grip forklarande inn, svinn også verdien av å ta for gitt menneskeleg mangfald og variasjon» (Ekeland 2014). Også Aare (2010) er kritisk når han sier; «Tanken om at spesifikke metoder hjelper mot spesifikke problemer, gjennomsyrrer



den evidensbaserte medisinen – uavhengig av hvilke metoder som studeres» (Aare 2010:42).

Jeg vil avrunde dette kapitlet med noen ord av tidligere schizofrenipasient og psykolog Arnhild Lauveng (2005) sin bok *I morgen var jeg alltid en løve*, for slik å vise til mangfoldet og variasjonene menneskene som ferdes i vårt psykiske helsevern representerer;

*Jeg tror ikke at min historie er noe annet enn min historie. Den er ikke nødvendigvis sann for alle. Men det er en annen historie enn den historien som vanligvis tilbys mennesker med en schizofrenidiagnose, og derfor synes jeg det er viktig å fortelle den. Da jeg var syk, gav de meg bare en historie. De sa jeg var syk, at det var medfødt, at det ville vare hele livet, og at jeg bare måtte lære meg å leve med det. Det var ikke en historie som gav meg mot og styrke og håp. Det var ikke en historie som gjorde godt. Og, i mitt tilfelle var det heller ikke en sann historie. Men det var den eneste historien jeg fikk.*

*... Fasiter passer ikke i mattestykker, ikke i virkeligheten. Derfor er ingen av disse historiene den ene, store, allmenngyldige Sannheten. Men alle historiene er sanne (Lauveng 2005:14).*

## 5.0 AVSLUTNING

Gjennom arbeidet med bacheloroppgaven har jeg opparbeidet meg en hel del ny kunnskap om et tema jeg var veldig usikker på. Samtidig med denne nye faglige forståelsen, vokste altså min forankring innen kritisk vitenskap. Nå, ved oppgavens avslutning, ser jeg at jeg igjen er tro mot mitt syn om å ha en grundig gjennomlysning av temaer jeg nærmer meg. Samt at det aldri lønner seg å bli for sikker i en sak, da de fleste saker har flere sider og nyanser. Så resultatet av min oppgave munner dermed ikke i en konklusjon, men den handler heller om en belysning. Gjennom å ta opp til debatt det jeg kaller «diffuse strømninger» innen psykisk helsevern, setter vi et viktig tema opp på agendaen.

Denne store diskusjonen, dette perspektivskiftet om du vil, handler i bunn og grunn om noe så enkelt som hvordan vi skal manøvrere oss frem til sammen? Hvordan jobbe tverrfaglig innen psykisk helsevern? Hvordan skal vi bli gode medvandrere, og hva vil det si å være en medvandrer? Brukermedvirkning er kommet for å bli, men medvirker hjelperne til det?

Innledningsvis snakket jeg om sitatet til Nietzsche; «Og de som ble sett dansende, ble sett på som gale av de som ikke kunne høre musikken». Dette vil jeg fortsette å ha med meg i min kommende utøvelse som medvandrer; Hvordan minske dette gapet mellom «hjelper» og «bruker»? Hvordan tune inn på samme kanal, og er det i det hele tatt mulig? Noe jeg personlig brenner for, er åpenhet. Budskapet til tidligere nevnte Forandringsfabrikken om kjærlighet traff meg rett i hjertet. Jeg vil avslutte med en ideologisk appell i et blogginnlegg av komiker Rigmor Galtung fra NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid;

*Jeg er overbevist om at det bare er gjennom å dele erfaringer og tanker med andre at man virkelig kan forstå og se at man aldri er alene, at man hører til. Vi er alle egentlig små, skjøre, men også fantastiske skapninger i en tidvis hard og kald verden, både den vi har på innsiden og den vi forholder oss til der ute hver dag! (Galtung 2016).*

## Litteraturliste

\*Aadland, Einar (2011). «Og eg ser på deg...» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Aare, Trond F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.

Anda, Liss Gøril (2013). Mord, galskap og løver – schizofreni i norske aviser. Fagartikkel i *Psykologi - Tidsskrift for norsk psykologforening*, nummer 50, 2013. Tilgjengelig via nett: <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2013/1154-1162.pdf> (lastet ned mai 2016).

\*Askheim, Ole Petter (2003). *Fra normalisering til empowerment – Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bang Nes, Ragnhild og Jocelyne Clench-Aas (2011). *Psykisk helse i Norge - Tilstandsrapport med internasjonale - Sammenligninger*. Rapport 2011:2. Tilgjengelig via nett: <http://www.fhi.no/dokumenter/960011f100.pdf> (lastet ned mai 2016).

Borg, Marit (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. Artikkel i *Psykologi - Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 46, nummer 5, 2009. Tilgjengelig på nett: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=79458&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=79458&a=2) (lastet ned mai 2016).

Borg, Marit (2009). Intet om oss uten oss, kapittel 2. I Borg, Marit og Kristjana Kristiansen (red.). *Medforskning – å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Borge, Lisbet (2006). Det gode liv, kapittel 2. I Almvik, Arve og Lisbet Borge (red.). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.

Botslangen, Anne Madeleine (2015). *Den psykiatriske pasient – En begrepshistorisk studie*. Oslo: Universitetet i Bergen.

Bøe, Tore Dag og Arne Thomassen (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid – Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Clairmont, Nicholas (2016). "Those Who Do Not Learn History Are Doomed To Repeat It." *Really?* Debattinnlegg på BigThink. Tilgjengelig på net: <http://bigthink.com/the-proverbial-skeptic/those-who-do-not-learn-history-doomed-to-repeat-it-really> (lastet ned mai 2016).

\*Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgave-skriving for studenter*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Duncan, Barry L. (2007). Forord i Ulvestad, Asbjørn Karki, Arne Kristian Henriksen, Anne-Grethe Tuseth og Tor Fjeldstad (red.) *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eidsvik, Inger Mari (2016). Medisinfrie behandlingalternativer. Kronikk datert 25/2-2016 i *Erfaringskompetanse.no – Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse*. Tilgjengelig via nett: <http://www.erfaringskompetanse.no/nyheter/medisinfrie-behandlingalternativer/> (lastet ned mai 2016).

Ekeland, Tor Johan (2000). Placebofenomenet – hvordan kan det forstås? Artikkel i *Tidsskriftet Den norske Legeforening* (Nr. 25 – 20. oktober 2000). Tilgjengelig via nett: <http://tidsskriftet.no/article/195778/> (lastet ned mai 2016).

Ekeland, Tor-Johan (2007). Kommunikasjon som helseressurs, kapittel 2. I Ekeland, Tor-Johan og Kåre Heggen (red.)(2007). *Meistring og myndiggjering – Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekeland, Tor-Johan (2011). *Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern*. Artikkel utgitt av Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. 2011: 1.

Ekeland, Tor Johan (2014). Psykiatridiagnoser – ein kunnskapskritikk. Artikkel i *Psykologi – Tidsskrift for norsk psykologforening* (Vol 51, nummer 9, 2014, side 715-722).

Tilgjengelig via nett: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=427829&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=427829&a=3)  
(lastet ned mai 2016).

Ericsson, Kjersti (1995). *Den tvetydige omsorgen. Sinnsykevesenets utvikling – et sosialpolitisk eksempel*. Oslo: Universitetsforlaget.

Flaten, Birgit (2015). *Psykisk helse?* For Amendor AS via NDLA. Tilgjengelig via nett: <http://ndla.no/nb/node/67705> (lastet ned mai 2016).

Forandringsfabrikken.no (2015). *Om oss*. Tilgjengelig på nett: <http://www.forandringsfabrikken.no/om-oss/> (lastet ned april 2016).

Forskningsrådet (2009). *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo: Norges Forskningsråd.

Foucault, Michel (1973). *Galskapens historie*. Trondheim: Gyldendal.

Galtung, Rigmor (2016). Det handler om å dele. Blogginlegg datert 29/4-2016 på *NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. Tilgjengelig via nett: <http://www.napha.no/content/20699/Det-handler-om-a-dele> (lastet ned mai 2016).

\*Haaland, Kirsti R. (2005). *LØFT og narrativer i profesjonelle samtaler*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Hansen, Hanne Foss og Olaf Rieper (2009). Evidensbevegelsens rødder, formål og organisering, kapittel 2. I Grimen, Harald og Lars Inge Terum (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Helgesen, Leif A. (2011) *Menneskets dimensjoner – lærebok i psykologi*. 2. utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2008*. Artikkel datert 26.05.09. Tilgjengelig via nett: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-199/id274864/> (lastet ned mai 2016).

Helse og omsorgsdepartementet (2015). *Omsorg 2020 - Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015 -2020*. Tilgjengelig via nett: [https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg_2020.pdf) (Lastet ned mai 2016).

\*Hem, Hans-Einar (2001). Profesjoner (kapittel 2). I Brodtkorb, Elisabeth, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa (red.) (2001). *Mellom mennesker og samfunn – Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Henriksen, Jan-Olav og Arne Johan Vetlesen (2006). *Nærhet og distanse – Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hesselberg, Jan-Ole (2016). Vi trenger fortsatt diagnoser på psykiske lidelser. Artikkel på *Psykologisk.no* (16 april 2016). Tilgjengelig via nett: <http://psykologisk.no/2016/04/vi-trenger-fortsatt-diagnoser-pa-psykiske-lidelser/> (lastet ned mai 2016).

Hvite Ørn – Interesse- og brukerorganisasjon for psykisk helse (2015). *Fakta om psykisk helse*. Tilgjengelig via nett: <http://hviteorn.no/fakta-om-psykisk-helse/> (lastet ned mai 2016).

Iversen, Hans Petter (2013). *Logistikkerfaringer i psykiatri og psykisk helsearbeid: Om forståelse, organisering og ledelse av relasjoner i en profesjonell organisasjon i omstilling*. Molde: EKH Trykk AS.

Karlsson, Bengt og Marit Borg (2013). *Psykisk helsearbeid – humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kjos, Svein Andreas og Ellen Wennevold Aas (2008). *Helt alminnelig galskap – En oppslagsbok over psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Langeland, Eva (2011). Salutogenese - teori og praksis. Artikkel publisert 15/6-2011. I *NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. Tilgjengelig via nett: <http://www.napha.no/content/14219/Salutogenese---teori-og-praksis> (lastet ned mai 2016).

Lauveng, Arnhild (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: J.W. Cappelen Forlag AS.

Lauveng, Arnhild (2011). *Noe mye mer annet – Ungdom og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lorem, Geir (2006). *Samspill i psykisk helsearbeid – Forståelse, kommunikasjon og samhandling med psykisk syke*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Lorentzen, Håkon (2007). *Moraldannende kretsløp – Stat, samfunn og sivilt engasjement*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Løkke, Per Are (2014). Jenters stumme raseri – i diagnosenes tidsalder. Artikkel i *Psykologi – Tidsskrift for norsk psykologforening* (Vol 51, nummer 9, 2014, side 767-772). Tilgjengelig via nett: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=428791&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=428791&a=2) (lastet ned mai 2016).

Malt, Ulrik (2009). *ICD-10 Kriterier ved klassifikasjon og diagnose av psykiske lidelser*. 13.2.2009. Store Medisinske leksikon. Tilgjengelig via nett: <https://sml.snl.no/ICD-10#menuitem3> (lastet ned mai 2016).

\*Norvoll, Reidun (2001). Makt og avmakt (kapittel 3). I Brodtkorb, Elisabeth, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa (red.) (2001). *Mellom mennesker og samfunn – Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

NOU (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998* St.prp. nr. 63 av Regjeringen. Tilgjengelig via nett:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1&q=>  
(lastet ned mai 2016).

NOU (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St. Meld. nr. 47 Tilgjengelig via nett:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (lastet ned april 2016).

\*Owren, Thomas og Sølvi Linde (red.) (2011). *Vernepleiefaglig teori og praksis – sosialfaglige perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Paasche, Kirsten Helene (2012). Hva er god psykisk helse? I *Mental Helse* 04 oktober 2012. Tilgjengelig via nett: <http://www.mentalhelse.no/fylkes-og-lokallag/nord-troendelag/lokallag/naeroey-og-vikna/nyheter/hva-er-god-psykisk-helse> (lastet ned mai 2016).

Ramsdal, Helge og Egil J. Skorstad (2004). *Privatisering fra innsiden – Om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.

\*Rønning, Rolf (2006). *Vårt politiske Norge – En innføring i stats- og kommunalkunnskap*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Rådet for psykisk helse (2004). *Stykkevis og delt – Om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid*. Oslo.

Sigstad, Hanne Marie Høybråten (2004). Brukermedvirkning – et alibi? *Spesialpedagogikk* nr. 4 – 2004.

Statistisk sentralbyrå (2016). <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra> (lastet ned mai 2016).

Topor, Alain (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget.



Utdannings- og forskningsdepartementet (2005). *Rammeplan for vernepleierutdanning*.

Tilgjengelig via nett:

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan\\_for\\_vernepleierutdanning\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf) (lastet ned mai 2016).

\*Vatne, Solfrid (1998). *Pasienten først? – Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*.

Bergen: Fagbokforlaget.

Vindegg, Jorunn (2009). Evidensbasert sosialt arbeid, kapittel 4. I Grimen, Harald og Lars Inge Terum (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Volden, Odd (2009). Kunnskap er makkt!, kapittel 2. I Borg, Marit og Kristjana Kristiansen (red.). *Medforskning – å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Oslo:

Universitetsforlaget.

Whitaker, Robert (2014). *En psykiatrisk epidemi – Illusjoner om psykiatriske legemidler*.

Oslo: Abstrakt forlag.

Wilhelmsen, Ingvard (2000). *Livet er et usikkert prosjekt*. Oslo: Pax Forlag AS.

\*Pensumlitteratur

