

Tilstedeværelse – en balansekunst

*Sykepleiernes opplevelser og erfaringer med tilstedeværelse
som nærværenhet i møte med pasientene*

Kari Margrethe Kepple



Masteroppgave i psykisk helsearbeid

HØGSKOLEN I HEDMARK

2010

Innhold

INNHold	2
NORSK SAMMENDRAG	5
ENGLISH SUMMARY	7
TAKK	9
INNLEDNING	10
1. PROBLEMSTILLING OG OPPBYGNING	11
2. BAKGRUNN OG INSPIRASJON	14
2.1 UTVIKLING AV FORSKERENS PERSPEKTIV	14
2.2 EKSISTENSIALISTISK PERSPEKTIV	15
2.3 DEN HERMENEUTISK-FENOMENOLOGISKE TILNÆRMING SOM HOLDNING PASIENTARBEIDET.	17
3. FENOMENET TILSTEDEVÆRELSE SOM NÆRVÆRENHET	21
3.1 BEGREPSAVKLARING.....	21
3.2 FENOMENER KNYTTET TIL TILSTEDEVÆRELSE OG NÆRVÆRENHET	22
3.3 DEN EKSISTENSIELLE DIMENSJON: VÆREN OG TID	25
3.4 MØTET SOM EKSISTENSIELL KATEGORI OG TERAPEUTISK UTFORDRING	26
3.4.1 <i>Det eksistensielle møtet</i>	26
3.4.2 <i>Det terapeutiske møtet</i>	30
3.4.3 <i>Utfordringene i møtet</i>	33
4. METODE	37
4.1 FORBEREDELSE	38
4.2 UTVALGSKRITERIER	39
4.3 TILLATELSE FOR GJENNOMFØRING	40
4.4 GJENNOMFØRING AV FOKUSGRUPPEINTERVJUENE	41
4.5 METODE FOR TOLKNING	42

4.6	ETISKE OVERVEIELSER	43
5.	RESULTATER.....	45
5.1	VILJE TIL Å VÆRE I MØTE	46
5.1.1	<i>Tilgjengelighet og tillit.....</i>	<i>46</i>
5.1.2	<i>Ta den andres perspektiv</i>	<i>47</i>
5.1.3	<i>Gripe mulighetene i situasjonen.....</i>	<i>49</i>
5.1.4	<i>Det hverdagslige samvær.....</i>	<i>49</i>
5.2	HENSIKTER OG MÅL	51
5.2.1	<i>Tidsperspektiv og målsetninger.....</i>	<i>51</i>
5.3	UTFORDRINGER OG FAGLIGE DILEMMAER.....	52
5.3.1	<i>Avhengighet versus trygghet</i>	<i>53</i>
5.3.2	<i>Premisser for samarbeid.....</i>	<i>54</i>
5.3.3	<i>Fastlåste posisjoner</i>	<i>56</i>
5.4	ROLLER OG RELASJONER.....	57
5.4.1	<i>Kjemi og allianse</i>	<i>58</i>
5.4.2	<i>Nyutdannede og erfarne.....</i>	<i>59</i>
6.	DISKUSJON.....	62
6.1	METODISK REFLEKSJON	62
6.2	IDEALER OG REALITETER	63
6.2.1	<i>Erfaringer med tilstedeværelse som nærværenhet.....</i>	<i>64</i>
6.2.2	<i>Strukturelle muligheter og hindringer for nærværenhet</i>	<i>66</i>
6.2.3	<i>Ideologiske hindringer for nærværenhet.....</i>	<i>72</i>
6.2.4	<i>Personlige utfordringer ved å tilby nærværenhet</i>	<i>75</i>
7.	KONKLUSJON OG KONSEKVENSER.....	82
7.1	KONKLUSJON	82

7.2 KONSEKVENSER FOR PRAKSIS, UTDANNING OG VIDERE FORSKNING..... 84

8. LITTERATURLISTE 86

24.206 ord

Norsk sammendrag

Forfatter: Kari Margrethe Kepple

Tittel: Tilstedeværelse – en balansekunst. Sykepleieres opplevelser og erfaringer med tilstedeværelse som nærværenhet i møte med pasientene.

Hensikt: Å bidra til en utvidet forståelse av tilstedeværelse som nærværenhet og hvordan sykepleierne opplever og erfarer tilstedeværelsen i møte med pasientene.

Bakgrunn: Tilstedeværelse er et sentralt fenomen i psykisk helsevern, som det imidlertid finnes lite forskning om. Tilstedeværelse er en forutsetning for profesjonell omsorg og dens kvalitet, men er likevel ofte bare implisitt i den faglige forståelsen og i den praktiske utøvelsen.

Metode: Tre fokusgruppeintervjuer inspirert av flerstegsfokusgruppeintervju med sykepleiere som arbeidet på psykiatriske rehabiliteringsavdelinger ved et Distriktpsikiatrisk Senter i perioden februar - april 2009. Hermeneutisk-fenomenologisk metode presenteres i den teoretiske delen av studien, og anvendes i den empiriske delen.

Funn: Studien bekrefter at tilstedeværelse som nærværenhet er viktig ved å gi sykepleierne mulighet til å sette seg inn i pasientens perspektiv, skape tillit og øke evnen til å være fleksibel i relasjon til pasienten. Sykepleierne beskrev utfordringer og faglige dilemmaer knyttet til avhengighet versus trygghet, premisser for samarbeid og fastlåste situasjoner. De beskrev ulike typer tilstedeværelse med forskjellige krav til rolleutforming, og la vekt på erfaring og balanse mellom å være medmenneske og fagperson i miljøterapien.

Konklusjon: Tilstedeværelsens viktigste forutsetninger og dilemmaer berører utfordringen i psykisk helsevern i forhold til økt brukermedvirkning og samarbeid bygget både på pasientenes erfaringskunnskap og sykepleiernes fagkunnskap. Dette forutsetter utvidet forståelse av tilstedeværelsens betydning i rammen av en faglig begrunnet miljøterapi, og en avdelingskultur der sykepleierne kan utvikle sine evner til selvrefleksjon, selvavgrensning og trygghet i forhold til å skifte mellom ulike roller i møte med pasientene.

Søkeord: tilstedeværelse, nærvær, nærværenhet, fagutvikling, roller, hermeneutikk, eksistensialisme.

English summary

Author: Kari Margrethe Kepple

Title: Presence – an art of balance. How nurses experience presence in relation to the patients.

Aim: Contribute to a better understanding of presence, and how nurses experience presence in their relation to the patients.

Background: Presence is an important aspect of mental health care, yet it is sparsely studied. Presence is seen as essential for good professional health care, but is still often implicit in the disciplinary understanding and practice.

Method: Three focus group interviews inspired by multistage focus groups, consisting of five nurses who work in psychiatric rehabilitation wards within a psychiatric community health care center, in February–April 2009. Hermeneutic-phenomenological method is presented in the theoretical part of the study, and applied in the empirical part.

Findings: The study affirms that presence is important by enabling the nurses to take the perspective of the patients, create trust and increase their ability to be flexible in relation to the patients. The nurses described challenges and professional dilemmas connected to dependency versus confidence, conditions for collaboration and deadlocked situations. They described different types of presence with unequal demands to role changing and emphasized experience and a balance between being a fellow human being and a professional.

Conclusion: Presence connects to important conditions and dilemmas in mental health service concerning how to empower patients and base the teamwork on the patients' own knowledge and experience as well as the nurses' professional knowledge and experience. An essential condition is a deeper understanding of the importance of presence in a professional grounded environmental therapy, and a supportive professional environment where the nurses can develop their ability for self-reflection, self-definition and to shift confidently between different roles in relation to the patients.

Keywords: presence, awareness, roles, professional development, phenomenologi, hermeneutic, existentialism.

Takk

Min første takk går til May-Lise Kvalvik for ved hennes hjelp kan jeg være mer tilstedeværende i mitt liv, min kropp og mine relasjoner. Takk til min mann Øystein, som har hatt tro på at jeg kunne ta et masterstudium år før jeg selv hadde mot nok, og som har fulgt prosjektet med stor interesse og støtte. Takk til Miriam og Jakob som har støttet og akseptert og vokst på at deres mor er mindre fysisk og psykisk tilstede og bidrar på andre måter enn de er vant til.

En særskilt takk til min veileder på Høyskolen i Hedmark, Jan Kåre Hummelvoll, som har vist stor interesse for mitt tema og materiale. Jeg har fått god hjelp og støtte til hvordan materiale kunne presenteres og analyseres. Takk til medstudent Hanne Mortkjernet som har engasjert seg i prosjektet og tålmodig fulgt hele prosessen. I tillegg er det mange som har gjort dette studiet mulig, som har inspirert og støttet meg og min familie.

Den største takken fortjener de sykepleierne som har møtt meg med åpenhet og interesse og delt av sine opplevelser og erfaringer fra sin krevende, utfordrende og givende praksis. Og jeg takker pasientene jeg har møtt opp igjennom alle mine år i praksis og som har delt av sin smerte og glede og gitt meg tro på at vi kan hjelpe hverandre og berike hverandres liv.

Innledning

Vi kjører hjem på det glatte føret, 8-åringen som er hentet på skolen sitter bak. «Hva er meningen med livet? Hva er vitsen?» spør han. Jeg svarer filosoferende at det kan være litt forskjellig for forskjellige mennesker, og kommer med ulike forslag. Da kommer det kort: “Det er ikke meningen man skal svare på det spørsmålet, mamma”.

Jeg er ikke helt i form, og tenker, uff, jeg har jo to timer undervisning og en gruppe pluss en samtale på ettermiddagen. Hvordan skal dette gå? Fint, sier min indre stemme, husk at det ofte går bedre når du er litt mer avventende og tilbakelemt og ikke ivrig flink pike. Du er jo ikke alene, de andre har sikkert også mye å komme med.

Julie passet ikke som blindhund. Nå hjelper hun skolebarn med å lese. «Barn med leseproblemer er redde for å lese høyt for læreren og klassekameratene. Julie dømmer ikke og kritiserer ikke hvis barna leser feil. Hun er bare til stede og hører på og koser seg med barna. Det er blitt noe barna gleder seg til og de andre er misunnelig på dem som får være med» (Vassnes, Aftenpostens A-magasinet, 2009).

Tre glimt som minner om det å være tilstede sammen med andre og la det som er være og det som skal komme komme. «Ikke bare gjør noe, stå der» er et ordtak som beskriver det enkelt som likevel kan være utrolig utfordrende.

Hva vil det si å være der for den andre, tilstede og nærværende? Er dette viktig i psykisk helsevern i dag? Kan det å være helt tilstede i møtet med den andre, tilby nærvær og erfaring, og la den andre også bare være tilstede og dele det han eller hun har behov for, være godt *nok*? Eller til og med gi *et bedre* utgangspunkt for samarbeid?

Slike spørsmål har ofte pirret min nysgjerrighet, og danner utgangspunkt for denne oppgaven. Jeg har erfart at det er utfordrende og krever mot å være ydmyk og lyttende tilstede uten å ha svarene eller kjenne spørsmålene på forhånd. Men er dette noe psykisk helsearbeidere er opptatt av og opplever som viktig for sin praksis i møte med pasientene?

1. Problemstilling og oppbygning

Studiens hensikten er:

Å bidra til en utdypet forståelse av tilstedeværelse som nærværenhet og hvordan sykepleierne opplever og erfarer dette i møtet med pasientene.

Studiens problemstilling består av to hovedspørsmål:

Hvordan kan fenomenet tilstedeværelse som nærværenhet forstås?

Hvordan opplever og erfarer sykepleiere tilstedeværelse i møtet med pasienten?

De analytiske underspørsmålene som jeg ønsket å få belyst i samtalene med sykepleierne var følgende:

Hva er forutsetningene for det gode nærværet?

Hva er det som hindrer muligheten for nærværenhet?

Disse to spørsmålene drøftes i forhold til strukturelle, ideologiske og personlige forhold.

Jeg bruker uttrykket «tilstedeværelse som nærværenhet» for å fremheve den psykiske dimensjonen ved tilstedeværelse. Hovedbegrepene i oppgaven er nærmere definert i kap. 4.1.

Studiens oppbygning

Studien tar opp tilstedeværelse i en sykepleiekontekst innen psykiatriske rehabiliteringsavdelinger. Tilstedeværelse som nærværenhet blir belyst som fenomen, og knyttet til en eksistensialistisk og hermeneutisk forståelse.

Empirien er basert på tre fokusgruppeintervjuer med til sammen fem sykepleiere. Dette ble planlagt som flerstegsfokusgrupper, men ble delvis endret til fokusgruppeintervjuer for å tilpasse studien til de faktiske forholdene. Fokusgruppeintervjuene var åpne samtaler med fokus på tilstedeværelse og nærværenhet. Prosessen ble videreført ved at de to siste intervjuene startet med et kort resymé av den foregående samtalen.

Studien presenteres i fire hoveddeler.

Første hoveddel gir en redegjørelse for bakgrunn, utvikling av forskerens forforståelse og teoretisk tilnærming. Her presenteres et eksistensialistisk perspektiv og en fenomenologiske-hermeneutisk metode som faglig holdning og tilnærming.

Andre hoveddel er studiens teoretiske substans. Tilstedeværelse som nærværenhet belyses som fenomen og settes inn i en humanistisk-eksistensialistisk sykepleiefaglig forståelse. Denne delen utgjør oppgavens tolkningsramme.

Tredje hoveddel er den empiriske studien. En tabell sammenfatter resultatene fra fokusgruppeintervjuene, med påfølgende utdyping av sykepleiernes opplever av tilstedeværelsens forutsetninger, muligheter og deres erfaringer med hva som hindrer nærværenhet.

Fjerde hoveddel diskuterer og analyserer materialet, og belyser forskningsspørsmålene ut fra den teoretiske og den empiriske delen av studien.

Avslutningsvis beskriver jeg noen mulige konsekvenser resultatene og perspektivene i denne oppgaven kan få for praksis, utdanning og forskning.

2. Bakgrunn og inspirasjon

2.1 Utvikling av forskerens perspektiv

Min sykepleierutdannelse er fra begynnelsen av 1980-tallet. Min hovedinteresse var psykiatrisk sykepleie. Med lærere som Per Jensen var relasjonsmodellen og det systemiske perspektivet med fra starten av. Vi var noen av de første sykepleierstudentene som brukte boken *Helt, ikke stykkevis og delt* av Jan Kåre Hummelvoll (1982) i utdannelsen. Hummelvolls forståelse av psykiatrisk sykepleie tok utgangspunkt i en holistisk-eksistensiell tilnærming, som passet godt sammen med min interesse for Rollo Mays eksistensialistiske tekster og for psykodynamisk tenkning. Disse perspektivene ble videreført i min første jobb på familieavdelingene på Modum Bad Nervesanatorium. I 1990 tok jeg videreutdanning i psykiatrisk sykepleie og møtte Heideggers filosofi gjennom Brita Nilsson. Dette var et år der jeg fikk ord til å beskrive de erfaringene jeg hadde gjort i praksis og en dypere forståelse for kompleksiteten i psykiatrisk sykepleiepraksis. *Tidens betydning i psykiatrisk sykepleie med utgangspunkt i Heideggers filosofi* ble tittelen på den avsluttende hovedoppgaven (1991). Min viktigste oppdagelse var *øyeblikkets betydning*, som det eneste vi har til å møtes i, og øyeblikkets mulighet for nærværenhet og tilstedeværelse. Mitt valg av det eksistensielle perspektivet, og den hermeneutiske filosofien, er en konsekvens av min grunnleggende faglige forståelse og mine forskningsspørsmål.

Min yrkeserfaring gjennom 20 år innenfor ulike deler av psykisk helsevern og sykepleierutdanning har gjort meg nysgjerrig på betydningen av tilstedeværelse og nærværenhet i møtet med den andre, uansett situasjon og hvem den andre er. Når jeg ser bakover i min egen fortid, er det heller ikke tilfeldig at tilstedeværelse er et av mine eksistensielle livstemaer.

Unni Å. Lindström (2003) har gjort et studie av psykiatriske sykepleieres yrkesparadigme. Når jeg leser hennes fire hovedtyper (den sykepleieintegreerte, den delvis sykepleieintegreerte,

den allmenne humanisten, den personlighets- og erfaringsorienterte) blir det klart at jeg ikke er «den sykepleieintegrerte» som uten unntak uttrykker en sykepleietenkning. Den typen jeg kjenner meg mest igjen i, er den «delvis sykepleieintegrerte» sykepleier, samtidig som jeg er opptatt av livserfaringer og å være autentisk i møte med den andre. Jeg har jobbet i mange år på ulike psykiatriske avdelinger, og jeg har i tillegg en videreutdanning i familierapi med fordypning i narrativ terapi. I de siste årene har jeg undervist sykepleiestudenter i sykepleie til pasienter med psykisk lidelse, og fulgt opp studentene i psykisk helsevernpraksis og har i den forbindelse lest og anvendt ulike sykepleieteoretikere og retninger innen sykepleievitenskap. På bakgrunn av mine erfaringer og refleksjoner har jeg valgt å se nærmere på tilstedeværelse som nærværenhet gjennom faglig fordypning, og å intervju sykepleiere om deres erfaringer med tilstedeværelse i praksis.

2.2 Eksistensialistisk perspektiv

Mitt utgangspunkt er, som nevnt, et humanistisk og eksistensialistisk paradigme som jeg knytter til en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming i forhold til de teoretiske og empiriske delene av studien.

“Existentialism, in short, is the endeavor to understand man by cutting below the cleavage between subject and object which has bedeviled Western thought and science since shortly after the Renaissance” (May, 1983, s. 49).

Et eksistensialistisk perspektiv innebærer å prøve å møte den andre som et subjekt, et medmenneske i sin egen livssammenheng. Eksistensialismen er ikke en enhetlig filosofi, men en måte å tenke på, en livsholdning. Kierkegaard, Heidegger og Sartre med flere bruker forskjellige ord og ulike innfallsvinkler for å prøve å forstå den menneskelige eksistens, men en fellesnevner er at de studerer mennesket i det virkelige liv. I følge eksistensialismen er vi aldri isolerte, men involvert i et flerdimensjonalt sosialt kraftfelt. Tradisjonelt ble de eksistensielle dimensjonene vanligvis referert til som omverden, medverden og egenverden (*Umwelt, Mitwelt, Eigenwelt*). Forfattere som Buber, Jasper og Tillich introduserte en fjerde dimensjon, oververden (*Überwelt*). Dette er en dimensjon som er viktig å inkludere og gjøre eksplisitt (Deurzen-Smith, 1995, 2002). De fire dimensjonene er dermed: omverden eller naturverdenen, dvs. det fysiske, biologiske og naturkreftene; medverden, dvs. den sosiale og

kulturelle verden; egenverden eller den private verden, dvs. det personlige, psykiske prosesser; oververden eller ideologiverdenen, dvs. vårt forhold til hva som gir livet mening, vår livsanskuelse, en ideologisk eller åndelig dimensjon (Deurzen-Smith, 1995, 1997).

Det er viktig å møte pasienten i hans eller hennes egen forestillingsverden og eksistensielle situasjon. Mennesket sees ut fra sin egen aktuelle livssituasjon og livshistorie, med et ønske om å bli kjent med hele mennesket. Helseproblemer eller symptomer kan ikke løsrives fra denne helheten. Dette eksistensielle perspektivet har hatt stor innflytelse på psykiatriske sykepleieres fagforståelse, slik det er beskrevet hos Travelbee, Parerson & Zderad, og hos Lindström (Hummelvoll, 2004).

I eksistensiell tenkning er en opptatt av fenomenet møte, som et forhold der partene påvirker hverandre gjensidig. Martin Buber skiller mellom Jeg-Du relasjoner og Jeg-Det relasjoner. Det vil si at vi forandres avhengig av om vi relaterer oss til verden som objekt, eller som den andre. «The secret of the I-Thou relationship is to give oneself fully over to the experience of the meeting with a preparedness to meet the other» (Deurzen-Smith, 1997, s.75). Dette er nært knyttet til nærværenhet - at en er psykisk tilstedeværende i forhold til den andre. «Bare gjennom Du-ets nærvær oppstår det nærværende, nu'et» (Buber, 2007 s.14). I dette nærværet eller møtet ligger den forutsetning at både helsearbeiderne og pasientene er medmennesker og taler ut fra posisjoner som subjekter i sin tilværelse, uansett roller eller funksjoner.

«Det er dette aspektet der henvises til, når man sier at terapiforholdet er et «jeg-du» -forhold, og at anerkendelsen af dette jeg-du-forhold også innebærer en grunnlæggende anerkendelse af klienten som en person i egen rett og med egen vilje» (Fog & Hem, 2009, s.80).

Yalom (1998) henviser til det Buber kaller en «ubunden tilstedeværelse» der terapeuten/sykepleieren kan være både hos seg selv og hos pasienten. Sykepleieren klarer å være både der hun eller han selv er, og der pasienten er. Et møte krever mot til å være åpen og sårbar, noe som vil skape ulike grad av angst og glede. Gjennom dette får begge parter muligheter til nye erfaringer, som gir vekst og utvikling. C. G. Jung har påpekt at hvis ikke terapeuten er åpen for forandring, vil heller ikke pasienten være det (May, 1983).

«Møtet med hvert enkelt menneske, hver enkelt pasient, innebærer derfor et møte i et grenseland mellom viten og ikke-viten. Denne vitenskapen er sykepleiens ledestjerne – møtet menneske til menneske» (Lindström, 2003, s.56).

Eksistensialistiske retninger legger altså stor vekt på å møte den andre som et subjekt og å møte hennes eller hans livsverden, i motsetning til retninger som er mer orientert mot enkeltindividet isolert sett, eller mot den kognitive forståelsen hos den enkelte. I eksistensialismen er mennesket ikke et isolert individ, men alltid en del av en større helhet. Denne helheten består av individets relasjoner til seg selv, sin kropp, sine omgivelser, sine medmennesker, og individets opplevelse av mening knyttet til vekselvirkning mellom helheten og delene. Det krever ydmykhet og åpenhet å prøve å ta del i den andres perspektiv og veilede ut fra et slik felles utgangspunkt.

2.3 Den hermeneutisk-fenomenologiske tilnærming som holdning i pasientarbeidet

Hermeneutikken er særlig knyttet til tolkning og forståelse av fenomener, som i denne studien er tilstedeværelse som nærværenhet. Hermeneutikkens objekt har først og fremst vært tekster, men retningen har etterhvert fått et utvidet gjenstandsfelt som innbefatter kulturytringer og meningsuttrykk som handlinger, samhandling, muntlig tale, arkitektur, kunst osv. (Thornquist, 2003). Dermed blir meningsfulle fenomener hermeneutikkens domene. «Meningsfulle fenomener dreier seg om menneskelige aktiviteter i seg selv så vel som resultater eller produkter av dem» (Thornquist, 2003, s 141). Fokus er her på hvordan mennesket innenfor blant annet språkets rammer og gjennom språket formidler forståelse av andre menneskers meninger og intensjoner i deres handlinger, ord og relasjoner. Den hermeneutiske-fenomenologiske tilnærmingen kom som reaksjon på det man anså som reduksjonistisk naturvitenskapelig metodebruk anvendt innenfor humanvitenskapene.

All forståelse er kontekstuell; all forståelse er dannet i en historisk og kulturell sammenheng. Egne tidligere erfaringer og forståelse utgjør en klangbunn for all vår forståelse, og forståelsen av andre, gjennom forforståelsen og de fordommer en har. Mennesket modifierer kontinuerlig sitt selv og sin situasjon i lys av stadig nye, varierende og reviderende fortolkninger (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 40).

Alt står i en sammenheng og knyttes til vår egen sammenheng ved at vi prøver å forstå og gjøre til vårt eget. Samtalen er «et meningsuttrykk» hvor vi kan møte en annens forståelse av saken ut fra hans eller hennes sammenheng og ta den inn i vår egen, som igjen kan skape en ny utvidet forståelse.

Samtalen er en prosess, hvorigennom man kommer til forståelse. Det hører således med til enhver ægte samtale, at man kommer den andre i møte, virkelig lader hans synspunkter gælde, og for så vidt sætter sig ind i den anden; dog ikke på den måde, at det er den andens individualitet man ønsker at forstå, men derimot det, han siger. (Gadamer, 2007, s.365).

Det å lytte til hva den andre sier kan høres enkelt ut, men kan være krevende, spesielt hvis en skal kategorisere det en hører inn i et klassifiserende system, eller blir overrumplet av egen forforståelse og fordom, eller prøve å konsentrere seg om det riktige oppfølgingsspørsmålet. Å lytte handler om å la alt det andre vente, mens en konsentrerer seg om å høre hva den andre sier. Seikkula og Arnkil refererer til Gadamer som har påpekt at «i stedet for å sette opp regler og forutsetninger for en dialog på grunnlag av abstrakte ideer, som overføres til virkelige situasjoner, burde man analysere dialoger slik de finner sted, skapt av, og utelukkende av, dem som deltar i dialogen» (Seikkula & Arnkil, 2007, s.167).

Dette forutsetter åpenhet for den andres mening og krever mottakelighet for det som er annerledes. «Men en sådan åbenhed indebærer alltid, at man sætter den andens mening i forhold til ens egne meninger som helhed, eller sætter seg selv i forhold til den» (Gadamer, 2007, s.256). Det vil si at en ikke er nøytral, men må søke å bli bevisst ens egen forutinntatthet og la egne formeninger og fordommer utfordres i møtet med den andre. En må med andre ord bli bevisst de meninger, tolkninger og erfaringer som ens forståelse er bygd på. Dette blir et samspill mellom bevegelse i det en skal forstå og bevegelsen i forforståelsen hos den som søker å forstå (Gadamer, 2007). Dette kan være enklere i møte med en tekst enn i møte med mennesker, men uansett om det er en dialog med den andre, eller en indre dialog, er dette en viktig prosess der en kan få belyst ens ulike forforståelser og fordommer (Fog, 2005). Sett ut fra tilstedeværelse som nærværenhet, gir det hermeneutiske perspektivet både bedre forståelse av hva som kan være vanskelig, og hva som er mulig, i møte med pasienten.

Hermeneutikkens analyse av fordom er også viktig i forhold til det som gjør tilstedeværelse utfordrende. «I seg selv betyr fordom en dom, der fældes, før man grundigt har undersøkt alle sagligt afgørende momenter» (Gadamer, 2007, s.258). Fordom behøver ikke være en falsk dom, men kan vurderes både positivt og negativt. En fordom er da den mening vi har gjort oss opp på forhånd, uten å gå dypt inn i saken. Vi har alltid en slik fordom eller forforståelse, det vil si den bakgrunnskunnskap vi møter fenomener med (Thornquist, 2003). Og forståelsen vi søker er alltid en fortolkning (Gadamer, 2007). Fordommer er uunngåelige fordi vi tilhører historien og den tiden vi lever i, og er uunnværlige nettopp fordi den gjensidige forståelsen er knyttet til våre fordommer (Fog, 2005). Vi vil aldri klare å konfrontere alle våre fordommer, men viljen til selvransakelse for å oppnå bedre forståelse må være en kontinuerlig prosess.

Den hermeneutiske sirkel er den gjentakende bevegelsen som en sirkel, eller som en mer åpen spiral, der bevegelsen går fra helheten til delene og fra delene til helheten. «En slik spiralbevegelse betyr i praksis at forskeren foretar en vedvarende fordypning av sin meningsforståelse» (Thornquist, 2003, s.143). Denne fortolkningen må beskyttes mot vanetenkning og blikket må være rettet mot saken. Dette er ikke noe en kan bestemme seg for en gang for alle, men er det første en gjør, stadig må gjenta, og det siste en gjør. Forståelsen er derfor aldri et endelig produkt, men i stadig bevegelse og endring på samme måte som individet og samfunnet er i endring. Denne tankegangen med vekt på bevegelse og endring som en pågående prosess, står bl.a. i kontrast til en mer statisk diagnostisk forståelse. Dette kan også gi en fleksibilitet og frihet i møte med mennesker og temaer innen psykisk helsevern der en lett glemmer at kunnskapen er en fortolkning og ikke en sannhet. Dermed blir det enda viktigere å kjenne vår egen forforståelse, vårt eget utgangspunkt med dets begrensninger og muligheter.

Fenomenologi er et viktig perspektiv for å undersøke tilstedeværelse som fenomen og hvordan det erfares av sykepleierne i møte med pasientene. Fenomenologien hører hjemme i den erfaringsorienterte tradisjonen, og kalles ofte en bevissthetsfilosofi fordi den analyserer og kartlegger hvordan verden fremtrer i vår bevissthet. «Menneskets bevissthet er rettet mot noe og fra noe; det er alltid en bevissthet om noe» (Thornquist, 2003 s.14). Her er

subjektivitet en forutsetning for forståelsen, det er hvordan subjektet erfarer sin verden som er i fokus og ikke verden uavhengig av subjektet. Husserl introduserte uttrykket «epochè», å sette i parentes. Det vil si at en i møte med det fenomenet en søker kunnskap om, setter parentes rundt egne personlige interesser i fenomenet, hva man liker eller ikke liker, nyttig eller skadelig, håp og frykt, osv. (Thornquist, 2003). Hensikten er å prøve å beskrive fenomenet så presist og sannferdig som mulig.

Et annet viktig begrep er fenomenologisk reduksjon, der en undersøker fenomenets “common essence” ved å holde til side ønsker om å bevile, forkaste eller bekrefte, for bedre å kunne undersøke væren-for-bevisstheten. En prøver å se bort fra det konkrete i fenomenet som beskrives, for å konsentrere seg om det essensielle og generelle (Thornquist, 2003, Hummelvoll & da Silva, 1996, Hummelvoll, 1997). Fokus er med andre ord på sykepleiernes opplevelser og erfaringer med pasientene uten at en går inn i hvert møte, men i stedet prøver å forstå mønstre og fellestrekk (essens) i deres opplevelser.

Livsverden er en betegnelse på den verden vi lever i til daglig, som vi ofte tar for gitt og som vi sjelden setter spørsmål ved. Den profesjonelle livsverden er på samme måte den daglige praksis på jobb, ikke først og fremst de store faglige diskusjonene, men det daglige arbeidet i stort og smått som for eksempel sykepleierne utfører i løpet av en vakt (Hummelvoll & da Silva, 1996). Mange av sykepleiernes oppgaver kan oppleves som rutiner som blir tatt for gitt. Dette kan hindre sykepleierne i å se hvordan rutinene påvirker deres tilstedeværelse og evne til nærværenhet i møte med pasientene.

3. Fenomenet tilstedeværelse som nærværenhet

I det følgende vil jeg avklare noen sentrale begreper som knytter seg til studiens tema og problemstilling. Videre vil jeg utdype den eksistensielle dimensjonen omkring væren og tid, og presentere noen terapeutiske utfordringer knyttet til nærværenhet i lys av problemstillingen.

3.1 Begrepsavklaring

Den leksikalske betydningen av tilstedeværelse, nærvær og nærværende er:

Tilstede: det å være til stede, nærvær; tilstedeværende, som er tilstede med sitt nærvær (Bokmålsordboka, 1986).

Nærvær; 1. Det å være tilstede, det å overvære åpningen som fant sted i nærvær av kongen, skrive under i vitners nærværelse. Nærvær som åndsnærværelse. 2. Som er her nå, som en har for seg i øyeblikket. Subst. For nærværende, for øyeblikket, nå, det nærværende det som hører til nåtiden (Bokmålsordboka, 1986).

Presence: engelsk for tilstedeværelse, nærvær og utstråling.

Awariness: viten, bevissthet, våkenhet (Engelsk-Norsk Ordbok, 1988).

Mindful: synonyms – observant, attentiv, heedful, thoughtful, careful (The New Webster Encyclopedia, 1980).

Tilstedeværelse kan knyttes til en kognitiv og kroppslig oppmerksomhet mot det som skjer. Å være tilstede både hos oss selv og hos den andre. «Vi må være til stede *med* og *i* vårt eget liv, for å forstå noe av den Andres liv» (Halvorsen, 2008, s.8).

Tilstedeværelse kan oversettes med «mindfulness» på engelsk. En beskrivelse av «mindfulness» er: “...en fleksibel bevissthetstilstand, en åpenhet overfor det som er nytt, en prosess der vi aktivt interesserer oss for nye aspekter. Når vi er tilstede, blir vi sensitive overfor det som er rundt oss og vi blir opptatt av mening. Vi eksisterer her og nå” (Brudal, 2006. s.199).

Fagermoen (1998) presenterer tilstedeværelse som et av sykepleiens grunnkompetanse. Dette er en kompetanse som avspeiles i å være, å tenke og å handle, og som kan gjenfinnes i alle situasjoner der sykepleie utøves. Tilstedeværelse og ivaretagelse reflekterer sykepleie som moralsk praksis. Tilstedeværelsen knyttes opp til mottakelighet for pasientens kroppslige tegn, opplevelse og situasjonsfølelse. Ivaretagelse er knyttet til møte med pasienten som person, med interesse, verdighet og sikre trygghet. Fagermoen knytter tilstedeværelse til sykepleierens oppfatningsevne, og bruker ivaretagelse om det relasjonelle, der jeg har valgt uttrykket nærværenhet, som dekkende for begge disse aspektene ved tilstedeværelsen.

Tilstedeværelse er ofte med i faglitteraturen innen sykepleie – men mer implisitt enn eksplisitt, og da gjerne som en forutsetning for møte eller kontakt. Begrepet brukes om å være fysisk tilstede og mentalt tilstedeværende her og nå.

3.2 Fenomener knyttet til tilstedeværelse og nærværenhet

Her presenteres noen begreper som kan knyttes til tilstedeværelse og nærværenhet og kan utdype fenomenet.

Empati

Empati er «evnen til innlevelse eller medfølelse. Empati er noe intellektuelt, men det utelukker ikke at den kan etterfølges av medfølelse og sympati. Poenget med empati er imidlertid at man kan se en situasjon fra en annen persons synsvinkel og utifra dennes normer, vurderinger og oppfatninger» (Egidius, 2000, s.120).

Møte

Et møte kan beskrives som «en sjelelig berøring» mellom mennesker med flere dimensjoner. Den første dimensjonen er det fysiske møtet hvor en er sammen, den andre er en grunntone av vennskapelighet, og den tredje er at en har virkelig interesse for å forstå den andre (Rollo May i Hummelvoll, 1997).

Å lytte

Å lytte er å være åpen for pasientens kommunikasjon, både den verbale og den nonverbale. «Å lytte er en aktiv tilstand preget av konsentrert nærvær» (Hummelvoll, 2004, s.43). Å lytte er krevende fordi det ikke bare handler om å høre ordene, men å ta inn den andre som person og være i møtet med den andre. Det å lytte aktivt kan beskrives som det å være tilgjengelig og mottakelig for pasientens opplevelse og være villig til å la seg bevege av den (Vatne, 2006).

Forståelse

Det å søke forståelse er, i hermeneutikken, menneskets opprinnelige væremåte. Det er forståelsen som gir mulighet til å «være-i-verden». Forståelsen er derfor også knyttet til selvforståelsen som igjen er «utkast» til muligheter og valg, og som er tett forbundet med den menneskelige tilværelsens historisitet (Gadamer, 2007). Men vi er også «kastet» inn i situasjoner med bestemte muligheter, som er bestemt av det vi allerede har gjort og valgt, og som dermed også bestemmer hvem vi er blitt. Det er en uløselig sammenheng mellom liv og erkjennelse, og derfor blir forståelse et fundamentalt fenomen ved den menneskelige

eksistens. Men forståelse og fortolkning hører også uløselig sammen, fordi det er ikke mulig å forstå løsrevet fra det en allerede har forstått. Når det en ønsker å forstå angår en og taler til en, og en er villig til å lytte og gå i dialog med egne fordommer og forforståelse, skjer det en utvidelse av forståelsen.

Flyt

«Flyt» eller «flow» er en opplevelse som kan knyttes til tilstedeværelse. Flyt kan oppstå når en har klare mål for aktiviteten, og får tilbakemeldinger, slik at en selv skjønner hvordan det går, og oppnår balanse mellom utfordring og personlig kapasitet. Handlingen og bevisstheten er integrert, og en er konsentrert og involvert i opplevelsen. En klarer å gi sin totale oppmerksomhet og stenger av for forstyrrende tanker og følelser og opplever at kontroll i prinsippet er mulig. En glemmer seg selv, og tidsopplevelsen er endret. Flyt kan oppstå i nesten alle typer aktiviteter og situasjoner der vi bruker psykisk energi i et positivt mønster (Csikszentmihalyi, 2008). Terapeuter beskriver flytfølelser – der de er stimulert, involvert, inspirert og utfordret i terapitimer med klienter (Orlinsky & Rønnestad referert i Fog & Hem, 2009).

Oppmerksomt nærvær

«Oppmerksomt nærvær» er en metode som opprinnelig er knyttet til meditasjon. «Det kreves at vi er oppmerksomme på en spesiell måte: bevisste, til stede i nået, uten å dømme. Når vi er oppmerksomme på denne måten, økes vår bevissthet, vårt klarsyn og vår aksept av virkeligheten slik den er akkurat nå» (Kabat-Zinn, 2008, s. 24). Denne metoden kan endre hvordan en møter seg selv, andre og livets utfordringer, og kan øke evnen til å være nærværende tilstede.

3.3 Den eksistensielle dimensjon: væren og tid

Væren, hva det vil si å være et menneske, er som tidligere nevnt knyttet til forståelsen, men Heideggers tese var at «væren selv er tid» (Gadamer 2007, 245). «Væren» som det som er nærværende. «Væren» blir en tilstand av tilstedeværelse i nået, i presens. Tiden er en lang rekke *nå* hvor det å være er å være her og nå. Både fortid og fremtid er nærværende i nået, som det som var før og det som skal komme. Det værende blir derfor også påvirket av noe fraværende, det som har vært i fortiden og det som ennå ikke er i fremtiden (Nicolaisen, 2003).

Buber skriver om to måter å være på som menneske, vesensmennesket og bildemennesket. Vesensmennesket lever ut fra sitt vesen og ser den andre med et spontant og åpent blikk, ikke upåvirket av sitt ønske om å forstå den andre, men upåvirket av tanker om hvilke forestillinger en vil vekke hos den andre om en selv. Hvem en er som person, bestemmer hvordan livet leves og hvordan en betrakter den andre som person. Bildemennesket lever derimot ut fra sitt bilde om hvordan han eller hun vil bli oppfattet, og legger vinn på å uttrykke bestemte elementer av sin personlighet for å vise frem det en tror den andre ønsker at en skal være. Den andre blir dermed offer for bildemenneskets formål og ensidige påvirkning. Dermed forsvinner det Buber beskriver som den sanne relasjonen, der en møter hverandre slik som en er. Sann menneskelighet er avhengig av ekte mellommenneskelighet i møtet (Buber, 2004).

Det er ingen som lever bare i den ene eller andre rendyrkede væremåten. Det er ikke enkelt å leve ut fra sitt vesen, ettersom vi som mennesker er avhengige av hverandre. Det krever derfor mot å motstå bildet av den en ønsker å være. Vi må stadig kjempe for å komme til oss selv og ha tillit til vårt vesen og vår væren (Buber, 2004).

Dette er en utfordring for alle mennesker som møtes, også som sykepleiere og pasienter. Det blir derfor viktig å skape et miljø på avdelingene som støtter opp under relasjoner der vi kan møtes som vesensmennesker. Sykepleierne kan lett i sin streben etter å være faglig dyktige og lære nye teknikker bli for opphengt i hvordan de fremstår og oppleves av pasientene, noe som igjen hindrer fremveksten av ekte relasjoner (Hummelvoll, 2004). Noen pasienter har

tidlig lært at det eneste som betyr noe er at andre liker dem, og prøver å tilpasse seg dette. Andre føler at det gjelder å ikke bli likt, for på den måten å føle seg mindre sårbare og avhengige.

Å være seg selv, ekte og nær er å skape grunnlag for betydningsfulle møter, men det innebærer å ha kontakt med egen sårbarhet. Vi er alle sårbare i vår kommunikasjon fordi vi utleverer oss selv til hverandre. «Å finne mennesket der det er, eller stilles inn i forhold til den andre, er hemmeligheten i all hjelpekunst. Det er å møtes i gjensidig sårbarhet og utleverthet» (Martinsen, 2006, s. 40).

«Det nærværende er ikke det flyktige og forbiglidende, men det ventende og værende. Virkelig liv leves i det værende, i nuet, liv med ting i det forgangne» (Buber, 2007, s.14). Tiden her og nå er muligheten som er oss gitt for å møtes. I vår væren er det nærværende tilstede i møte med den andres væren her og nå. Det finnes i nået som mulighet, men det krever mot å gi det plass og rom her og nå.

3.4 Møtet som eksistensiell kategori og terapeutisk utfordring

Det eksistensielle møtet blir her utdypet med utgangspunkt i Buber, for så å bli knyttet til psykiatrisk sykepleie og det terapeutiske møtet. Ulike utfordringer og muligheter for sykepleieren i møte med pasientene blir kort presentert.

3.4.1 Det eksistensielle møtet

I møtet mellom to personer kan de være nærværende for hverandre i øyeblikket her og nå. Buber beskriver dette møtet som et møte mellom et Jeg-Du som møter et annet Jeg-Du. «Når ordet Du blir sagt, er dermed det Jeg som hører til ordparet Jeg-Du, også uttalt» (Buber, 2007, s. 5). Ved å møte et annet Jeg-Du blir vi bekreftet, speilet og anerkjent, og oppdager

oss selv som et Jeg-Du. Jeg-Du er et grunnord som kun kan sies med hele vårt vesen. «Jeg blir til ved Du'et. Idet jeg blir Jeg, sier jeg Du. Alt virkelig liv er møte» (Buber, 2007, s.13). Her beskrives møtet som noe umiddelbart, som ikke er fylt av videre hensikter eller strategier.

Buber bruker ulike ord og vendinger for å beskrive Jeg-Du-møtet som fenomen, både hva det er, og hvordan det er forskjellig fra Jeg-Det-møtet. Jeg-Det er et møte som ikke omfatter hele vårt vesen, men er knyttet til de ting Jeg'et står overfor av ting som han eller hun erfarer og bruker. Det-verdenen har sammenheng med tid og rom. Det er en del av den forutsigelige verden av virksomhet og erkjennelse, mens Du-verdenens øyeblikk oppløser sammenhenger og etterlater mer spørsmål enn de gir svar. På denne måten rystes vi, fordi disse øyeblikkene både er skremmende og uunnværlige (Buber, 2007). Jeg-Du er knyttet til menneskets væren. «Uten Det kan mennesket ikke leve. Men den som lever bare med Det, er ikke menneske» (Buber, 2007, s. 34).

Det som er viktig i denne sammenhengen er at møtet muliggjør nærværenhet. «Det virkelige og oppfylte nærværende eksisterer bare for så vidt som det eksisterer nærvær, møte, forhold. Bare gjennom Du'ets nærvær oppstår det nærværende nuet» (Buber, 2007, s.14). Her er vi tilbake til at vårt liv og vår verden lever i det nærværende her og nå. Dette kan høres umulig ut, og er det, hvis en tenker at en skal leve i det rene nærværende til enhver tid. Buber beskriver blant annet at dette ville tære en opp. Men han skriver: «Man behøver bare å fylle hvert øyeblikk med å erfare og bruke, så brenner det ikke mer» (Buber, 2007, s. 34).

Men det er ikke mulig å forbli i Jeg-Du-møtet, for ethvert Du går over til å bli et Det. «Hvor eksklusivt nærværende det enn var i det umiddelbare forhold – så snart det har gjort sin virkning eller blitt gjennomtrengt av midlet, blir det gjenstand blant gjenstander, til den fornemste, kanskje, men dog til en av dem, omsluttet av mål og grenser» (Buber, 2007, s.18). Jeg tror at et Du som er blitt et Det, alltid vil være et Det som har vært et Du. Med andre ord, de menneskene som sykepleieren har «sett» og «blitt sett» av, vil alltid ha en plass blant «de seende» som har berørt ham eller henne og er med videre på en annen måte enn

alle de andre menneskene sykepleieren har møtt. Det samme gjelder selvfølgelig pasientene. Buber bruker et bilde der Det-et er puppen og Du-et er sommerfuglen. Det at en annen har sett deg som sommerfugl, gjør at du også selv har sett eller fått et glimt av sommerfuglen i deg, noe som gir mot langt utover øyeblikket.

Det å erfare den andre som en helhet, som en konkret person uten noen abstraksjoner, er å bli bevisst den andre som den hun eller han er. Den andre er et levende og personlig åndelig vesen, og det er først når jeg møter den andre i en umiddelbar og ekte relasjon at den andre blir virkelig nærværende for meg. Dette kan knyttes til det å oppfatte og erfare den andres personlige nærvær (Buber, 2004). Gjensidighet i relasjonen blir tydelig ved at en ser den andre og seg selv gjennom den andre i møtet med den andre. «Mitt Du virker på meg likesom jeg på det» (Buber, 2007, s. 17). Jeg-et kan bare eksistere som et Jeg-Du eller et Jeg-Det. Disse er gjensidig avhengige av hverandre og av omverdenen. På samme måte er det et kjennetegn i den eksistensielle tradisjonen at begge personene forandres i møtet, gjennom prosesser som påvirker dem i deres «presence» eller tilstedeværende nærværenhet (May, 1983).

Både Unni Lindström og Jan Kåre Hummelvoll bygger sin psykiatriske sykepleieforståelse på et holistisk-eksistensielt grunnlag. Hummelvoll bruker uttrykket “møte/nærværenhet” som en av hjørnesteinene for sykepleie-pasient-felleskapet. «Nærværenhet må forstås som evnen til å være tilstede på en autentisk måte. Dette gir mulighet til opplevelse av et Jeg-Du-forhold, som kan danne grunnlaget for et reelt møte mellom sykepleier og pasient» (Hummelvoll, 1997, s. 37).

Unni Lindström beskriver sykepleierelasjonen som «mulighetens rom», hvor pleie, lek og læring kan realiseres. «Å være» og «å møte» er to viktig sykepleiehandlinger og holdninger i relasjonen til pasienten (Lindström, 2003, s.113-130). Møtet med pasienten er utgangspunktet for all psykiatrisk sykepleie. «I psykiatrisk sykepleie er det mest sentrale meningsbærende kulturgods en tydelig identifiserbar profesjonell sykepleier som

kjennetegnes av kontinuerlig fysisk, psykisk og åndelig tilgjengelighet og nærvær» (Lindström, 2003, s. 139).

Barker, Jackson og Stevenson (1999) har gjort et studie av hva en trenger psykiatriske sykepleiere til, og har utviklet en teori om kjernen eller det essensielle innen sykepleiepraksis. I studien fant de konsensus både hos pasienter og andre yrkesgrupper innen psykisk helsevern om at psykiatrisk sykepleie består av ulike relasjoner, med en kjernekategori «knowing you, knowing me», som er det viktigste de ulike gruppene trenger psykiatriske sykepleiere til. Funnene viser at sykepleierne må få tak i hva pasientene forventer og trenger av sykepleierne i enhver situasjon. I relasjonen er sykepleieren engasjert i å bli kjent med pasienten og hans/hennes behov, og pasienten i å bli kjent med sykepleieren.

Forfatterne beskriver tre underkategorier knyttet til kjerne kategorien «knowing you, knowing me»; (1) «The Ordinary me», dvs. at sykepleieren er naturlig og seg selv som et alminnelig menneske, (2) «The Pseudo-Ordinary or Engineered-Me», dvs. det «jeg» som sykepleieren bevisst presenterer som seg selv og som er mer vurderende og tilpasset situasjonen, og (3) «The professional-Me», dvs. det sykepleieren presenterer som sitt «faglige jeg» med sin kompetanse og erfaring. Disse domene er preget av ulik dybdekunnskap, bruk av makt, bruk av tid og bruk av oversettelse mellom fagspråk og dagligtale.

Forfatterne konkluderer med at sykepleiere må være forskjellige ting overfor forskjellige mennesker, inkludert pasienter og andre samarbeidspartnere. Sykepleierne trenger fleksibilitet for å kunne skifte mellom de tre ulike domene i relasjonene. Forfatterne peker på ulike forventinger til sykepleierne - dels fra pasientene, som ofte ønsker mer likeverdighet, og dels fra helsemyndighetene, som ofte ønsker et mer effektivt, spesialisert og teknologisk basert helsevesen.

3.4.2 Det terapeutiske møtet

I et møtet mellom sykepleier og pasient er det et spenningsforhold mellom rollen sykepleieren har i kraft av den institusjonen vedkommende arbeider i, og den personen han/hun er. Sykepleieren møter pasienten som fagperson med kunnskaper og kompetanse. Samtidig er det en personlig dimensjon i møtet, der sykepleieren anerkjenner at han/hun også er noe utover sin rolle. Rollene setter rammer for forholdet og kan skape grunnlag for trygghet og forutsigbarhet, men det er særlig gjennom å ivareta den personlige dimensjonen at trygghet kan skapes i relasjonen (Henriksen & Aarflot, 2004). Det er i det personlige møtet at vi blir klar over hvor like og ulike vi er. Vi er også ulike utfra at vi er i forskjellige roller - det er stor forskjell mellom det å være på jobb i ens daglige omgivelser, og det å være pasient i ukjente omgivelser og kjenne på både sårbarhet og avhengighet i forhold til fremmede.

Sykepleiere har et stort ansvar for å vise interesse og omtanke for pasientene som personer med egne livshistorier og sammenhenger. May (1983) legger vekt på nærværet i møtet, der terapeuten går inn i relasjonen som et levende medmenneske. Det vil si at en først og fremst er et menneske, og i tillegg en fagperson. Hvis ikke dette gjøres, mener May, vil terapeutens kunnskaper og ekspertise bli irrelevante og kan tilmed i noen tilfeller være til skade for pasienten. Sykepleieren kan være faglig ekspert på ulike problemer ut fra kunnskap og erfaring, men det er pasienten som er ekspert på sitt eget liv. Sykepleiere har et institusjonelt medansvar for å gi pasientene god helsehjelp. Møtet mellom en sykepleier og pasient har en hensikt, men det er viktig at den ikke blir for styrende, slik at pasienten føler seg som et objekt i et behandlingsopplegg. Det er viktig å redusere den depersonaliseringprosessen som pasienten gjennomgår ved innleggelse på en institusjon, der pasienten mister sine vanlige roller i dagliglivet. Pasienten kan tape sin subjektive identitet og opplevelse av å være et aktivt subjekt, og gå inn i en upersonlig pasientrolle og oppleve seg som et passivt objekt for institusjonens rutiner (Henriksen & Aarflot, 2004).

Et sentralt aspekt blir dermed hvordan sykepleieren definerer sin rolle og hvordan fagkunnskapen anvendes i møtet med pasienten. Terapeuten eller sykepleieren kan sammenlignes med en fødselshjelper - «completely real in 'being there', but being there with the specific purpose of helping the other person to bring birth to something from within

himself» (May, 1983, s.161). Det er med andre ord ikke sykepleieren som skal reparere og ordne opp, for oppgaven som hjelper er å være med på å forløse pasientens egne krefter, løsninger som pasientene selv kanskje ikke er klar over at de bærer med seg. Pasientene kommer ikke bare med sine problemer, men også med ressurser og erfaringskunnskap som ofte er skjult både for hjelperne og for pasientene selv.

Ved å møte pasienten med nærværenhet kan pasienten lytte til sine fortellinger og oppdage nye sammenhenger. Pasienten kan utvikle en ny forståelse av sin situasjon og se andre muligheter. Nærværenhet i tilstedeværelsen innebærer en åpenhet og mulighet for å speile pasienten. Sykepleieren speiler ikke selve smerten eller sorgen – men det å være i smerte (Brudal, 1989). Erfaringen av å bli møtt, det at det er noen der som lytter, er viktig. Ofte må det være noen der, for at en skal finne ordene, noen som vil ta imot en, noen en ønsker å dele tanker, følelser og bilder med, noen som ser «sommerfuglen». Det kan fylle pasienten med håp, selv om det bare er glimt av vingene som beveger seg.

«Jag har aldrig pratat med någon manniska om den natten. Aldig någonsin», sa hon. «Och nu när jag lyssnar på mina egna ord inser jag att de berättar en annan historia än den som jag har burit inom mig i alla dessa år.» Den gamla kvinnan blundade. «Jag tror att om vi kan hitta orden och om vi kan hitta någon manniska att berätta dem för, då kan vi kanske se saker och ting på ett annorlunda sätt. Men jag hade inga ord och jag hade ingen manniska» (Olsson, 2007).

Sykepleieren og pasienten møtes ikke bare i nærværet, men også i språket, og de tilhører blant annet to ulike språkgrupper, fagspråk og livserfaringspråk. Pasienten kan trenge hjelp av sykepleierne til å få oversatt det fagspråket som blir brukt på tverrfaglige møter og i skriftlige journaler og epikriser (Barker m.fl 1999). Språk er viktig fordi vi forstår oss selv, våre opplevelser og liv, gjennom våre livshistorier, slik vi har formulert dem for oss selv og i vår livssammenheng.

Dette møtet er et profesjonelt møte, det vil si at pasienten er i fokus og det er hans eller hennes lidelse som utforskes. Sykepleierens fagkunnskap og erfaringskunnskap er implisitt tilstede, og kan anvendes i utforskningen når det er hensiktsmessig for pasienten. Vatne (2006, 2008) presenterer her en tilnærming som hun kaller terapeutisk undring, som er i tråd med tankegangen i denne oppgaven.

«I terapeutisk undring reflekterer sykepleieren med utgangspunkt i egne erfaringer og opplevelser. Ved en selvreflektert og selvavgrenset tilbakemelding kan pasienten oppleve at slik han har det, kan forstås og oppleves av andre. Gjennom dette kan pasienten oppleve anerkjennelse av sin egen opplevelse» (Vatne, 2008, s.45).

Dette er en kommunikasjonsform som kan brukes i miljøterapi i de små samtalene knyttet til samhandling på avdelingen. Her er det viktig å være oppmerksom på ordbruken, og ikke bruke ord som provoserer, men heller formulere spørsmålene så generelle og åpne som mulig. Spørsmålene stilles ut fra undring og åpning for refleksjon.

Ved å åpne meg giver jeg den anden definitionsmagt over de dele af tilværelsen, jeg viser ham – en definitionsmagt vedrørende de betydninger i min tilværelse, der ellers er en central del af min oppfattelse af mig selv og min integritet, og som jeg oftest holder for mig selv (Fog & Hem, 2009, s.114).

Her blir det igjen tydelig hvor viktig sykepleierens holdninger og språk er. Når vi ser pasienten mer som «medforsker» overfor sin egen lidelse, endres maktforholdet. Dette gir pasienten mulighet til å komme ut av ekspertveldet (Nilsson, 2007). Men dette forutsetter at de to tar utgangspunkt i et felles språk som de sammen utvikler videre. «Møtet er et sted der pasientens verden kan formes og omformes ved hjelp av språk» (Henriksen & Aarflot, 2004, s.165). Språket utvikles i fellesskap gjennom denne utforskningen av lidelsen slik den oppleves og fremtrer i livet. Dette skaper en forståelse som er gjenkjennelig for de begge. Det er viktig at det ikke kun er lidelsen sykepleieren er interessert i, men hele pasientens livssituasjon inkludert de fire eksistensielle dimensjonene.

At komme til forståelse i samtalen forudsætter, at man er indstillet på den, man forsøger at lade den fremmede og antagonistiske gælde for en selv. Når denne proces er gensidig, dvs. når en hver af parterne søger at fastholde sine egne argumenter, men samtidig også overvejer modargumenterne, kan man til sidst nå frem til en umærkelig og gensidig overføring af synspunkterne (det kalder vi meningsudveksling) til et fælles sprog og en fælles kendelse (Gadamer, 2007, s.366).

Samtalen forutsetter tid, tålmodighet og ro. Tiden samtalen krever er tid til gjensidig tilstedeværelse og åpenhet. Det betyr å gi den andre tid og rom, høre etter, være oppmerksom og spørre forsiktede spørsmål når en ikke forstår. «Hastighet og travelhet er en ødeleggende kraft for menneskelig nærvær. Samtalen fordrer et nærvær som plasserer oss i tid og rom der vi gir hverandre tid og tar tid» (Martinsen, 2006, s. 43). Utålmodighet behøver ikke å være

knyttet til tid, men at vi følger vårt eget tempo uten å ta hensyn til pasienten og det å følge hans eller hennes rytme.

Jeg har erfart, at jeg ligsom skildpadden kommer hurtigere frem ved å sette ned farten. Og ved at gå side om side med klienten frem for at skubbe på eller trekke i ham eller hende, når jeg hurtigere derhend, hvor vi beslutter os for at tage hend, og ikke til et sted, som jeg beslutter mig for at føre eller tvinge klienten hen til
(Anderson, 2003, s.208).

3.4.3 Utfordringene i møtet

Det er to balansepunkter som sykepleierne må ta hensyn til i møte med pasientene. Det ene er balansen mellom nærhet og avstand. Det andre er hvor nærværende og støttende, eller utfordrende og tilbakeholdene, sykepleierne velger å være i situasjonen. Sykepleierne kan velge dette utfra pasientenes behov og hensyn til timing i situasjonen. Relasjonene mellom sykepleierne og pasientene vil også være styrende. Dersom det er en sterk allianse og samarbeid mellom sykepleier og pasient, vil de oftere kunne oppnå en felles forståelse av situasjonen, og det vil være lettere å ta utfordringer. I starten av en relasjon vil imidlertid sykepleieren kanskje velge større avstand, og samtidig være nærværende og støttende tilstede.

Empati er innlevelse i pasientens følelser og forståelse, og er derved en viktig kilde til kunnskap om pasienten. Empati er både et fenomen og en prosess. Den oppstår gjennom en pendling mellom det sykepleieren opplever og føler (den affektive dimensjonen), og det hun eller han intellektuelt vurderer (den kognitive dimensjonen). Denne vekslingen er også knyttet til nærhet og avstand, og det å finne et balansepunktet i situasjonen (Bondevik, 2004). Sykepleierne trenger distanse for å ikke overidentifisere seg og bli overveldet av egne følelser, samtidig som de trenger nærhet for å bli berørt og være i kontakt med pasienten. Et begrep som kan brukes i denne sammenheng er «ikke-besittende varme», hvor en er nær og pålitelig uten at en invaderer eller dominerer (Kristoffersen, 2004).

Selvrefleksjon og selvavgrensning er nødvendig for å finne denne balansen i møte med den andre. «Tilstedeværelsen kan også ha negativ effekt dersom sykepleieren ikke ser grensene for nærhet og avstand mellom seg og pasienten» (Kristoffersen, 1997, s.117). Selvrefleksivitet handler om å kunne forholde seg til seg selv, kunne observere seg selv, og kunne stille seg utenfor å betrakte seg selv (Schibbye, 2002). Evnen til å se hvordan andre oppfatter en selv er viktig i relasjoner. Når en har oversikt over egne opplevelser, kan en også avgrense opplevelsene fra andres opplevelser. Denne evnen til selvavgrensning består ikke bare av å kunne skille, men også stadig å kunne gjenvinne grensene i dialogen med pasienten, på samme måte som en må gjenvinne oversikten i samspillet. Det er denne pendlingen som er krevende i en terapeutisk relasjon. «En persons identitet kan da forstås som balansen mellom evnen til nærværenhet, en 'væren-i', og samtidig evnen til å se seg selv utenfra, og utgjør en enhet i personligheten. I dannelsen av en yrkesidentitet bør følelse og fornuft tilstrebe gjensidig balanse» (Nilsson, 2007, s.154).

Det kan være lett å ty til ekspertrollen når situasjonen blir uoversiktlig og ubehagelig, eller å definere den andre for på den måten å skape avstand og tydelige skiller. «Vi er så vant til å behandle hverandre som objekter, til å styre og bli styrt, og definere og bli definert, at det virker nesten naturstridig for en fersk terapeut å skulle innta en væremåte der en stadig tar vare på den andres perspektiv» (Schibbye, 2002, s. 291). Sykepleiere har ofte en tilleggs utfordring ved at de er sammen med pasienten i så mange forskjellige og hverdagslige situasjoner, der både roller og hensikter varierer. En sykepleier som har en trygg sykepleiefaglig identitet kan lettere være fleksibel og tilpasse seg disse ulike rollene.

Det er mange ulike måter som makt kan misbrukes på, både bevisst og ubevisst, enten det er uttrykk for faglig usikkerhet, som kan vise seg i definerings, bruk av uforståelig fagspråk og terapeutiske teknikker, eller manglende selvavgrensning og selvrefleksjon som gjør at ens eget bidrag forblir ubevisst. Pasientene er «konsekvensesperter» (Norvoll, 2004, s.189), dvs. de som merker systemets organisering på kroppen. Sykepleierne har derfor en viktig rolle i å ta imot og lytte til tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, og ikke forsvare og forklare, men føre dette videre slik at det tas med i den faglige refleksjon og evalueringene på avdelingen. Slike tilbakemeldinger kan belyse merbelastninger og lidelse som systemet

påfører pasientene ved å ikke fungere godt nok. En institusjon som kontinuerlig forholder seg til menneskelig lidelse, kan utvikle en kultur som er lite empatisk overfor den enkelte.

«Personalets reaksjoner kan samtidig gjenspeile en mangel på organisatorisk kompetanse og organisatorisk bevissthet, slik at man individualiserer problemene ved å gjøre dem til egenskaper ved den enkelte pasient eller pårørende i stedet for å søke løsninger i den organisatoriske tilretteleggingen. Personalet klarer dermed ikke å ta imot brukernes reaksjoner på systemet på en god og konstruktiv måte» (Norvoll, 2004, s. 189).

Dette kan knyttes til sykepleierens rolle som pasientens advokat, der sykepleieren verner om pasientens rettigheter til å bli hørt, respektert og tatt på alvor.

Jeg har tidligere vært inne på den hermenutiske-fenomenologiske tilnærmingen som holdning og metode i pasientarbeidet. «En hermeneutisk holdning preget av en forstående tolkningsetikk toner hjelperen nærmere inn på pasientens eksistensielle liv, hvor han ofte har opplevd å ikke bli møtt» (Nilsson, 2007, s.153). Denne tilnærmingen inviterer pasienten inn som medforsker overfor sin egen livssituasjon, noe som også endrer maktforholdet. Pasienten blir en betydningsfull «lærer» ved at sykepleieren lar seg berøre av livets eksistensielle dimensjon. «Hjelperen berøres med andre ord så vel i sin følelse (hjertet) som i sin forståelse (intellektet). Inderliggjøring av personlig moral tror jeg skjer mer i et nærværende forhold til pasienten, og i mindre grad gjennom forelesnings abstraksjoner» (Nilsson, 2007, s.154). Men dette forutsetter at det er et åpent og ivaretakende klima på avdelingen blant personalet. I prosessen med å integrere egne kunnskaper og livserfaringer, og å utvikle handlingskompetanse i møte med ulike pasienter, trenger pleierne fora for refleksjon og veiledning.

Tilstedeværelse som nærværenhet er abstrakt og det er ikke så lett å formidle hva det er, men for den som opplever det, er det konkret og lett gjenkjennelig. Jeg vil derfor avslutte dette kapitlet ved å la en pasient beskrive en opplevelse av å bli møt med nærværenhet.

Jeg har noen ganger ved psykiatrisk klinikk opplevd at enkelte av personalet klarer å konsentrere seg helt om meg og stenge alt annet ute. Det er fint. En gang jeg var innlagt, kom en av personalet inn på rommet mitt, satt seg ned og satt der. Rolig. Hun stilte få spørsmål. Hun lyttet og reflekterte varsomt sammen med meg rundt mine eksistensielle spørsmål. Det var lenge stille mellom oss. En god

stillhet. Hun var der sammen med meg. Å kunne tåle tausheten vitnet om trygghet hos henne. Det var av en uvurderlig støtte. Det ga meg sinnsro. Hun tok seg tid og så meg. (Frahm Jensen, M.J. i Ulvestad et. al., 2008 s.159)

Det er grunn til å legge merke til at ulike fagtradisjoner og perspektiver beveger seg i samme retning, og kan utfylle hverandre, i utvikling av bedre faglig forståelse av tilstedeværelse.

I denne delen har jeg beskrevet hovedlinjer i forståelsen av tilstedeværelse og nærværenhet som samlet kan gi en helhetlig tilnærming til fenomenene og grunnlag for utforming av konkrete studier. De neste kapitlene viser hvordan dette ble gjennomført i mitt prosjekt.

4. Metode

Den fenomenologisk-hermeneutiske metoden er et naturlig valg ut fra problemstillingen og målet om å få en dypere forståelse av sykepleiernes opplevelser og erfaringer av tilstedeværelse i møte med pasientene. Ifølge Heidegger er den hermeneutiske fenomenologi «en metode som prøver å avdekke det som for den menneskelige forståelse i erfaringen av verden er umiddelbart meningsbærende og selvinnlysende» (Nortvedt og Grimen, 2004 s.62). Denne metodiske tilnærmingen gjør det mulig å få innblikk i sykepleiernes profesjonelle livsverden. Denne livsverdenen eller den enkeltes daglige opplevelser og erfaringer i arbeidet, vil være preget av tidligere opplevelser og erfaringer. I denne studien er det ikke informantenes totale livsverden, men den forståelseshorisonen som er tilknyttet deres faglige virksomhet som står sentralt (Hummelvoll & da Silva, 1996).

Metoden som er brukt for å samle data i studien er fokusgruppeintervju, der jeg var særlig inspirert av flerstegsfokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervjuet er velegnet til utforskning av menneskers erfaringer, oppfatninger, ønsker og vanskeligheter. Metoden er nyttig for å utforske meningsdannelser og holdninger til ulike temaer i en gruppe. I flerstegsfokusgruppeintervju er det en kjerne av deltagere som deltar på alle intervjuene, samtidig som det kan komme inn nye (Hummelvoll, 2008a). Dette vil føre til at intervjuene er del av en noe lengre prosess og samtidig gi åpenhet i forhold til nye perspektiver via nye deltakere. Mitt ønske var å engasjere sykepleierne som medforskere og vekke deres interesse for å utforske sin egen praksis i forhold til fenomenet tilstedeværelse, og kartlegge deres opplevelser og erfaringer i møte med ulike pasienter i deres profesjonelle livsverden.

Fokusgruppeintervjuet har en ikke-styrende intervjustil, hvor en ønsker å få frem varierte synspunkter på emnet som er i fokus. Som moderator/leder presentere jeg emnet, og la til rette for samtale i en åpen atmosfære der alle kunne dele sine synspunkter og erfaringer. «Fokusgruppen har ikke til formål å komme til enighet om, eller presentere løsninger på spørsmålene som diskuteres, men å få frem forskjellige synspunkter på saken» (Kvale &

Brinkmann, 2009, s.162). Den livlige gruppesamtalen kan i større grad få frem spontane synspunkter enn et individuelt forskningsintervju.

En co-moderator var med på de tre fokusgruppeintervjuene for å skrive referat av samtalene og observere og notere interaksjonen mellom deltakerne, og gi en kort oppsummering som avslutningen på hvert intervju. Co-moderatoren stilte også oppklarende spørsmål underveis i samtalen. Oppsummeringen av forrige møte ble lest opp i starten av neste fokusgruppeintervju, nettopp for å ivareta prosessen og gi nye deltakere muligheter til å få del i den.

4.1 Forberedelse

Tilstedeværelse er et stort og omfattende ord. I studiens startfase gjennomførte jeg søk i PsycINFO, Medline, Cochran Library og British Nursing Index på ordet «presence», men fikk få treff som omhandlet mitt tema. Jeg prøvde flere ord og kombinasjoner men fikk få napp. Aktuelle bøker ledet meg imidlertid videre til andre bøker og artikkelsamlinger. Lengre ute i prosessen søkte jeg på SveMed+ men heller ikke her fikk jeg treff på «tilstedeværelse» eller «nærværende». Jeg fikk en del treff på «presence», «nurse-patient» og «interpersonal relation». Noen kjente jeg allerede og tre nye ble inkludert i studien.

Planen var å ha tre fokusgruppemøter med helsearbeidere fra ulike psykiatriske døgnavdelinger, dvs. seks til åtte sykepleiere på tre møter av en og en halv times varighet, med tre til fire ukers mellomrom. Opplegget var inspirert av flerstegsmodellen, som er beskrevet over. Studiens eksplorerende karakter gjorde det ikke naturlig å bruke en detaljert intervjuguide. I stedet utarbeidet jeg et par åpne spørsmål og mulige temaer til hvert møte. Målsetningen var å ha en åpen og eksplorerende form der deltagerne kom frem med sine synspunkter.

Til det første fokusgruppeintervjuet laget jeg en introduksjon om hensikten med studien. Jeg stilte spørsmål om tilstedeværelse er viktig. Hva det vil si å være tilstede, hvordan oppleves det? Hvis vi så det på film, hva ville vi se? Opplevelser dere tenker tilbake på ?

Andre fokusgruppeintervju fulgte opp mulige spor fra første gruppesamtale. Hva er en god opplevelse av tilstedeværelse? Hva betyr tilstedeværelse for dere, mer personlig uten å trekke inn pasientene? Hva er den gode samtalen, det gode samværet for dere? (Jeg brukte også andre ord, som å være hos, være der for, og nærvær).

Til tredje fokusgruppeintervju tok jeg utgangspunkt i sammenfatningen fra det andre intervjuet, der det hadde kommet frem at sykepleierne opplevde at tilstedeværelse er forskjellig fra pasient til pasient. Er det å være tilstede likt, men hva en gjør forskjellig? Er det vanskeligere å være tilstede overfor de pasientene som selv har problemer med å være tilstede?

4.2 Utvalgskriterier

Jeg ønsket å ha med helsearbeidere som var mye sammen med pasienter i ulike sammenhenger og situasjoner, og ikke de som hovedsakelig møtte pasientene på sine kontorer. Jeg inviterte derfor helsearbeidere som jobbet i miljøet på avdelingene. Samtaler på poliklinikkene er ofte avtalt og foregår på et kontor med døren lukket, opptatt-lyset på og telefonen avslått. Dette er en annen situasjon enn på en avdeling der folk kommer og går, og der en er sammen i mange ulike situasjoner både innenfor og utenfor avdelingen. Dette stiller særskilte krav til at helsearbeiderne kan være tilstede for pasientene, og sanse deres ulike behov for nærvær i samværet.

Det var dermed sykepleiere og andre med helsefaglig utdannelse som jobbet i miljøet på døgnspsykiatriske rehabiliteringsavdelinger på distriktpsikiatrisk nivå som var den viktigste målgruppen. Jeg valgte også å holde meg til ett distriktpsikiatrisk senter i en storby.

Helsearbeidere som jobbet i miljøet ved fire ulike rehabiliteringsavdelinger under dette senteret ble invitert til å være med i fokusgruppene. Avdelingslokalene var geografisk spredt og sykepleierne fra de ulike avdelingene kjente hverandre ikke.

Utvalget var strategisk på to måter. Det var sammensatt for å gi informasjon særlig om tilstedeværelse i det daglige arbeidet i miljøet, som begrunnet over. Det var dessuten sammensatt med tanke på å få med sykepleiere som var opptatt av emnet, både ut fra studiens eksplorerende karakter, og ut fra ønsket om å få med deltakere som medforskere. Denne delen av utvalgsprosessen ble gjennomført med hjelp av avdelingslederne, som beskrevet under.

I praksis viste det seg å være vanskelig å oppfylle disse kriteriene fullt ut. En rekke praktiske omstendigheter førte til at påmeldelse og oppmøte ble mindre enn ønsket. Grunnlaget for utvalget viste seg å være for lite, på grunn av tidskonflikter, turnusordninger, vansker med å forlate avdelingen, møtekollisjoner m.m.

Utvalget besto av tilsammen fem deltakere, to psykiatriske sykepleiere, to sykepleiere uten videreutdanning, og en deltaker med annen helse- og sosialfaglig utdanning. Disse blir i teksten referert til som sykepleiere. En av deltakerne deltok på alle tre møtene, de andre var kun med en gang. Det kan være at noen av sykepleierne som deltok i starten følte at det kom opp ting som de opplevde som problematiske og strevde med i sitt daglige arbeid på avdelingen, men dette vet jeg ikke sikkert.

4.3 Tillatelse for gjennomføring

I studiens første fase innhentet jeg tillatelse til gjennomføring av fokusgruppeintervjuene fra Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste. Deretter fikk jeg godkjenning fra en seksjonsleder ved det aktuelle distriktpsikiatriske senteret, som henviste meg videre til fem avdelingsledere på de aktuelle avdelingene. Jeg sendte ut epost til avdelingslederne, og fikk

positiv tilbakemelding fra fire av dem, inkludert en som fortalte om stor interesse blant sykepleierne. Den femte meldte imidlertid tilbake at de ansatte ikke var interessert. De involverte avdelingene mottok et informasjonsskriv, og en påminnelse om intervjuet gjennom epost. Møtetidene ble avtalt med avdelingslederne. Da det viste seg at oppmøtet likevel var svakt, gjorde jeg noen nye forsøk på å rekruttere flere deltakere før siste intervju.

4.4 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene

Intervjuene ble gjennomført over en tremånedersperiode med henholdsvis tre og fire uker mellom intervjuene. Intervjuene ble foretatt i undervisnings/grupperom på institusjonene, to ganger på den ene og en på den andre. Møtene varte i en og en halv time, og ble tatt opp digitalt.

Ved første gruppeintervju kom tre sykepleiere; en med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie og lang erfaring fra ulike avdelinger, og to sykepleiere uten videreutdanning, som hadde jobbet noen år ved samme avdeling. En annen var påmeldt, men kom ikke. Informantene fortalte at det var en hektisk periode ettersom de holdt på med å revidere dokumentasjonssystemet. Gruppedeltagerne var aktive og kom raskt i samtale med hverandre, og delte opplevelser og erfaringer de har hatt med pasienter.

Til det andre intervjuet kom to deltakere, en sykepleier med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie som hadde vært med på første intervju, og en ny deltaker med annen helsefagutdanning, som hadde jobbet mindre enn et år ved avdelingen men hadde arbeidserfaring fra lignende avdelinger. De to var fra samme avdeling.

Til det tredje intervjuet kom det to sykepleiere med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie, hvorav en hadde deltatt tidligere. Den nye sykepleieren hadde kun vært ved avdelingen noen måneder, men hadde lang erfaring. De to var fra ulike avdelinger og kjente hverandre ikke.

Etter hvert gruppeintervju hadde moderator og co-moderator et møte om referatet, der vi delte tanker, observasjoner og refleksjoner om intervjuet. Intervjuene ble så skrevet ut av meg, dels ut fra co-moderators møterefertat, og dels ut fra utdypende gjennomhøring av opptakene. Co-moderator leste igjennom transkripsjon av intervjuene og kom med kommentarer og korrigeringer. Den korte oppsummeringen fra forrige møte ble også lest gjennom av co-moderator, før den ble lest høyt for informantene i starten av fokusgruppen. Det at forskeren selv hadde hånd om hele prosessen i samarbeid med en co-moderator, fungerte som en kvalitetsikring både når det gjaldt oppsummering og gjengivelse av intervjuene. Utsagnene ble nesten ordrett skrevet ned, med mindre endringer for å gi dem en skriftlig språkdrakt.

4.5 Metode for tolkning

Metoden for analyse var kvalitativ, datastyrt innholdsanalyse (Malterud, 2003) ut fra den hermeneutisk-fenomenologiske tilnærmingen. Som forsker forsøkte jeg i størst mulig grad å sette min egen forforståelse i parentes, for å få frem fenomenologiske aspekter. Jeg søkte etter sentrale begreper og utsagn i deltakernes beskrivelser for å få frem essensielle trekk.

Denne prosessen var mer utfordrende enn jeg hadde forutsett. Det ble blant annet klart at min tilnærming til tilstedeværelse ikke var så velkjent for intervjudeltakerne som jeg hadde antatt – samtidig som de kjente mange av dilemmaene på kroppen, brukte de ofte andre ord og behandlet temaet mer implisitt, som aspekt ved andre problemsituasjoner.

På møtet etter første gruppeintervju kommenterte co-moderator at hun fikk vondt av meg, siden deltagerne knapt hadde berørt de problemstillingene jeg var opptatt av. Det at deltagerne brukte andre ord og tolkningsrammer, samtidig som de i praksis *var* opptatt av tilstedeværelse, var en utfordring, selv om dialogen ble bedre etterhvert. Derfor arbeidet jeg ekstra mye i tolkningen og analysen av intervjuene med å la informantene komme til uttrykk med sin egen stemme, og være tydelig på hva som er min fortolkning (jfr. oppgavens diskusjon).

For å komme videre laget jeg en tabell med oversikt over viktige emner og ulike innholdskomponenter. Min tolkning har vært rettet mot sentrale temaer og undertemaer i materialet. Både samstemte oppfatninger og flertalls- og enkelterfaringer ble dermed belyst gjennom abstraksjoner og teoretisk refleksjon (Hummelvoll, 2010, i trykk).

4.6 Ethiske overveielser

Studien ble gjennomført ut fra hensynet til ivaretagelse av anonymitet, personvern og etiske prinsipper. Avdelingslederne som formidlet kontakten mellom forsker og sykepleiere tok på seg ansvaret for å følge opp informantene dersom det skulle bli behov for det. Deltagerne kunne også ta kontakt med meg.

Ved oppstarten av fokusgruppeintervjuene presenterte sykepleierne seg ved fornavn. Kun initialene ble notert i referatet og navnene ble senere ikke nevnt. Vi ble enige om å ikke bruke navn på noen pasienter. Og sykepleierne ble orientert om at intervjuene ble anonymisert.

Tilstedeværelse er et eksistensielt tema som lett kan oppfattes som følsomt og personlig nærgående. Som forsker var jeg ikke terapeut, og deltagerne var kommet for å hjelpe meg, ikke for å få hjelp (Fog, 2004). Dette gjorde meg ydmyk overfor det de ga av sine erfaringer uten annet vederlag enn det de fikk ut av å være der. Utfra denne posisjonen og takknemligheten opplevde jeg at det å trå varsomt og skape en varm atmosfære ble viktig. Ikke-skade- og godhetsprinsippet ble viktig. I løpet av fokusgruppeintervjuene var jeg ved flere anledninger varsom med å følge opp spørsmål der jeg intuitivt opplevde at sykepleieren ikke ønsket å forklare seg nærmere. En gang bekreftet en av sykepleierne at hun ikke hadde det så enkelt på hjemmebane for tiden.

Målet var at sykepleiernes rett til privatliv og respekt for personlig integritet ble ivaretatt (Hummelvoll, 2008b). Om sykepleierne gjennom denne metoden fullt ut opplevde å bli

medforskere vet jeg ikke, men intervjuene ble preget av at de raust, ærlig og ivrig delte sine erfaringer.

5. Resultater

I denne delen presenteres studiens resultater, med sitater fra fokusgruppeintervjuene. Jeg legger først frem hovedresultatene i form av en tabell, og går deretter nærmere inn på hvert av dem.

Presentasjonen er knyttet til problemstilling og forskningsspørsmål. Tabell 1 under gjengir de viktigste forutsetningene, dilemmaene og hindringene som var knyttet til tilstedeværelse som nærværenhet.

Tabell 1: Forutsetninger og hindringer for tilstedeværelse

Tema	Innhold
Vilje til å være i møte	Tilgjengelighet og tillit Ta den andres perspektiv Gripe mulighetene i situasjonen Det hverdagslige samvær
Hensikter og mål	Tidsperspektiv og målsetninger
Utfordringer og faglige dilemmaer	Avhengighet versus trygghet Premisser for samarbeid Fastlåste posisjoner
Roller og relasjoner	Kjemi og allianse Nyutdannede og erfarne

De neste avsnittene tar opp disse hovedtemaene og deres innholdskomponenter, utdypet gjennom sitater og utdrag fra fokusgruppeintervjuene.

5.1 Vilje til å være i møte

Da deltakerne reflekterte over hva de forbandt med tilstedeværelse, assosierte de til opplevelser av å være der for andre, og de mulighetene dette gir. De beskrev sine idealer og erfaringer gjennom konkrete situasjoner med pasienter der de prøvde å være tilgjengelige, vise empati og være mentalt nærværende i dagliglivet på avdelingene.

5.1.1 Tilgjengelighet og tillit

Deltakerne mente at det å være tilgjengelig er viktig, men også at en viser vilje til å lytte for å forstå, dvs. at en er nærværende tilstede for den andre.

Tilstedeværelse er det å være fysisk tilgjengelig for folk, at de får tak i deg, men like mye og vel så viktig er det å være tilstede i samtalen, «være på nett» med den du snakker med.

Å lytte er noe av det viktigste. Lytte for å lytte, at en hører skikkelig etter hva en sier og ikke hopper på løsninger etter to minutter, når du prøver å si noe som er vanskelig. Å bli tatt imot på en ok måte, og at det du sier ikke blir spredd ut til «feil folk».

Deltakerne delte i samtalen sine ulike erfaringer om hvor viktig tillit er for å kunne være tilstede og nærværende for pasienter, og utfordringene når relasjonen ikke er bygd på tillit:

Tillit er grunnsteinen i alt vi jobber med her. Det vi opplever med noen av relasjonene vi nevner her er at de har en grunnleggende mistillit. Noen ganger må en jobbe uten tillit. Da gjelder det å holde tungen rett i munnen og ikke føle at det er en selv det er noe i veien med, men løfte blikket og skjønne at det handler ikke om meg. Her er det ikke mulig å opprette tillit og jobbe uten.

En annen sykepleier ga følgende kommentar:

Eller en må revurdere om en kan jobbe med den pasienten. Det er umulig å jobbe uten tillit. Du klarer ikke være tilstede for en som tydelig misliker deg.

Men til dette repliserte den første sykepleieren:

Jeg har jobbet mye med en som ikke har tillit. Det var hovedutfordringen. Det vi kunne gjøre var å sette grenser og struktur hele veien. Slitsomt, for en ønsker feedback på et eller annet nivå på at noe av det du gjør er ok. Teamet blir veldig viktig.

I den videre samtalen kom de inn på hvor viktig det er for dem å ha støtte i kollegiet, og ha en opplevelse av at pasientene er et felles ansvar og at de ikke står alene. Dette gir mot til å stå i vanskelige situasjoner, enten det er krevende situasjoner på avdelingen, eller i privatlivet.

Jeg opplever at her kan jeg snakke med ledelsen. En blir godt tatt imot og det legges tilrette. Det gjør at en orker mer. Trenger du sykemelding så er det ok, og dette gjorde at jeg orket å jobbe.

En annen sa:

De folka du har rundt deg har mye å si. Hvordan du blir møtt og at pasienten er et kollektivt ansvar. Du får ikke skylda for det pasientene gjør.

Tilgjengelighet og tillit er altså svært viktig for tilstedeværelse i forhold til pasientene, og dette krever gode samarbeidsforhold innen personalet.

5.1.2 Ta den andres perspektiv

I fokusgruppeintervjuene handlet samtalen blant annet om de positive aspektene ved tilstedeværelsen, og hvilke muligheter sykepleierne erfarte gjennom tilstedeværelse hos dem selv og hos pasientene i ulike situasjoner. Det å ta pasientens perspektiv ble beskrevet som befriende for sykepleierne, men det krevde overskudd til refleksjon i situasjonen. Sykepleierne opplevde at det å kunne trekke seg ut av situasjonen med pasienten, for å få en bedre forståelse av det pasienten formidlet, var til hjelp for dem. Dette bidro til å styrke sykepleiernes selvrefleksjon og selvavgrensning i ulike situasjoner.

Tilstedeværelse handler om å løfte blikket og sette seg inn i den andres posisjon.

Jeg var fornøyd med en samtale jeg hadde hatt med en pasient, men fikk høre etterpå at hun følte seg avvist. Hva kunne dette være? Jeg trodde ikke jeg hadde sagt noe galt. Jeg tenkte på det også fra hennes side. Hun var sårbar og lurte på om vi likte henne - og jeg var ny i hennes team. Jeg tok kontakt og sa at jeg hadde hørt at hun var litt sint på meg, men at hun skulle vite at jeg ikke hadde noe imot henne, og ville gjerne bli kjent med henne og være i hennes team. Korte setninger på kjøkkenet, ikke en ordentlig samtale, men det løftet alt.

Sykepleieren utdypet dette senere.

Det er lettere å håndtere hvis en får «time out» og ser hva som skjer. Man kan også prøve å kjøpe seg tid. I en annen situasjon tenkte jeg at neste gang jeg er i en lignende situasjon som denne skal alarmen gå, slik at jeg kan trekke meg ut tidligere.

En av de andre deltagerne opplevde at det i situasjoner der det å ta pasientens perspektiv krevde ekstra konsentrasjon og overskudd, fordi pasienten strevde, kunne det likevel være lettere å gjøre dette, nettopp fordi det var mer krevende.

Når pasienten er ukonsentrert, så må man konsentrere seg mer selv for å holde fokus. Og det gjør at en blir mer fokusert. Men det er avhengig av dagsformen, hvis en har en dårlig dag er det lett å bare «flyte med» pasienten. Den gode samtalen er avhengig av dagsformen, fordi tilstedeværelse krever konsentrasjon på høyt nivå.

En av deltakerne var også inne på viktigheten av å bare være hos pasienten, det å tilby sitt nærvær selv om pasienten ikke ville eller klarte å snakke. Det å kunne sitte sammen i stillhet kan være det nærværet som pasienten trenger – uten krav om å måtte uttrykke seg. Nærværet kan da nonverbalt formidle medmenneskelig omsorg.

Det er viktig å bare være tilstede når folk har det vanskelig og ikke er i stand til å snakke. Da kan en allikevel være tilstede.

Tilstedeværelse som nærværenhet krever både oversikt, empati og konsentrasjon, og kan også formidles uten språk.

5.1.3 Gripe mulighetene i situasjonen

Deltakerne delte erfaringer med å være tilstede i situasjonen, og klare å gripe mulighetene som dukker opp. De opplevde at dette ga dem en god følelse.

Omstillingen er tilstedeværelsen, det at man klarer å vri seg rundt og være tilstede for den enkelte. Det er de små ting, som det ikke så lett å forklare. Jeg hadde en pasient som hadde snakket mye om at vi skulle sjekke ut et aktivitetshus, men det ble ikke noe av. Så var vi på tur og så nevnte jeg det, og så bare snudde vi og gikk dit. Jeg var veldig fornøyd, kan ikke forklare hva det var, men det handla om å være tilstede.

Her beskriver sykepleieren at tilstedeværelsen kan gi en fleksibilitet og åpenhet i forhold til den enkelte pasients målsetning og behov. Innsikt og kjennskap til pasienten gjør at en ser muligheter for handling i situasjonen.

Det er i ofte i hverdagslige settinger at pasienter kommer med ting. Ikke når en setter seg ned og skal ha en kvalitetssamtale. Men de kommer opp med ting når en er ute og handler, går tur eller er på vei til tannlegen; da føler de seg tryggere og friere, og en får verdifull informasjon.

Senere ble dette utdypet.

Jeg har hatt de mest verdifulle samtalene utenfor institusjonen. Da er det ikke én part som lytter, det blir mer naturlig, og samtalen flyter bedre.

Sykepleierne reflekterte også over hvordan pasientene griper mulighetene til å dele sine tanker og følelser i ulike situasjoner, der de er alene sammen med sykepleieren utenfor institusjonen. Dette kan ha sammenheng med at slike situasjoner gir mer plass til likeverd, fordi samhandlingen skjer på et «nøytralt sted». Dette styrker den felles menneskelige erfaringen hos både pasient og sykepleier. Pasienten møter sykepleierens «ordinary-me» utenfor avdelingen, og dette gjør det lettere å åpne seg og bli bedre kjent.

5.1.4 Det hverdagslige samvær

Deltakerne beskrev den spesielle utfordringen det er å være nærværende i dagliglivet på avdelingen og ved ulike aktiviteter, som for eksempel på felles sosiale turer eller felles aktiviteter på stuen. De satte ord på sine opplevelser av å ha en dobbeltrolle i miljøet, der de

skal være både «hverdagslige» og «profesjonelle» i relasjonen til pasientene, i tråd med de ulike domene «the ordinary-me» og «the professional-me» (Barker m.fl, 1999). Deres beskrivelser passet imidlertid vel så ofte med kategorien «the pseudo-ordinary-me».

Kunsten er «å late som» vi slapper av. Det er jo derfor du kan være kjempesliten i psykiatrien, når du går fra jobb. Tenker hele tiden: «Hva skal jeg gjøre nå? Snakke/ikke snakke?» Bruke masse energi og samtidig late som det ikke skjer noen ting. Viktig å få andre til å føle seg trygge og komfortable. Føle deg frem. Ikke tråkke over pasientenes grenser, som sykepleier, når en for eksempel er på tur. Det er fingerspissarbeid. Om du setter ord på det som skjer i situasjonen, så blir det kunstig og det ødelegger det hele.

Kunsten er å få det til å se ut som om det ikke skjer noe, du bare er der, da gjør du en god jobb, for samtidig skjer det veldig mye inni hode på deg selv. Det å velge de settingene en vil bruke og ikke, og kunne skille mellom ulike situasjoner er krevende. Det er slitsomt å være med en terapeutjeger, så det må ikke bli for mye.

Sykepleierne beskrev et ønske om at pasientene skulle slappe av sammen med dem og tro at også sykepleierne var avslappet, samtidig som de observerte og vurderte det som skjedde for å intervenere når de opplevde det som terapeutisk riktig. De var opptatt av at de ikke måtte intervenere terapeutisk unødig, fordi dette kunne ødelegge situasjonene, og pasientene ville dermed oppleve personalet som slitsomme og muligens invaderende. Det var vesentlig for dem å finne denne balansen, og nettopp dette førte til at det å være mentalt tilstede i miljøet på avdelingen ofte var krevende og slitsomt.

En av deltakerne fortalte fra en fellestur med pasienter fra flere avdelinger på en ordinær turbuss.

Jeg satt sammen med pasienten på bussturen ned dit. En ung jente jeg ikke viste noenting om. Vanskelig å vite hva jeg skulle si og ikke si. Syntes hun var tøff som ble med, når hun ikke kjente noen. Kanskje hun syntes at det var deilig at vi ikke visste så mye om henne? Tror hun syntes det var helt greit. Hvor mye skal man være tilstede? Hvor mye skal jeg snakke? Vi snakket litt om vær og vind, så var vi mye stille. Skulle jeg være kompis eller la henne ta initiativ? Hun tok på seg øretelefoner etter hvert. Da slappa jeg av. Ble ganske usikker, jeg kjente henne jo ikke.

Sitatet gir et glimt av intervjudeltakerne som medforskere: hvor mye skal man være tilstede, hvordan utformer man nærværenhet på en god måte? Denne sykepleieren beskrev at hun var opptatt av å ikke ødelegge situasjonen ved å sette ord på det som skjedde, siden dette ville fremheve rollene som pasient og sykepleier. Bussen var full av «vanlige mennesker» som ikke var knyttet til institusjonen. Pasienten løste denne situasjonen ved å ta på seg øretelefonene slik at de begge kunne slappe av. Det er uklart om sykepleieren hadde gitt avkall på ulike handlingsalternativer i situasjonen, og overlot til pasienten å ta ansvaret.

Det går frem av utsagnene at en slik mental beredskap kan være krevende, noe sykepleierne kom tilbake til i beskrivelser av forskjellene på hvordan nyutdannede og erfarne sykepleierne fungerte på avdelingene.

5.2 Hensikter og mål

De stadige omorganiseringene i helsevesenet er ofte beskrevet som slitsomme prosesser der fagfolk setter spørsmålstegn ved effekt og nytte. Men slike omorganiseringer kan også oppleves som forbedringer både av pasienttilbudet og av arbeidssituasjonen. Noen av intervjudeltakerne beskrev hvordan tilstedeværelsen og nærværet ble preget av at de manglet en klar hensikt og mål for sitt samarbeid med pasientene. Dette gjaldt en rehabiliteringspost med opphold på opptil syv år. Situasjonen ble lettere da avdelingen ble omorganisert til en aktiv behandlingsavdeling der liggetiden var på maksimalt fire måneder. På den annen side fortalte en av de andre sykepleierne om at hun før hadde jobbet på en korttidsavdeling, men at hun nå trivdes mye bedre, på en rehabiliteringsavdeling der tidsperspektivet var lengre.

5.2.1 Tidsperspektiv og målsetninger

Det er ok med kortere tid. Nå møter jeg flere pasienter og kan være tilstede på mange ulike måter. Jeg kan selv vurdere hvordan det går, og det blir bedre balanse og kvalitet på min tilstedeværelse. Det er ikke år fremover. Det har en begynnelse og en slutt, og jeg vet hva jeg skal jobbe med i de neste månedene. Da klarer jeg å være mer tilstede og har mer å gi.

Før var det mer kronisk syke, «tung materie» som det er tungt å jobbe med. Jeg så ingen ende på det, og det var tungt.

Jeg blir ikke så sliten nå. På rehabiliteringsavdelingen prøvde vi å ta tak i alt over tid. Jeg ble tappa for krefter.

Sykepleierne beskrev her hvordan de opplevde at den nye organiseringen og strukturen i behandlingsavdelingen virket frigjørende ved at de fikk klarere hensikter og mål for pasient-samarbeidet i den korte perioden pasientene var der. Det virker som om dette ga sykepleierne en opplevelse av klarere fokus for arbeidet, at de fikk brukt sin kompetanse bedre, og at de tydeligere så fremgang hos pasienten. Utsagnet om at en selv kunne vurdere utviklingen i relasjonen og hos pasienten, og at dette ga bedre balanse og kvalitet, kan blant annet knyttes til teori om flyt (jfr. kap. 4.2).

En annen sykepleier, som tidligere hadde jobbet på en korttidsavdeling, opplevde at nettopp det å følge en pasient over tid, ga en god følelse for jobben hun gjorde. Dette kan ha sammenheng med at det ikke bare er kontaktens lengde som er det sentrale, men opplevelsen av at sykepleier og pasient har et felles og realistisk mål for samarbeidet.

Jeg har en pasient som jeg kjente fra en annen avdeling for omlag fem år siden, som nå skrives ut. Jeg føler for første gang at jeg gjør en ordentlig jobb. Vi kan følge opp over tid hvis pasientene har godt av det og selv vil.

Det er lettere å være nærværende tilstede når tidshorisonen er felles og er tilpasset den enkelte pasienten, slik at både pasient og sykepleier ser mål og mening med samarbeidet.

5.3 Utfordringer og faglige dilemmaer

Deltakerne beskrev detaljerte situasjoner i møte med pasienter som de opplevde som utfordrende, og som de knyttet til tilstedeværelse og det å være nærværende. De beskrev tre ulike dilemmaer, knyttet til henholdsvis avhengighet, premisser og posisjoner (utdypet under), som hadde det til felles at sykepleierne opplevde at de ikke klarte å hjelpe pasientene. De prøvde å gjøre det de trodde var riktig og det som var avtalt, men følte ofte at

det ikke hjalp. I møte med pasientens krav om tilstedeværelse, mellommenneskelig kontakt og samtale, kjente sykepleierne på følelser av hjelpeløshet, irritasjon og å bli invadert.

5.3.1 Avhengighet versus trygghet

Sykepleiernes refleksjoner over tilstedeværelse omfattet opplevelser der de følte at pasientene krevde for mye kontakt og oppmerksomhet. De beskriver at dette var utfordrende fordi pasientene enten ønsket mer kontakt enn personalet mente de hadde godt av, og dermed kunne bli avhengige, *eller* at de ikke ønsket kontakt, og derfor måtte tilbys og lokkes til samvær. I alle tre fokusgruppesamtalene drøftet deltakerne at måten de er tilstede på hele tiden måtte avpasses i forhold til pasientenes diagnoser. I denne sammenhengen ble tilstedeværelse ofte redusert til et spørsmål om fysisk tilstedeværelse.

Definisjonen av tilstedeværelse er avhengig av pasienten man jobber med. Hvis pasienten er fryktelig tilbaketrukket, må jeg oppsøke og mase om deltakelse i sosiale aktiviteter. En må være var på hvor grensene går. Det er vanskelig å tenke abstrakt om tilstedeværelse, for det er så forskjellig fra person til person, hva de trenger.

Noen vil at en skal være der hele tiden, andre vil ikke ha kontakt. Jeg gir mer når det siste er tilfellet. Men det er utfordrende å ikke være tilstede hos pasienter som ønsker det. Det er vanskelig, fordi en ønsker å hjelpe.

Noen er du tilstede for når du snakker om vær og vind og hva de skal ha til middag. Mens andre er du tilstede for når vi snakker om de innerste følelsene. Det er forskjellig hva pasienter ønsker å snakke om.

Sykepleierne ga uttrykk for at det ikke er pasientens umiddelbare behov som skal styre hvor mye kontakt og samtaler de får, for sykepleierne skal følge de individuelle behandlingsplanene pasientene har. En av sykepleierne beskrev at hun måtte forandre sin vanlige måte å være tilstede på, som hun var vant til fra sitt forrige arbeidssted, fordi pasientene på denne avdelingen skulle trene på selvstendighet.

Noen ganger er en der for mye. Jeg er vant til det fra min forrige jobb. Her skal ikke pasientene vende seg til å ha personalet der. Det er dumt om de blir avhengige av oss, for de skal ut i verden.

Sykepleierne anså diagnosen som avgjørende for hvor lett pasientene ble avhengige. Slik avhengighet måtte forebygges ved å ikke være for imøtekomne, og ved å avvise overdrevne behov for kontakt og nærvær. Det kompliserte situasjonen for sykepleierne at noen av disse pasientene (som lett ble avhengige) stadig var kontaktsøkende, noe som førte til at sykepleierne ofte måtte grensesette og avvise ønskene.

Det er vanskelig å finne balansen når vi har så mange forskjellige diagnoser. Noen skal ikke bli for avhengige, men det er vanskelig å ikke gi eller være tilstede for de som ønsker det.

Vi er inne i en fase der flere pasienter ønsker at vi skal være tilstede på alle områder kontinuerlig. Litt vanskelig fordi det ikke er så bra for pasientene. Ikke så lett å forklare at det ikke er like bra. Jeg fikk en kommentar i går som var litt fleip, men også litt alvor. Jeg satt på vaktrommet og hadde akkurat logget meg inn på internett. Så står en pasient i døren og sier: «Så du bruker tid på internett istedenfor å snakke med meg?». Vi har akkurat begynt å begrense samtalene litt. Hva skulle jeg si? Ja!

Samtidig sa sykepleierne at det å skape trygghet er en viktig oppgave i psykiatrisk sykepleie. Det kan virke som om den medisinske diagnosetenkningen og sykepleiernes opplevelser her fører til motstridende oppfatninger om hva som er bra for pasienten.

Tilstedeværelse fører til trygghet. Pasientene vet at noen er der hele tiden. Tør å holde ut følelsene og forstår at følelsene ikke er farlige. Det er vår jobb.

Spenningen mellom avhengighet og trygghet virket ofte uavklart og forvirrende for sykepleierne fordi så mange ulike faktorer og forhold ble blandet sammen. Dette kunne i noen situasjoner virke passiviserende på sykepleierne som istedenfor å samarbeide aktivt med pasientene for å øke deres selvstendighet, opplevde de nærmest måtte stå til rette overfor pasientene som om de hadde sneket seg unna.

5.3.2 Premisser for samarbeid

Deltakerne la frem flere ulike situasjoner der de syntes at de ikke hadde kunnet hjelpe pasientene fordi pasientene ikke ville ha den hjelpen de tilbød, men ønsket noe annet. De beskrev at den kontakten noen av pasientene ønsket, var en type kontakt som sykepleierne forbandt med en selskapsdame eller venn, og ikke med en profesjonell hjelper. Slike

situasjoner kunne utvikle seg til en maktkamp om hvem som skulle bestemme hvordan pasientsamarbeidet skulle foregå og hva de skulle samarbeide om.

Det er kommet en ny pasient som bare vil at vi skal være tilstede på hennes premisser. Ikke spørre om noe og ikke snakke om problemer. Ikke være der som helsepersonell, men mer som venner, noen å prate med. Pasienten har hatt en dramatisk innleggelse, ved at politiet brøt seg inn, og ble krenka av at andre spurte om dette. Pasienten skrev seg ut etter 4-5 uker. Vi kan ikke ha folk på oppbevaring. Pasientene må delta i avdelingen. I starten var jeg optimistisk og hadde planer for miljøet og ukeplaner, men etterhvert var jeg kun glad for at hun var her hos oss. Sånn at hun kunne få samlet seg mer. Litt eksentrisk og ville ikke bli anderledes. Hun mente at hennes problem var søvn, mange har det som «problem». Mange pasienter mener at bare de får sove, så er det ikke problemer. Hun sa i utskrivningssamtalen at ingen hadde snakket med henne utenom meg. Men hun hadde jo sagt i fra at hun ikke ville at noen skulle komme inn til henne.

På spørsmålet om hva sykepleieren gjorde for å få kontakt, svarte hun:

Jeg sa det pasienten ville høre, for ellers hadde jeg måttet gå. Tilstedeværelse hundre prosent på hennes premisser. Jeg var der for henne, pressa litt og så gikk jeg. Jeg følte at hun forholdt seg til meg. Hun henvendte seg til meg og jeg hørte på henne, vi snakket om dagligdagse ting som hun ville snakke om.

I samtalen kom vi inn på brukermedvirkning i forhold til denne situasjonen. På spørsmål om dette svarte sykepleieren:

Brukermedvirkning er viktig, men man må ikke bygge relasjoner på feil premisser. Man må beskytte seg selv. Jeg er sykepleier, og sier det jeg sier i kraft av min kompetanse.

De to andre sykepleierne som var med i denne samtalen, kommenterte ikke direkte, men den ene, som arbeidet på samme avdeling, sa at hun selv følte at hun ikke hadde fått gjort noe for denne pasienten. Den tredje, som arbeidet på en annen avdelingen, kommenterte indirekte at det er vondt når pasienten ikke har et eget nettverk og personalet blir det ene nettverket pasienten har. Dette gjør det vanskeligere å «bare» være fagperson, fordi en gjenkjenner og forstår pasientens behov for nærere relasjoner. Samtalen viste hvordan sykepleierne opplevde at de blir utfordret i forhold til nærhet og mellommenneskelige relasjoner.

Kroniske syke er ensomme, og det er trist. Vi blir omgangskretsen til pasientene. Det er trist når vi skal overta rollen som venner, vi kan ikke være venner. Noen har ikke kontakt med andre og noen er ikke interessert i det heller. Det er trist og gjør vondt langt inni meg, men vi må passe på oss selv ellers blir vi spist.

Premisser er vanskelige men også svært sentrale for samarbeidet mellom sykepleierne og pasientene. Intervjuene viste at sykepleierne kunne bli utfordret av slike vanskeligheter på en måte som førte til at de følte behov for å markere sin faglige autoritet snarere enn å gå inn i en medmenneskelig relasjon.

5.3.3 Fastlåste posisjoner

I møte med hva en kan kalle «pasientens bunnløse behov», enten det er i forhold til samtale eller det å bli anerkjent og sett, opplevde sykepleierne et stort krav om tilstedeværelse og nærvær. De beskrev mange situasjoner der pasienten ønsket samtale hele tiden, eller gjentok samme tema i samtalen, noe sykepleierne opplevde som krevende og til tider provoserende. De fikk følelse av hjelpeløshet, sinne eller å bli invadert. Arbeidsdagen ble preget av å sette grenser og av å avvise. De ga uttrykk for en tro på at dette kunne hjelpe hvis det ble gjentatt mange nok ganger, men nevnte samtidig at det lett kunne gå utover deres relasjoner til pasientene. Her er tre utsagn som illustrerer dette:

Kanskje de pasientene som det er vanskeligst å være tilstede for, er de som er anmasende. Da lukker vi igjen og hører ikke noenting til slutt. Det er en utfordring når samme tema gjentas og gjentas, det blir vanskelig å holde fokus. Dette har jeg hørt og hørt.

Ja, som hakk i platen, og gjentakelsene går så fort. Det er en frustrasjon utover det at vi ikke kommer videre og det blir også en frustrasjon over å høre det samme hele tiden.

Og for meg er det uunngåelig å ikke falle ut av og til og tenke på ting hjemme. Jeg er inne i en periode hvor jeg er litt lei og det er vanskelig å være tilstede, ikke fysisk, men være tilstede psykisk, for jeg klarer ikke følge pasienten og vet ikke hva som kunne hjelpe henne. Det er lett at man føler seg dum. Jeg kan av og til føle meg dum. Hjelpeløs er kanskje en bedre beskrivelse. Jeg vet ikke hva jeg skal si.

På spørsmål om hva pasientene sier om hva som hjelper, svarte en av sykepleierne:

Pasienten vil at vi skal si: «Dette er en prosess, det går bra, det går over og du er sterk». Men jeg synes det blir galt å si det samme om og om igjen, da blir det tomme fraser.

En annen sykepleier (på samme avdeling) utdypet dette.

Denne pasienten har ikke kontakt med seg selv. Da blir det vanskelig for oss å skulle få det. Hun klarer ikke være tilstede hos seg selv.

Vanskelige situasjoner oppstår når pasientene krever samtale hele tiden og sykepleierne opplever å bli stående i en posisjon der de stadig må avvise. I dette tilfellet bekymret sykepleierne seg for om denne pasienten sto utenfor vaktrommet og lyttet til det de sa om henne og de andre pasientene på rapporten.

Kravet om tilstedeværelse blir så stort. Pasientene vil ha effektiv samtaleterapi 24 timer i døgnet. De får det ikke, men krever det. Det blir vanskelig å sette grenser, når hun skal ha det hele tiden. Pasienten føler seg avvist, men oppsøker situasjoner der hun må avvises. Jeg føler meg ganske hard, som avviser. Jeg blir livredd for at hun står utenfor døren og lytter og kan høre alt fra rapporten.

Posisjonene «vi og dem» blir satt på spissen i slike situasjoner, som både kan forårsakes av og lede til forsterkning av rollene som eksperter med definisjonsmakt og myndighet.

En annen pasient etterspør også mye samtaler, som jeg ble provosert av i dag. Hun kom under rapporten og ville ha samtale, og sa det var alvorlig. Jeg avbrøt rapporten, og så er det ikke noe nytt, ikke noe som ikke kunne vente. Du kan bli fryktelig provosert. Pasienten har ikke respekt for din jobb, dine grenser og for din arbeidstid, og det er ikke bare å late som det er greit og moro. Vi er jo mennesker som jobber her. Dessuten skulle pasienten til terapeuten en halvtime etterpå! Det er det samme med en annen pasient vi har, som har sluttet nå etter mye grensesetting. Hun ringte akkurat når vi skulle gå fra jobb. Det var også veldig provoserende. Da blir jeg så primitiv at jeg tror hun vil være viktigere enn våre private avtaler.

Sykepleierne beskriver at de opplever at pasientene møter dem med *krav* om tilstedeværelse, samtale, kontakt og oppmerksomhet. Sykepleiernes opplevelse av disse «urimelige» kravene kan prege måten de kommer pasientene i møte på.

5.4 Roller og relasjoner

Deltakerne kom flere ganger tilbake til temaet om de ulike sidene ved sykepleierrollen i forhold til å være en profesjonell sykepleier, et medmenneske og en venn. Opplevelsen av å

ha god kjemi og allianse gjør det lettere å bygge relasjoner og å veksle mellom ulike roller. Dette er noe pasienter har beskrevet i andre studier (Topor & Borg, 2007). Personlige forhold som sykepleierens trygghet og erfaring tillater økt fleksibilitet i forhold til ulike roller. Sykepleierne betonet dette som viktig også ved å knytte det opp til pasientenes behov for å ha muligheten til å ha flere roller enn bare pasientrollen.

5.4.1 Kjemi og allianse

I det første fokusgruppeintervjuet var sykepleierne opptatt av begrepet kjemi, og knyttet dette til at det er lettere å få kontakt og bli kjent når en liker hverandre. Dermed kan en bygge en allianse. Det kan virke som om disse subjektive faktorene i forhold til relasjonsbygging gjør at sykepleierne blir mindre slitne og lettere kan være fleksible.

Noen er det lettere å hjelpe enn andre, men det er individuelt. Jeg kan hjelpe noen, andre kan hjelpe andre. Noen pasienter gjør at en blir mer sliten. Vi utfyller hverandre på ulike ting og måter. Det er viktig å ikke undergrave kjemien. Vi kan ikke være tilstede for alle, vi er profesjonelle, men ikke like bra med alle.

En av de andre kommenterte dette slik.

Det må være sånn, ellers blir en oppbrukt. Hvis en skal være tilstede for alle, blir en oppbrukt.

Og en tredje sa:

Den siste forskningen viser at allianse eller kjemi er det viktigste i behandlingen. Det gjelder alle, ikke bare individual terapi. Allianse har med hvor godt du kjenner noen.

En av sykepleierne fortalte om hvordan en pasient hadde beskrevet dette i et kort som sykepleieren hadde mottatt da pasienten ble utskrevet.

Jeg fikk et kort av en pasient jeg har fulgt i to år da hun ble utskrevet. Hun skrev om kjemi, at vi kunne tulle og fleipe, men at jeg skjønnte fort når det var alvor. At jeg klarte å skille mellom privatliv og jobb, for hun var så egoistisk og hadde nok med seg selv. Hun takket for hjelpen til å se fremover og ikke bare planlegge sin egen begravelse lengre. Det var sterke ord som gjorde inntrykk.

En av de andre sykepleierne spurte om dette gjorde at hun følte seg sett. Da svarte hun:

Ja, veldig. Når jeg får en sånn tilbakemelding får jeg lyst til å bidra. Det er ikke alle en er sånn for, men at en kan ha en slik betydning for noen, er meningsfullt. Jeg skjønner hvorfor jeg er i denne jobben.

Sykepleieren beskriver her en relasjon der hun har vært tilstede for pasienten og har opplevd at de begge var trygge, likte hverandre, hadde god kjemi og respekt for hverandres grenser. Pasienten satte ord på at hun har hatt nok med sitt og ikke hadde følt at hun måtte ta ansvar for sykepleieren, selv om sykepleieren hadde tatt ansvar for henne. Gjensidigheten i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten kom tydelig frem i samtalen.

5.4.2 Nyutdannede og erfarne

I det tredje og siste fokusgruppeintervjuet drøftet deltakerne sine observasjoner av forskjeller mellom nyutdannede og erfarne sykepleiere i måten de var sammen med pasientene i miljøet på, både innenfor og utenfor avdelingene. Sykepleierne som deltok i dette intervjuet var alle erfarne, men uttrykte at også de gjerne skulle hatt mer «å gjøre» på avdelingen fordi det kunne bli litt for mye av bare «å være». De prøvde å beskrive ulike måter å være tilstede på, i miljøet på avdelingen, som sitatene under illustrerer.

Det er mye «væren» i psykiatrien. Av og til skulle jeg ønske det var mer «å gjøre» ikke så mye «å være».

Jeg ser forskjell på de mer erfarne i hvordan man er i miljøet, unge sykepleiere som er vant til å gjøre mye i somatikken skjønner ikke verdien av bare å være tilstede.

Noen ganger kan det være riktig bare å være «perifert tilstede», ok med å tenke på hytta, da er du ikke truende. Kanskje til og med at en da er «positivt tilstede» fordi en ikke er så intenst vendt mot den andre, og ikke vil ha noe eller forvente noe tilbake. Noen ganger må man kunne veksle mellom ulike nivåer.

Det er en form for tilstedeværelse å vite når en skal være tilstede og ikke. «Nå er vi på tur» og skal bare være der. Det er en prosess i hodet, hvor man velger å være tilstede eller ikke. Det krever erfaring å avgjøre når en skal og når en ikke skal være tilstede.

En av sykepleierne trakk inn to nye begreper i denne samtalen, «perifert tilstede» og «positivt tilstede». Dette kan knyttes til å signalisere et positivt og avslappende nærvær gjennom tilstedeværelsen. Sykepleierne opplever at denne tilpasningen av hvor aktivt en skal være til stede eller hvor mye en skal være «deltakende observatør», er en balansekunst, som blir lettere med mer erfaring. En «deltakende observatør» observerer for å forstå bedre.

Vi er jo egentlig «spioner», alltid ute etter å «få» noe. Vi sitter og later som ingenting, snakker om vær og vind og observerer. Jo flere års erfaring, jo flinkere er vi til å veksle. Vi vet hva som er viktig og at man kan legge yrkesrollen litt bak seg. Du mister den aldri, den er der med engang det trengs.

Sykepleierne beskrev denne «spionrollen» (som ligner «the pseudo-ordinary me») som at de observerte for å intervensere eller rapportere når de mente at situasjonen kunne brukes terapeutisk. Og så her kommer «som om»-kvaliteten frem, der de skal late som om de ikke observerer. Det er uklart hvorfor dette skal skjules for pasientene - og om det er mulig. På den annen side innebærer denne rollen at sykepleieren blir opptatt av å være medmenneske og ikke bare fagperson, fordi dette gir pasienten mulighet til å være medmenneske og ikke bare pasient.

Her er tre utsagn som illustrerer dette.

Det er viktig at vi også er vanlige mennesker slik at pasientene føler at de ikke er i en pasientrolle hele tiden.

Ofte er det små ting som betyr noe, som en ikke tenker over. At en tuller og søler og er litt menneskelig.

Det er viktig at de ser andre sider av oss ikke bare den profesjonelle som de ser i samtale, men i andre sosiale settinger, der vi går ut av den rollen. Kanskje er det enda viktigere på en døgnavdeling enn på en dagavdeling eller poliklinikk.

Disse utsagnene står i kontrast til andre deler av intervjuene, der noen av sykepleierne opplevde det som vanskelig å ikke få være sykepleier og fagperson, men i stedet bli møtt med pasientens ønske om at de skulle være mer som en «selskapsdame» eller «venn». Sykepleiernes evne til å takle slike krav, ser ut til å ha sammenheng med deres erfaring, faglige trygghet og personlighet.

En av sykepleierne fortalte at fokusgruppeintervjuene hadde ført til at hun var mer bevisst på tilstedeværelse som en del av jobben og hvor krevende hun opplevde dette. Sykepleierne sa at de kjente hvor slitsomt det er og undret seg over at de opplevde det såpass krevende å være nærværende tilstede. Det er ikke sunt å være så sliten i lengden.

Det er viktig å være bevisst på hvilken krevende jobb vi har. Jeg har blitt mer klar over hvilken rolle vi har ved å være tilstede. Mer bevisst tilstede på godt og vondt.

Det kan føles som en usunn form for slitenhet. «Hva er galt med meg?» Hvorfor er jeg så sliten, når jeg ikke har gjort noe? Tilstedeværelse er noe av det mest krevende i jobben, en må være tilstede og kan ikke gjemme seg bak prosedyrer. Noen ganger tenker jeg: «Hvorfor har jeg valgt en sånn jobb?» Jeg kunne vært snekker, eller noe helt annet som ikke har med relasjoner å gjøre. Relasjoner er krevende.

Men *må* virkelig tilstedeværelse og nærværenhet være så krevende og slitsomt? Eller er dette et spørsmål om faglig refleksjon og utvikling?

I dette kapitlet har jeg presentert dilemmaer, forutsetninger og hindringer for tilstedeværelse som nærværenhet, basert på fokusgruppeintervjuene. I neste kapittel drøftes disse funnene i forhold til oppgavens teoretiske grunnlag.

6. Diskusjon

Diskusjonen er delt inn i to deler. Første del er en metodisk refleksjon over prosessen i studien med fokus på sterke og svake punkter. I den andre delen drøftes studiens funn ut fra et teoretisk perspektiv, der analysespørsmålene danner førende struktur.

6.1 Metodisk refleksjon

Her skal jeg kort redegjøre for metodiske utfordringer og begrensninger i gjennomføringen av studien og tolkningen av resultatene.

Utvalget ble som før nevnt mindre enn opprinnelig planlagt, først og fremst fordi grunnlaget for rekruttering viste seg å være for lite (se 5.2). Utvalget kan betraktes som strategisk, snarere enn representativt (eller generaliserbart på dette grunnlaget), ut fra vekt på arbeid i miljøet og interesse for emnet. Resultatene gir et kvalitativt bilde av fem sykepleieres opplevelser og erfaringer med tilstedeværelse og nærvær overfor pasientene på deres respektive avdelinger. Studiens problemstilling og forskningsspørsmål ble utviklet ut fra en teoretisk tilnærming som viste seg å være relevant og brukbar i forhold til å utforme forskningsopplegg og intervjuer.

Fordelen ved det begrensede antallet deltagere var at det ble mye tid til fordypning i forhold til de enkelte situasjonene og opplevelsene som kom frem, og lettere å skape en tillitsfull sosial og emosjonell atmosfære. Intervjuene gikk dermed mer i dybden. Deltakerne ble til en viss grad medforskere overfor temaet og egen praksis. De delte sine opplevelser og erfaringer, og utvidet sin bevissthet om temaet.

Det kan være at uttrykkene «tilstedeværelse» og «nærværenhet» var for fremmede for noen av deltagerne, og derfor ikke fullt ut fikk frem bredden i sykepleiernes praksiserfaringer. De to uttrykkene ble også delvis assosiert med belastninger, og fikk derfor frem erfaringer som deltagerne opplevde som problematiske.

En innvending ved valg av metoden flerstegsfokusgruppe er at den i en enda større grad enn fokusgruppeintervjuet forutsetter at deltakerne selv forplikter seg til å forske på sin egen praksis og at de har medeierskap i problemstillingen. Dette ville kreve en annen og mer aktiv deltagelse av forsker og deltager i utvelgelsesprosessen og oppstartfasen. I denne studien var det kun én deltager som deltok i alle tre gruppene, alle de andre deltok kun i én fokusgruppesamling.

Det hadde kanskje også vært en fordel om jeg ved flere anledninger hadde bedt deltagerne utdype sine utsagn, og dermed i større grad kunnet verifisere mine fortolkninger underveis. Dette kunne imidlertid ha forstyrret flyten i intervjuene, som i stor grad ble drevet frem av deltagerens samtale med hverandre. Det ligger også mulige begrensninger i sammensetningen av intervjugruppene, blant annet ved at nesten samtlige var sykepleiere. Dermed kan det være en fare for at noe ble implisitt som med fordel kunne vært eksplisitt nevnt i samtale. Det er sannsynlig at andre gruppesammensetninger f.eks. med andre faggrupper eller en annen kjønnsammensetning (alle deltagerne var kvinner) ville gitt andre viktige perspektiver på temaet, men det var ikke hovedsaken i denne første eksplorative studien.

6.2 Idealer og realiteter

Studiens resultater er preget av et spenningsforhold mellom idealer om tilstedeværelse og nærværenhet overfor pasientene, og realiteter der dette ikke er så lett å gjennomføre i praksis. Dette spenningsforholdet får uttrykk i ulike dilemmaer som sykepleierne prøver å løse, og balansepunkter de forsøker å nærme seg. I de følgende avsnittene drøfter jeg dette

mønsteret i lys av oppgavens teoretiske grunnlag og funn fra annen forskning. Disposisjonen følger problemstillingens analytiske underspørsmål.

6.2.1 Erfaringer med tilstedeværelse som nærværenhet

Studien bekrefter at tilstedeværelse er et sentralt tema. Sykepleierne som var med i studien var alle enige om at tilstedeværelse er et stort og vanskelig tema, samtidig som de i samtalene var konkrete og kom med mange eksempler fra ulike møter med pasienten for å beskrive hva de har opplevd og erfart. De løftet frem viktigheten av å være fysisk og psykisk tilgjengelig for den andre ved å lytte og gi den andre rom og tid, og ved å vise at en er tilliten verdig. Sykepleierne knyttet dette til tilstedeværelse ikke bare overfor pasienter, men også familie og venner; det å være der for hverandre. Et av de viktigste «hjelpemidlene» i psykiatrisk sykepleie er at pasienten får oppleve å bli lyttet til med interesse av en sykepleier som prøver å forstå pasientens opplevelse av sin totale situasjon. Studiens resultater er her i tråd med Nådens studie, der pasientene bekrefter at lytteaspektet er viktig for opplevelsen av nærværenhet. «De uttaler at sykepleierne er flinke til å lytte. Det innebærer at de setter seg godt tilrette, at de ikke går ut igjen med det samme de har kommet inn, at de ser pasienten» (Nåden, 1999, s.131).

Sykepleierne utdypet hvordan de opplevde at tilstedeværelse øker muligheten for å ta den andres perspektiv, og gir en dypere forståelse av pasientens opplevelse av situasjonen. Ved å ta seg tid til å lytte og sette seg inn i den andres situasjon, oppnår de bedre forståelse, fordi de får bedre tak i pasientenes egne fortolkninger av situasjonen. Denne «som om»-kvaliteten ved empati er viktig for å kunne leve seg inn i den andres virkelighet uten å miste evnen til å skjelne mellom en selv og den andre (Fog & Hem, 2009). I en studie av pasienters opplevelser av sykepleiernes tilstedeværelse, fortalte pasientene at de verdsatte sykepleiernes oppmerksomhet, respekt og nærhet, og opplevde at de ble satt pris på som unike, når sykepleierne respekterte deres opplevelse av situasjonen. Dette førte til at sykepleiernes respons ga mer håp, helbredelse og en opplevelse av helhet for pasientene (Gilje, 1993). At pasientenes perspektiv blir i varetatt kan oppleves som en anerkjennelse og bekreftelse fordi de opplever å bli møtt som et «Du» (jfr. 4.4.1). Dette er noe sykepleierne i mitt materiale kjente igjen i sin praksis og i sine egne liv.

Deltagerne i prosjektet nevnte også viktigheten av å ta «time out» i forhold til pasientens perspektiv, fordi det gir litt avstand og mulighet for selvrefleksjon og selvavgrensning. Det er en balanse mellom å være emosjonelt nært forbundet og adskilt, slik at en kan forstå og få innsikt ut fra ens egne opplevelser som «gjest» hos den andre (Fog & Hem, 2009). Dette kan kreve både tid og avstand, noe som kan skje ved «time out» der man kan sortere hva som er eget materiale og hva som er pasientens.

«Mye tyder på at den største utfordringen helse- og sosialarbeidere står overfor, er å kunne granske egne bidrag i relasjoner til pasienter/klienter» (Teslo, 2000, s. 87). Dette bekreftes i den foreliggende studien. Den viser også et stort behov for veiledning på dette feltet. Å bli kjent med egne faglige og personlige selvoppfatninger er en viktig forutsetning for å utvikle en integrert sykepleiefaglig identitet. «Sykepleieren må forholde seg til disse problemene som profesjonell behandler, men også til hvordan disse situasjonene virker inn på henne selv. Gjennom å forholde seg bevisst og systematisk til opplevelsene, og gjennom å bearbeide dem, vil kandidaten lære å kjenne sin egen styrke, sine begrensninger og de 'teknikker' hun bruker for å sikre seg selv i samarbeidssituasjoner med pasienten» (Hermansen m.fl. 1992, s. 56). Sykepleierne i min studie nevnte, i tråd med dette, at det å reflektere over slike situasjoner er viktig for å integrere egne erfaringer og utvikle et større handlingsrepertoar.

Sykepleierne var også inne på at det er psykisk krevende å være tilstede, og at det derfor er avhengig av deres «dagsform». Men de opplevde også at en krevende situasjon av og til kunne være lettere nettopp fordi den krevde mer oppmerksomhet her og nå. En av sykepleierne satte likhetstegn mellom tilstedeværelse og omstilling, ved at hun beskrev tilstedeværelse som en «væren» hvor en tilpasser og omstiller seg etter situasjonen en er i, og bruker situasjonen til det pasienten trenger. Dette gir fleksibilitet til å kunne gripe de mulighetene som oppstår sammen med pasienten. At fleksibiliteten øker ved å være tilstede i her-og-nå situasjonen er et spennende perspektiv. Det er her-og-nå-situasjonene vi har mulighet til å handle i, ikke i forhold til det som var eller det som kommer.

Flere av sykepleierne hadde opplevd at pasientene benyttet situasjoner der de hadde sykepleierne for seg selv utenfor avdelingen til å dele mer private tanker og følelser. Det kan

være at pasienten opplever denne «tosomheten ute i verden» som en trygg og avgrenset situasjon, på vei til tannlegen, butikken e.l. Sykepleierne beskrev også disse samtalene som gode fordi de ga verdifull innsikt i pasientens opplevelser. Kanskje nettopp det at en er ute på tur sammen, gir begge en frihet til å være medmennesker med større vekt på gjensidighet og likeverd, enn det sykepleier- og pasientrollene gir innad i avdelingen. Samtalen foregår da på et mer «nøytralt område» som pasienten kanskje føler seg friere i (Hummelvoll, 2004). Ute i verden har begge mange andre roller i tillegg til sykepleierrollen og pasientrollen som ikke er knyttet opp til avdelingen og institusjonen. Det ser ut til at sykepleierens rolle som «ordinary-me» her gir *pasienten* økt anledning til å gripe muligheten til nærvær i situasjonen.

Samlet er det ingen tvil om at tilstedeværelse som nærværenhet er et sentralt anliggende, på linje med teoriperspektivene presentert tidligere i oppgaven. Dette er det viktig å fremholde, før vi ser nærmere på hindringene og vanskelighetene som kom frem i materialet.

6.2.2 Strukturelle muligheter og hindringer for nærværenhet

Strukturelle faktorer er forhold som innrammer praksis og holder den på plass, det være seg organiseringen av arbeidet, kommunikasjonssystemene, ulike samarbeidsrutiner eller former for ledelse. Slike strukturer kan både fremme og hemme god tilstedeværelse.

Materialet ga flere eksempler på positiv strukturering. Et eksempel ble gitt av deltagerne som jobbet på den rehabiliteringsavdelingen som ble omorganisert til en behandlingsavdeling med kortere liggetid. Dette opplevde de som en stor forbedring i forhold til hvordan de var tilstede for pasientene. De beskrev en situasjon der de tidligere hadde opplevd at målene og hensikten med pasientenes opphold var uklare og der tidsdimensjonen nesten ble borte. Det virket som om de jobbet uten en klar behandlingsplan og ble desillusjonert på pasientenes og egne vegne. Dette førte til at de ikke klarte å være hos pasientene med hele seg, eller at de trakk seg bort fra pasientene. Sykepleierne opplevde at omorganiseringen gjorde det lettere å møte og samarbeide med pasientene, gjennom en klar tidsbegrensning og en klar målsetning for oppholdet. Relasjonene fikk klarere tidsfaser; en bli-kjent-fase, en arbeidsfase, og en

avslutningsfase. Dermed kunne sykepleieren bedre kjenne sine oppgaver og avpasse sitt nærvær i de ulike situasjonene.

Dette kan knyttes til forutsetningene for å oppleve «flyt» (jfr. 4.2), der en legger vekt på at en må ha mål og mening med aktiviteten og kjenne at den står i forhold til ens kompetanse, og at en selv kan evaluere fremgangen i aktiviteten. Det er lettere å gi total oppmerksomhet når disse forutsetningene er tilstede. Opplevelsen av mestring er en viktig faktor for trivsel på jobben. Det er tydelig at sykepleierne opplevde at de ikke strakk til da de jobbet på langtidsavdelingen der disse forutsetningene manglet. Det er sannsynlig at pasientene også opplevde at de selv ikke strakk til.

Miljøterapi og et terapeutisk miljø skapes nettopp i samspill mellom pasienter og ansatte, der målet er å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter, noe som innebærer å bedre pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring (Vatne, 2006). Dette viser noen av utfordringene en står overfor når institusjonsopphold blir langvarige, fordi institusjonaliseringen fører til at pasientene glemmer sosiale ferdigheter som de ikke trenger på avdelingen. Og det gjør det vanskeligere å lære slike ferdigheter der. Derfor går utviklingen i dag mot flere egne leiligheter tilknyttet en serviceenhet eller et bofellesskap. Men som en sykepleier nevnte, er dette ikke nødvendigvis det beste for alle pasienter, spesielt ikke for dem som har bodd på institusjon i mange år av sitt liv. En av sykepleierne opplevde at hun for første gang gjorde en god jobb nå som tidsperspektivet var lengre enn på den avdelingen hun tidligere hadde jobbet på. Hun la stor vekt at hun hadde et godt samarbeid med pasienten om felles og realistiske målsetninger.

En av deltakerne introduserte uttrykket å være «perifert tilstede». Hun beskrev dette som et positivt nærvær der en var tilstede i miljøet uten å være vendt spesielt mot noen. Jeg forstår dette som en tilstedeværelse der en har et avslappet vennlig nærvær, og er tilgjengelig hvis det er noe. Sykepleieren mente at det krever erfaring å kunne velge ulike nivåer på sin tilstedeværelse, og at det fort kan bli slitsomt å skulle late som en er avslappet tilstede samtidig som en stadig er parat. Det å kontinuerlig skulle vurdere ens egen rolle, og hvorvidt

en skal intervensere eller ikke, oppleves som en energitappende beredskap. Sykepleierne var her opptatt av at pasientene ikke skulle oppfatte at disse prosessene foregikk i sykepleierne, for de vil ikke oppfattes som «terapeutjegere» som var på jakt etter gode terapeutiske situasjoner, noe pasientene ville oppleve som slitsomt. De snakket om «å late som om» de slappet av («pseudo-ordinary me»).

En slik tilnærming kan lett medføre en undervurdering av pasientenes bevissthet om at sykepleierne er på jobb. I noen sammenhenger beskrev sykepleierne i stedet et mer åpent samarbeid, som ga flere muligheter for å ta opp hvilke situasjoner pasientene opplevde som gode treningsmuligheter. Pasientene kjenner som regel slike utfordringer godt, fordi de ligner utfordringer de har opplevd i relasjoner til andre.

May bruker uttrykket «presence» for å indikere kvaliteten på relasjonen til pasienten, og mener at vi må være på vakt overfor hvordan vi som behandlere har våre egne måter å ødelegge nærværenhet på. Det som ødelegger er det som gjør at vi tar avstand fra eller skaper avstand til pasientene og det de er opptatt av (May, 1983). Om sykepleierne ville kjenne seg igjen i at denne typen skjult beredskap eller «som om» de slappet av, skaper avstand, vet jeg ikke. Men det er mulig at dette er med på å opprettholde og forsterke rollene «vi er ansatt» og «de er innlagt» for begge parter – særlig dersom pasientene er klar over dette ”rollespillet” uansett. Dersom målet er at pasientene skal tilegne seg hensiktsmessige relasjonserfaringer som gir vekst og utvikling, kan sykepleierne i stedet velge å være mer «gjennomskinnelige» eller åpne, slik at pasientene får hjelp til å forstå både den andre og seg selv. Noen av sykepleierne i materialet gjorde dette fordi de var opptatt av at pasientene ikke måtte være i pasientrollen hele tiden, og for å motvirke dette prøvde de å vise at de også var vanlige medmennesker.

I et av fokusgruppeintervjuene snakket sykepleierne mye om spenningen mellom trygghet og avhengighet. Noen av sykepleierne opplevde det som utfordrende at enkelte pasienter ønsker mye kontakt, samtidig som de sa at disse pasientene lett kunne bli avhengige og derfor måtte avvises. De opplevde det som vondt å måtte avvise og vanskelig å finne en balanse mellom avstand og nærhet. Dette dilemmaet ble forsterket av at det virket som om det var diagnosen (snarere enn f.eks. sykepleierens erfaringer og tidsperspektiv) som avgjorde om det var fare

for slik «avhengighet». Samtidig var de enig i at det å skape trygghet er en sentral sykepleieoppgave.

Heidegger er inne på dette dilemmaet ved å beskrive hvordan det å gi for mye omsorg til en annen, kan bety å ta over og fratrukke den andre muligheten til å ta vare på seg selv og vedkommendes åpenhet mot verden. Isteden kan vi frigjøre pasienten ved å vise hvordan han eller hun kan gjeninnta omsorgen (Deurzen-Smith, 1997).

I intervjusamtalene virket det som om dette dilemmaet kompliserte sykepleiernes forhold til pasientgruppen som ønsker mye kontakt, men som de mente ikke måtte få for mye oppmerksomhet og kontakt. Sykepleierne løste noen av disse situasjonene ved å unngå pasientene. De snakket om at det var vondt å ikke kunne handle ut fra ønsket om å hjelpe, men at de likevel måtte avstå fra dette, for å unngå å skape avhengighet. Muligheten for et avhengighetsforhold er reel, men det finnes ulike måter å hjelpe pasienten til å ta ansvar og omsorg for seg selv på. I forhold til slik grensesetting kunne man ventet at sykepleierne ville tatt opp hvordan de arbeidet med å styrke pasientenes selvstendighet og trygghet på seg selv, men det skjedde ikke i samtalene.

Sett ut fra et sykepleiefaglig synspunkt er det lidelsen vi skal hjelpe pasienten med, som kan vise seg gjennom pasientenes uhensiktsmessige måter å takle vanskelige følelser på. I dagliglivet på avdelingen er det mange muligheter til å øve seg på å holde ut, å måtte vente og utsette behov, som kan innebære at man føler seg tilsidesatt, ikke blir sett, og må kjenne på motstridende følelser. Dette krever imidlertid at sykepleierne er nærværende tilstede og har en allianse med pasientene der de har bestemt seg for å samarbeide om denne type utfordring. Her er det viktig å se hele pasienten som person og ikke bare lidelsen, men også potensialene, blant annet til å håndtere vonde følelser på mer hensiktsmessige måter.

På noen avdelinger lærer pasientene oppmerksomhetstrening (jfr. 4.2) for å hjelpe dem til å være tilstede og la det som er bare være, som f.eks. å holde ut følelser uten å handle ut fra

dem, men i stedet akseptere dem (Kåver & Nilsson, 2005). Et annet utgangspunkt kan være å samarbeide rundt eksistensielle temaer som avhengighet og trygghet, ensomhet og fellesskap, og angst og mening, som mulige utgangspunkter for å sammen utforske hva pasienten lengter etter og savner i livet sitt.

Noen av sykepleierne opplevde det som utfordrende at pasientene ikke vil samarbeide om behandlingen, men ønsket kontakt av mer overfladisk sosial karakter. En av sykepleierne følte at hun ble hindret i å være fagperson ettersom pasienten kun vil ha henne som en «selskapsdame, mer som en venn, noen å prate med». Denne pasienten bodde alene og hadde hatt en meget traumatisk innleggelse. Sykepleieren refererte at det eneste problemet pasienten selv mente hun hadde, var søvnmangel. Det er felles for mange pasienter at det problemet de selv opplever at de sliter med er nettopp søvnmangel. Sykepleieren ser et større lidelsebilde i møte med pasienten ut fra sin fagkunnskap og sin erfaringskunnskap, og ønsker å få pasienten med på flere andre viktige problemområder og mål for oppholdet. Men det kan være at pasienten har erfart at tegnet på at det går dårligere, er at hun mister søvnen. Her ville en innfallsvinkel der en la vekt på pasientens erfaringskunnskap være verdifull, for å få en utvidet forståelse av pasientens egen forestillingsverden og eksistensielle situasjon.

Å møte pasienten som et «Jeg-Du» i forhold til det pasienten ønsker hjelp med, kan åpne for muligheten til at pasienten kan dele både noe av sin smerte og sine ressurser. Det å oppleve at noen er der for en, kan gi mot og håp om hjelp og trøst. I dette tilfellet beskrev sykepleieren hvordan hun valgte å være der for pasienten på pasientens premisser, samtidig som hun også delte av sin faglighet i små porsjoner. Pasienten skrev seg likevel ut, og sa «at ingen andre snakket med henne utenom» denne sykepleieren. Kanskje ville pasienten ha gjort dette uansett, men som pasient er en sårbar, og det å ikke føle seg verdsatt eller tatt imot i en avdeling kan oppleves som smertefullt og utrygt.

Lindström (1997b) fant i sin studie at pasientene ønsket at sykepleierne skulle vise dem omsorg ved å oppsøke dem mer aktivt og gi uttrykk for sin omsorg. I forskning på hva psykiatriske pasienter synes hjelper dem til å bli friske, var det mange som nevnte relasjoner

til hjelpere der de opplevde at de ble valgt, og at personalet var hos dem og ga dem tid ubedt. Dette ble konkretisert med uttrykk som «å bli sett» og «å bli lyttet til» og «som en venn» (Topor & Borg, 2007). Pasientene ga uttrykk for at de visste at personalet i realiteten ikke *er* det samme som venner, men sa at relasjonene som inneholdt de kvalitetene som vennskap har, ga håp og mening.

Miljøterapien på avdelingen er avhengig av et trygt og omsorgsfullt klima, der pasienten kan prøve og feile, og få nok motstand og utfordring til å vokse. En trenger med andre ord både et anerkjennende og et korrigerende perspektiv (Vatne, 2002). Det må være en balanse mellom det som gir trygghet og stabilitet i avdelingen og relasjonene, og det som skaper et kreativt og utfordrende miljø hvor pasientene kan gjøre relasjonserfaringer som fremmer vekst. Derfor kan det være viktig å tenke mindre på diagnoser og mer på livsproblemer og ressurser i forhold til miljøterapien på avdelingen. Dette handler både om ideologi og struktur.

I miljøterapien tar en utgangspunkt i det som skjer her og nå og de mulighetene dette gir, snarere enn i det som har skjedd tidligere i livet. Det er det som skjer her og nå som utgjør den nye muligheten til å handle annerledes og få nye erfaringer, og som kan gi håp og mening til fremtiden. Det som skjer her og nå er preget av fortiden, men ikke overskygget av den, og heller ikke visket ut av fremtiden. Øyeblikket beholder sin form samtidig som det blir påvirket av det som har skjedd og kommer til å skje. «Fra et terapeutisk synspunkt er kanskje det viktigste at man begynner å se hvordan opplevelser av nå-øyeblikket kan omskrive fortiden» (Stern, 2007, s. 214).

Å utvikle et faglig ståsted for den psykiatriske sykepleien i avdelingen kan gi grunnlag for et utvidet samarbeid med pasientene og muligheter til å utvikle et felles språk der deres opplevelsesverden og erfaringskunnskap gjenspeiles i beskrivelsene og ordvalgene. Ord kan gi håp og lyse opp, og gi en opplevelse av fellesskap og av noe som er større enn oss selv (Martinsen & Eriksson, 2009).

En viktig faktor for å skape et klima for vekst og utvikling både blant pasientene og i personalet er avdelingskulturen. En mulig innfallsvinkel er å være opptatt av å skape et miljø på avdelingen med og for «vesensmennesker», det vil si at en ikke oppmuntrer til at det viktigste er hvordan andre oppfatter en selv og at en gjør det riktige, men oppfordrer til et anerkjennende miljø der en ønsker «autentisk væren», uansett om det er sykepleier og pasient. En kultur hvor en skal late som en er trygg og kan mye, når en egentlig føler seg utrygg og usikker, støtter ikke vekst og utvikling, men kan være hemmende og øke ensomhetsfølelsen.

6.2.3 Ideologiske hindringer for nærværenhet

Den medisinske modelltenkningen legger føringer i helsevesenet parallelt med mer humanistisk tenkning, som både har strukturelle og ideologiske aspekter. Pasientene har gjennom menneskerettighetene, pasientrettighetsloven og lov om psykisk helsevern mange rettigheter, som er knyttet til det å bli hørt, og til at deres erfaringer og opplevelser av sin lidelse skal bli tatt hensyn til. Brukermedvirkning er en naturlig følge av dette (Rapport IS-1315; Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet). I St. meld. nr. 26, «Om verdier i den norske helsetenesta», står det at helsetjenesten må venne seg til å legge vekt på pasientenes egne synspunkter og valg, og se på deres engasjement som en positiv faktor.

Når pasienter blir spurt om hva som hjelper når en skal komme seg etter psykisk sykdom, peker de på viktigheten av at både psykiatrien og sosialtjenesten nettopp trenger mer kunnskap ut fra et innsideperspektiv. Marit Borg oppfatter det som et stort og utfordrende paradoks at det ennå ikke er en selvfølge at erfaringene som disse pasientene har, blir lyttet til, tillagt verdi eller videreformidlet. Hun spør om deres erfaringsbaserte kunnskap har verdi, eller om det kun blir tomme ord som myndighetene bruker til pynt i brukerundersøkelser (Topor & Borg, 2002).

I et handlingsorientert forsknings samarbeid på en akuttavdeling var en av konklusjonene at «for å møte pasienten som person, trenger man å få kunnskaper om pasientens opplevelse av sin lidelse og kunnskaper om hans sivile liv før han kom til sykehuset» (Hummelvoll &

Røsset, 1999, s.43). Forskerne benytter begrepet «terapeutisk overfladiskhet» når dette blir utelatt. Samtidig påpeker de at slik kunnskap er vanskelig å skape innen en institusjon hvor den medisinske modellen råder. De finner at sykepleierne gir uttrykk for en humanistisk forståelse av pasientarbeidet, samtidig som utøvelsen er preget av den medisinske behandlingsmodellen (Hummelvoll & Røsset, 1999, Karlsson, 2008). Dette samsvarer med resultatene i min studie.

Diagnoser gir rettigheter i forhold til stønader, ulike tiltak og medisinsk behandling, og er derfor viktige. Men diagnoser kan også brukes som forklaring og begrunnelse for *ikke* å lytte og vektlegge dialog. «Ved egenskapsforklaring unngår en å ta opp det relasjonelle perspektivet på situasjonen, for eksempel hvordan en kan utvikle normene for samhandlingen ved dialog» (Vatne, 2006, s. 95). I tillegg til at hjelperne slipper unna ved at problemet tillegges pasienten som en egenskap, blir det lett å underkjenne at pasienten også har positive og funksjonelle egenskaper. Vi har et lovverk i psykisk helsevern som viser at det kun er i få situasjoner og når liv og helse står på spill, at en kan sette til side pasientens egen dømmekraft og ønsker, og selv da er det kun i forhold til fare for liv og helse. Men pasienten har alltid rett til å bli hørt, tatt på alvor og til å få være med på å utforme sitt hjelpetilbud.

En annen side ved å objektivere pasienten er at sykepleierne er med på å hindre pasienten i å bli et subjekt i eget liv som velger og handler på egne vegne. Når en ser på seg selv som et psykiatrisk kasus, blir en fremmed for seg selv (Skjervheim, 1996). «Objektivering ligger i den medisinske psykiatriens vitenskapelige grunnlag. 'Evidensbasert medisin' bygger på at pasientens uttrykk objektivteres og behandlingen standardiseres», hevder Kolberg (2008, s. 248). Dialogen presenteres som et alternativ, der «vi skaper oss selv som reflekterte, viljestyrte subjekter» (ibid., s. 249). Sykepleierne utfordres som fagpersoner til å skape trygge rom for pasientene, som har plass nok til de viktige nære andre, slik at pasientene kan reetablere likeverdige relasjoner og meningsfulle sammenhenger.

En av sykepleierne i den foreliggende studien sa at «brukermedvirkning er bra, men man må ikke bygge relasjoner på feil premisser». Sykepleieren knyttet dette til at pasienten ikke ville fokusere på problemene, men ha mer «vanlig» sosial kontakt. Sykepleieren opplevde at dette hindret henne i å være en god fagperson i møte med pasienten, men hun klarte likevel å skape en relasjon til pasienten som denne satte pris på. Åpenhet er en gave som ikke kan fremtvinges, men som er en følge av en trygg og tillitsfull relasjon (Hummelvoll, 2004). Det krever etter mitt syn at sykepleieren klarer å legge til side sin forforståelse og sine fordommer, og være trygg nok til å møte pasienten med respekt, åpenhet og tillit.

Samtidig kommer vi ikke utenom at det kliniske språket ikke er nøytralt, men har makt til å gjenskape en bestemt virkelighetsforståelse (Buus, 2008). Sykepleierne i min studie brukte delvis diagnoser for å beskrive pasientene, men også ord som «kronikere» og «tung materie». Var dette uttrykk for at de selv ikke var bevisst sin eget språkbruk – og at «ord skaper det de nevner»? Dette påvirket trolig personalets oppfatninger av pasientene på måter som hindret dem i å være åpne og nærværende tilstede.

Slike underliggende ideologiske aspekter kom særlig frem i bestemte problematiske situasjoner. En av sykepleierne fortalte (jfr. 6.3.3) at hun var «livredd» for at en kontaktsøkende pasient sto utenfor døren og lyttet ved rapporten. Språket som brukes både sammen med og om pasientene er av største betydning, fordi det kan hindre eller styrke samarbeidet mellom pasientene og sykepleierne og dessuten hindre eller styrke utviklingen av en helbredende og helende avdelingskultur. Dette felles språket er ikke opparbeidet på forhånd, men må være resultat av gode samtaler der en har kommet til forståelse av en felles sak, som forbinder samtalepartnerne i et nytt fellesskap (Gadamer, 2007).

Terkelsen (2009) beskriver hvordan pasientene og personalets adferd forandrer seg ettersom de bygget allianser med hverandre. Hun «observerte hvordan lidelsesuttrykkene og forståelsen av disse endret seg underveis uten at noen forklarte hvorfor» (Terkelsen, 2009, s.7). Denne gjensidigheten fordrer også at det er pasientens språk vi følger, og at vi ikke forventer at han eller hun skal lære seg vårt fagspråk.

Dannelse eller Bildung kommer fra begrepene etterligne (Nachbild) og forbilde (Vorbild) (Gadamer, 2007). Dette gir assosiasjoner til at en skal tilpasse seg (etterligne) pasientens språk og bruke det med respekt og til hjelp på en forbilledlig måte, ikke for å kopiere, men som en integrert holdning og en måte å være på, i møte med den andre. Slik jeg ser det, gir *takt*, eller dannelse, en fleksibilitet i møtet. Taktens følsomhet og mottakelighet hjelper sykepleieren til å avpasse avstanden til pasienten, og ikke bli for nærgående og støtende (Gadamer, 2007, Nilsson, 2007). Det å være til stede og nærværende må ikke bety å være invaderende. Det er først og fremst i det delte nået man er nærværende og åpen. Dette utgjør ikke én fremgangsmåte eller en bestemt adferd, men er en «tilblivet væren» (Gadamer 2007, s. 21). Jeg tolker dette som en måte «å være-i-verden» på, der en er i en stadig prosess, og der en utvikler en mer overordnet «sans» som ikke er begrenset til én pasient eller ett enkelt område.

6.2.4 Personlige utfordringer ved å tilby nærværenhet

Ulike roller og relasjoner var et viktig tema i intervjusamtalene med sykepleierne. De snakket om å ha «god kjemi» med pasientene, og så dette som en hjelp i kontaktetableringen og i å utvikle en allianse. De mente at denne personkjemien var en viktig faktor når primærkontaktansvaret skulle fordeles. De sa at de utfylte hverandre i kollegiet og at det var mindre slitsomt og lettere å hjelpe pasienter de hadde god kjemi med.

Pasientundersøkelser gir et tilsvarende inntrykk. Når pasienter skal beskrive hva som hjelper, nevner de ofte «personkjemi». «När två personer både tycker om och söker sig till varandra uppstår den där personkemin. En orsak kan vara de avvikelserna från rutinerna som både parter är beredda att göra för den andres skull» (Topor & Borg, 2007, s. 60). Jeg tror at rollene blir mindre rigide når sykepleier og pasient opplever at de forstår og liker hverandre. Det å finne en god balanse mellom de ulike rollene som profesjonell fagperson eller som et vanlig medmenneske, blir lettere når sykepleieren og pasienten har god personkjemi og god allianse; da kan rollene gå mer over i hverandre og bedre tilpasses de ulike situasjonene.

Avdelingens kultur er ofte avgjørende for om det er rom for å være fleksibel og individuelt tilpasse behandling eller om forskjellsbehandling blir et problem.

Samtidig bør det nevnes at møtet med mennesker som provoserer oss og som vi ikke liker, kan innebære læring og ny kunnskap om oss selv og den andre. Derfor er det viktig at sykepleierne kan stå i relasjoner til pasienter som ikke liker dem, fordi dette kan gi både pasientene og sykepleierne verdifull selvinnsett. Men det å være primærkontakt for en pasient en har dårlig «personkjemi» med, kan ofte være lite hensiktsmessig. Målet er å bygge opp åpenhet, tillit og trygghet i en primærkontaktrelasjon.

Noen av sykepleierne opplevde at enkelte pasienters «bunnløse» behov og ønsker om å bli holdt og bekreftet kontinuerlig, eller pasienter som ikke ville ha behandling eller pleie men kun medmenneskelig kontakt, kunne være meget utfordrende. Også her fortalte sykepleierne om komplekse situasjoner der de opplevde å komme til kort, fordi de endte med å avvise og grensesette. Sykepleierne beskrev at de følte seg «hjelpeløse» og at de «lukket igjen», eller at de ble «provosert» og følte at de ikke ble respektert. Slike følelser er vonde og vanskelige å håndtere når en ønsker å være tilstede for pasienten. Når en er overveldet av sterke følelser, er en først og fremst hos seg selv.

Da er det viktig å få mulighet til «time out» og veiledning, der en kan se situasjonen i andre perspektiver og få tilgang til alternative handlingsmuligheter. Det er smertefullt både for pasient og sykepleier når vonde situasjoner stadig gjentar seg, og de ikke klarer å møtes. Det å møte den andre innebærer å kunne gi avkall på egne sannheter om situasjonen og om den andre, og å være åpen for det den andre prøver å formidle. Dette er krevende fordi det er de ubevisste eller ugjennomskelige fordommene som ofte gjør oss døve og blinde for hva saken gjelder.

Så lenge fordommene bestemmer, er vi ikke oppmerksomme på at de nettopp utgjør en *dom*. Det er først når de spiller seg ut og blir pirret eller aktualisert, at de kan dras frem i lyset. Det å bli oppmerksom på egne fordommer gir mulighet til økt bevissthet om deres innflytelse på vår forforståelse.

I intervjuene ble slike situasjoner ofte beskrevet som «fastlåste» og «gjentakende». Jeg tolker dette som at sykepleierne manglet faglig grunnlag for en mer *spørrende holdning* overfor slike situasjoner. «Spørsmålets væsen er at legge mulighetene åpne og at holde dem åpne», hevder Gadamer (2007, s.285). Det kan med andre ord være slik, at nettopp de situasjonene som sykepleierne beskrev som fastlåste, ved nærmere analyse kan gi mulighet til økt innsikt i hva som holder dem fanget og hindrer dem i å være tilstede i situasjonen.

Fagutvikling og veiledning kan hjelpe sykepleierne i å skjelle mellom hva som er pasientens dilemmaer og bidrag og hva som er sykepleierens egne bidrag til å fastholde slike gjentakende situasjoner. Her er en mulighet til å invitere pasientene inn som medforskere for å skape en utdypet forståelse av begge parters opplevelse av situasjonene, og til å oppdage andre måter å møtes på. Også pasienter hindres av sine fordommer og sine forutanelser eller forventninger om hvordan en situasjon vil utvikle seg. Derfor blir nettopp de åpne spørsmålene viktige, om hva som skjer i situasjonen, hos begge parter og i relasjonen. Å være nærværende tilstede i situasjonen betyr å sanse og ta inn det som *er*, uten å tolke, vurdere og bedømme, men bare registrere uten å reagere forhastet. Dette fører til at en ser situasjonen som den er og lettere kan tåle kompleksiteten og utfordringene i den. Det kan gi ny innsikt nettopp fordi en ikke blir revet med, men er oppmerksomt tilstede for egne og andres følelser uten å handle bare ut fra disse (Fjelstad, 2008).

De fastlåste situasjonene som sykepleierne nevnte gjaldt særlig pasienter som repeterte samme setning i samtalene, eller som gjentakende forstyrret ved rapporten eller da personalet var på vei hjem. Dette kan være situasjoner som rører ved helt andre følelser hos pasientene enn hos personalet. Sykepleierne beskrev i de to siste situasjonene at de følte at deres arbeid, grenser og arbeidstid ikke ble respektert. Pasientene har kanskje lært seg å ikke forvente å bli hørt, eller opplever det truende at personalet snakker om dem når de ikke er der, eller at de ikke holder ut følelsen av å bli etterlatt og forlatt når personalet går hjem. Slike antakelser kan være feilaktige. Likevel er det pasientene som sitter på kunnskapen om slike erfaringer og hva som kan hjelpe, ut fra deres egen livserfaring. Og det er i møte med pasientene at sykepleierne kan få forståelse av hvordan pasientene opplever dette, og

hvordan de kan endre slike situasjoner til det bedre, eller hvordan toleransen for vonde og vanskelige følelser kan økes (Karlsson, 2003).

Sykepleierne knyttet i intervjuene fleksibiliteten i forhold til å ha ulike roller til den tryggheten det gir å ha erfaring som sykepleier. Forskning viser at de erfarne sykepleierne ofte har mindre tid til uformell kontakt, i rollen som «ordinary-me» med pasientene og pårørende, og at de dermed ikke får så nær kjennskap til pasientene (Barker m.fl. 1999, jfr. 4.4.1). Det er et tankekors at erfaring ofte medfører administrativt ansvar og mindre pasientkontakt slik helsevesenet er organisert.

Sykepleierne lette etter å finne en balanse mellom det å være tilgjengelige og positivt tilstede, men uten å være fokusert på én pasient. Jeg har tidligere beskrevet dette som «ikke-besittende varme» (jfr. 4.4.3), der en er nær og pålitelig, men ikke invaderende eller dominerende. De ønsket å være tilgjengelige med et positivt nærvær, som ga pasientene mulighet til å ta kontakt eller småprate om dagligdagse ting.

De fortalte at de erfarne ofte snakket om «vær og vind» samtidig som de observerte. En av dem kalte det å være «spioner på jakt» etter å få noe. Jeg tror de her mente at de spionerer for å intervensere eller rapportere til pasientens terapeut. «Spionere» er et ord som lett kan assosieres med maktkamp og en dyp kløft mellom pasientene som innlagte og personalet som ansatte. Dette kan imidlertid også forstås som forsøk på å finne en balanse mellom de tre domene «the ordinary-me», «the pseudo-ordinary-me» eller «engineered-me» og «the professional-me» (Barker m.fl.,1999). Innen domenet «ordinary-me» får en nærere og dypere kontakt som mennesker, slik at skillet mellom sykepleier og pasient blir mindre. Dette domenet fremhever at livet er en utfordring for begge parter, snarere enn at den ene er og har alltid vært «frisk» mens den andre er og har alltid vært «syk». «The professional-me» er mer lukket og holder større distanse til pasienten, og vil lettere betone maktforskjeller knyttet til kunnskap og definisjonsmakt.

Konklusjonen i denne studien (Barker m.fl.,1999) var at sykepleierne trenger å kunne innta forskjellige roller og skifte mellom de tre domene. Dette støttes av mitt materiale. Det profesjonelle domenet blir i seg selv lett for snevert, og kan lede til at sykepleierne skal «helbrede alle» og opplever skyld og hjelpeløshet når dette ikke lykkes. På den annen side vil det ordinære domenet der en skal «elske alle» også lett bli for nært og truende for selvbildet når det ikke lar seg gjennomføre. Behovet for å skifte mellom ulike domener bekreftes i intervjuene, for eksempel med uttrykk som «omstilling» og «fleksibilitet».

I det pseudo-ordinære domenet er det den enkelte sykepleierens personlige preferanser som avgjør hvordan og hvor nær kontakten med pasienten skal være. Det er den mest «pragmatiske» posisjonen, der en kan unngå å kjenne på de følelsene som en kan komme i kontakt med i «the ordinary-me». Sykepleierne brukte imidlertid i sine beskrivelser uttrykk som å «late som en slapper av», «spionere» og «terapeutjeger», som gir negative assosiasjoner og lett kan skape et mer utrygt miljø. Et alternativ ville være en mer spørrende faglig holdning, som kunne skapt mer avklarte roller, og antakelig også åpnere og mer positiv kommunikasjon med pasientene, der en fant andre ord for å beskrive de ulike rollene. Den både-og-adferden som sykepleierne beskrev, ble stadig betegnet som «slitsom», «tappende» og tilmed «usunn». Alternativet kunne kanskje gjort dobbeltheten og slitsomheten mindre (jfr. 8.2).

Pasientene i Lindströms studie (1997b) beskriver den gode hjelper som varm og en som gir uten å kreve noe, og som er interessert i å stimulere pasientens egne interesser. Konklusjonen er at pasientene ønsker at sykepleierne skal vise dem omsorg ved å oppsøke dem, og ikke forsvinne når de har det vanskelig. De ønsker ulike typer tilstedeværelse gjennom samvær og fellesskap, slik at sykepleierne kan gi næring til pasientenes egne interesser. Det å være opptatt av en felles tredje ting kan oppleves trygt og inspirerende. Pasientene har forskjellige opplevelser av og reaksjoner på nærhet. Derfor vil det å observere og avpasse nærheten til pasienten være viktig – et tema sykepleierne gjentok ved flere anledninger. «Hvor nært andre mennesker slipper inn i vårt rom, avhenger av personlig trygghet og graden av tillit og kjennskap» (Hummelvoll, 2004, s.385).

En av sykepleierne kom inn på viktigheten av å være sammen med pasienten når vedkommende hadde det vanskelig. Selv om pasienten ikke vil eller klarer å snakke, kan sykepleieren tilby sitt nærvær.

«Det allra enklaste, att en annan människa bara finns där, betyr mycket när en person har det som värst. Att någon uthärdar och är närvarande så att pasienten kan ta kontakt när han eller hon klarar det. Att finnas där, lyssna, kommentera, utan att försöka åstadkomma stora förändringar. Men att befinna sig hos en annan människa är inte alltid så enkelt» (Topor & Borg, 2007, s.57).

I 4.4.3 refererte jeg Fram Jensen som forteller om hvor viktig det var at sykepleieren satte seg ned og var der i taushet, lyttet og reflekterte sammen med henne, men hun tror at det krever stor trygghet hos sykepleieren. Det er lett å bli så opptatt av å hjelpe, at en forlater situasjonen når en føler at en ikke klarer det. Lindströms (1997b), Nådens (1999) og Pettigrews (1990) studier bekrefter alle en tendens til at sykepleieren forlater pasienten når pasienten har det vanskelig. Resultatene viser at nærheten blir ubehagelig når den eksponerer sykepleierens sårbarhet. For å kunne være hos pasientene og tilby trøst, må sykepleieren kunne holde ut de ubehagelige følelsene. Det er smertefullt å være vitne til en annens lidelse og føle at en ikke kan hjelpe. En kan føle seg hjelpeløs, maktesløs og udugelig. På samme måte beskrev sykepleierne i materialet noen av de fastlåste og vanskelige situasjonene, der de måtte avvise, stenge av eller trekke seg ut.

I Lindströms (1997b) studie av psykiatriske avdelinger spurte pasientene: hvor er sykepleierne når vi trenger dem mest? Dersom en sykepleier tenker at det hjelper å tilby sitt nærvær, er det kanskje lettere å sette seg og å bli hos pasienten, og holde ut de vonde følelsene av hjelpeløshet. Kanskje er det bedre for pasienten å kjenne at en kan være hjelpeløse sammen, enn å være det alene.

Her har jeg drøftet studiens resultater i lys av oppgavens teoretiske perspektiver, med vekt på hva som er forutsetningene for det gode nærværet og hvilke muligheter og hindringer som kommer frem knyttet til strukturelle, ideologiske og personlige forhold. Diskusjonen er sentrert rundt temaer som miljøterapi og nærværenhet, balanse mellom støtte og utfordring, tilstedeværelse og trening i selvstendighet, og samarbeid ut fra felles forståelse og felles språk. Den medisinske diagnosemodellen kan få uheldig innvirkning på samarbeidet med pasienten dersom den brukes til å egenskapsforklare, generalisere eller objektivere pasienten.

Derfor er det viktig at sykepleierne sammen med andre miljøarbeidere gjennom faglig fordypning utvikler sitt eget faglige ståsted for å kunne samarbeide med pasientene i miljøet på måter som gir pasientene muligheter til vekst og utvikling. Dette forutsetter at sykepleierne har et avklart forhold til sine ulike roller og kan være fleksible og trygge i møte med pasientene. En slik fagutvikling kan føre til at nærværenhet ikke oppleves så tappende. For å oppnå dette trenger sykepleierne veiledning i et støttende arbeidsmiljø som kan styrke deres evne til selvrefleksjon og selvavgrensning, og gi bedre løsningsmuligheter i fastlåste situasjoner.

7. Konklusjon og konsekvenser

Dette kapitlet inneholder studiens konklusjon, og beskriver deretter konsekvenser for praksis, utdanning og videre forskning.

7.1 Konklusjon

Tilstedeværelse som nærværenhet er et innholdsrikt fenomen, som belyses teoretisk i første del av oppgaven. Tilstedeværelse knytter seg både til å være tilstede i eget liv, hos seg selv, og tilstede hos den andre i hans/hennes liv. Det fordrer at en er åpen og bevisst ens egen forforståelse og fordommer, for å kunne sette dem til side og gi plass til den andre og hans eller hennes forståelse av sin livssituasjon. Dette kan åpne for å ta inn den andre og det den andre uttrykker gjennom sin væren. Det betyr å være nærværende for den andre med en aksept for det som har vært og det som kommer, men med tyngdepunktet i nået og med åpenhet overfor det som skjer her og nå. Det å holde tilbake vurderinger og vilje til å ville forandre, og heller la det som «er» bare være, kan skape noe nytt som ikke kan forutses. I dette møtet her og nå anerkjennes gjensidigheten og at begge er underveis. «Væren» er her og nå, men knyttet til tiden og påvirket av det som har vært og det som kommer. Tilstedeværelse som nærværenhet kan hjelpe sykepleiere og pasienter til å være seg selv og leve i nået, og sammen oppleve at dette gir mot og håp. Dette åpner for alternative måter å være sammen med pasientene på, enten det er i vanlig sosialt samvær eller i krisesituasjoner.

Studiens tema er lite eksplisitt omtalt i forskningslitteraturen om psykisk helsearbeid. Studien er eksplorerende og har et begrenset utvalg. Den er bygget på fokusgruppeintervjuer, og gir et kvalitativt innblikk i sykepleieres erfaringer med tilstedeværelse som nærværenhet. Resultatene belyser viktige muligheter og hindringer for tilstedeværelse i sykepleiernes møte med pasientene. Muligheter og hindringer drøftes særlig i forhold til personlige, ideologiske og strukturelle faktorer. Intervjuene viser en rekke dilemmaer knyttet til disse faktorene, og et spenningsforhold mellom idealer og realiteter i forhold til nærværenhet.

Et gjennomgående tema er at tilstedeværelse og nærværenhet er sentralt viktig, samtidig som det er vanskelig og utfordrende. Uttrykk som «tilstedeværelse» var mindre brukt og temaet mindre reflektert over enn man kanskje kunne ventet.

Studien har fått frem viktige forutsetninger for nærværet, som det å lytte, ta pasienten på alvor, tilgjengelighet og tillit. Dette kan føre til at sykepleierne i større grad klarer å ta pasientenes perspektiv, og gripe mulighetene i situasjonene og i det hverdagslige samværet. Deltakerne var opptatt av å ta hensyn til «personlig kjemi» i fordeling av pasientene, og opplevde det som en stor ressurs å ha god kjemi med pasienten både i forhold til ulike roller og fleksibilitet. Forskjeller mellom de nyutdannede og de mer erfarne kom frem i intervjuene både implisitt og eksplisitt. Det å ha en trygg faglig identitet gjør det lettere å variere mellom rollen som fagperson og rollen som medmenneske, men dette er ingen selvfølgelig konsekvens av erfaring.

Sykepleierne var engasjerte i mulighetene, men ga uttrykk for at de i enda større grad kjente hindringene på kroppen. De så viktigheten av strukturelle faktorer som god organisering, klare hensikter og tydelige mål i samarbeidet med pasientene, men de beskrev også mange faglige dilemmaer som var krevende for dem. I intervjuene var sykepleierne konkrete i beskrivelsene av de vanskelige situasjonene, men den psykiatriske sykepleiefaglige referanserammen forble utydelig. Sykepleierne beskrev situasjoner der de ville hjelpe, men opplevde av ulike grunner at de ikke kom videre, enten det var av hensyn til pasienten, diagnosen, eller på grunn av følelser av hjelpeløshet. De opplevde at noen av disse situasjonene i møte med pasientene gjentok seg og dermed tappet dem for krefter.

Miljøterapi handler blant annet om å være tilgjengelig og tilstede i miljøet, og være klar til å handle når det er behov for det. Dette å være tilstede og avslappet, men samtidig parat, er en tilstand som sykepleierne også opplevde som tappende, selv når det ikke hadde «skjedd noe», som de sa. Det å være nærværende på en måte som var tilpasset situasjonen med pasientene opplevde de ofte som krevende. En bevisstgjøring av sykepleiernes ulike roller og funksjoner kan være avklarende og tydeliggjøre deres forventninger til seg selv, hverandre

og pasientene. Dette kan også tydeliggjøre for pasientene hvilke forventninger de har til sykepleierne, og dermed gi en mulighet til å avklare samarbeidet.

Det kan se ut som et paradoks at sykepleierne beskrev situasjoner med mye «ubundet tid» som samtidig ble omtalt som krevende. Studien tyder på at dette først og fremst har sammenheng med at nærværenhetens balansekunst ennå i liten grad er faglig formulert og integrert i det praktiske arbeidet. Når man mangler faglige redskaper, blir også oppgavene vanskeligere. En hovedkonklusjon er derfor at trening i tilstedeværelse og nærværenhet ikke er perifert eller en luksus i forhold til bedre psykisk helsearbeid, men en helt sentral faglig utfordring.

7.2 Konsekvenser for praksis, utdanning og videre forskning

Funnene fra denne studien viser at det kan være verdifullt å ta utgangspunkt i tilstedeværelse som nærværenhet i forhold til fagutvikling og kvalitetsikringsarbeid. Dette kan knyttes opp til mye av det sykepleierne opplever som utfordrende i møtet med pasientene, og kan være en mulighet til å se på relasjonsarbeidet i avdelingene. Funnene peker også på viktigheten av å utvikle en felles miljøterapeutisk plattform som bygger opp under sykepleiernes faglige forståelse og gir et utvidet samarbeidsspråk og større handlingsrom.

Utviklingen innen psykisk helsevern med brukermedvirkning er en bevegelse bort fra «enveis relasjoner», i retning av mer gjensidig respekt og samarbeid. Det å belyse de ulike rollene som sykepleierne i praksis skifter mellom, og skape bedre faglig forankring og forståelse overfor dette, fremstår derfor som viktige spørsmål for videre forskning og utvikling. Veiledningsgrupper er ett av virkemidlene der sykepleierne kan få hjelp til å sortere og utforske de ulike rollene og utvikle faglig forståelse og trygghet.

Tilstedeværelse som nærværenhet krever bevissthet om at nærvær er viktig og noe en kan øve seg på. Dette vil det være naturlig å ha fokus på i ulike helsefagutdannelse og videreutdannelse. I en tid der effektivitet og hurtig tempo ofte fremheves, blir det desto viktigere at sykepleiestudentene og andre helsefagstudenter får innsikt i alternative tenkemåter og lærer hvordan de kan vurdere sine egne bidrag i ulike situasjoner. Det finnes allerede prosjekter der en undersøker effekten av oppmerksomhetstrening og stressmestring for medisin- og psykologistudenter, ut fra en hypotese om at dette vil øke deres empatiske evner i møte med pasientene (Vibe, 2009). Dette er også aktuelt for andre helsefagutdannelse.

Det er mye vi ikke vet om nærværets betydning og hvordan vi i større grad enn i dag kan la det få betydning for praksis. Utdypende studier behøves for å utforske både pasientenes og psykiske helsearbeideres opplevelser av hva som fremmer og hemmer nærværenhet, og hvordan den kan styrkes i relasjonen og i forhold både til strukturelle, ideologiske og personlige faktorer. Metoder som handlingsorientert forskningssamarbeid og flerstegsfokusgrupper kombinert med observasjonsstudier vil kunne gi økt innsikt i hvordan nærværenhet i større grad enn i dag kan virkeliggjøres som en viktig side ved samarbeidet innen psykisk helsearbeid.

8. Litteraturliste

- Anderson, H. (2003). *Samtale, sprog og Terapi – et postmoderne perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Barker, P.J & Jackson, S. & Stevenson, C. (1999) What are psychiatric nurses needed for? Developing a theory of essential nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 273-282.
- Berg, L. & Danielson, E. (2007) Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian Journal of caring Sciences*, 21/4, s. 500-506.
- Bondevik, M. (2004) Mellom avhengighet og selvhjulpenhet. F. Nordtvedt (red.). *Møte mellom pasient og sykepleier* (s.113-125). Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Buber, M. (2004). *Det mellommännskliga*. Lundvika: Dualis.
- Buber, M. (2007). *Jeg og du*. Oslo: J.W Cappelens Forlag A.S.
- Brudal, L. F. (2006). *Positiv psykologi: empati, flyt, kvinne og mann, humor*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Buus, N. (2008). Sprogbrug blant plejepersonale på psykiatisk hospital. B. Karlsson, (red.). *Se mennesket – om forskning og klinisk arbeid I psykiatrisk sykepleie* (s.89-111) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Csikszentmihalyi, M (2008). *Selvets utvikling. Evolution, flow og det gode samfund*. Danmark: Dansk Psykologisk Forlag.
- Deurzen-Smith, E. V. (1995). *Eksistentiel samtale og terapi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Deurzen-Smith, E. V. (1997). *Everyday Mysteries, Existential dimension of psychotherapy*. London: Rotledge.
- Deurzen-Smith, E. V. (2002). *Existential counselling & psychotherapy in Practise*. London: Sage Publication.
- Egidius, H. (2000). *Psykologisk leksikon*. Oslo
- Fagerland, T. (2008). Institusjonell eller personlig praksis. B. Karlsson (red.). *Se mennesket – om forskning og klinisk arbeid I psykiatrisk sykepleie*. (s.177-195) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fagermoen, M.S. (1998). Sykepleierens grunnkompetanse å være, å tenke og handle. I Festskrift til Ellen Askeland, Jan Fagermoen og Astrid Lønestad. *På sykepleiefagets vegne*. Hio-rapport 1998, nr.13.

-
- Fjelstad, T. (2008). Toleranse for uvisshet. A. K. Ulvestad & A. K. Henriksen & A-G. Tuseth & T. Fjeldstad. (red.). *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid.*(s.328-367) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Frahm Jensen, M. J. (2008). Hører du hva jeg sier? A. K. Ulvestad & A. K. Henriksen, & A-G. Tuseth & T. Fjeldstad. (red.). *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid.* (s 148-160) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative interview.* København: Akademisk Forlag.
- Fog, J., & Hem, L. (2009). *Psykoterapi og erkjendelse. Personligt anliggende og professionel virksomhed.* København: Akademisk Forlag.
- Gadamar, H-G. (2007). *Sanhed og Metode. Grundtræk af en filosofisk hermeneutik.* Århus: Academica.
- Gilje, F. L. (1993). *A phenomenological study of patients' experiences of the nurse's presence.* UMI Dissertation Services degree date 1993.
- Halvorsen, G. S. (2008). Relasjonene mellom hjelper og hjelpesøkende. Hva gjør den virksom?. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, nr.1 / 4* (s. 3-15).
- Heidegger, M. (1990). *Being and time.* Oxford: Basil Blackwell.
- Henriksen, J-O. & Aarflot, H. M. (2002) Å møte en annen. I I. T. Bjørk, & S. Helseth, & F. Nordtvedt (red.). *Møte mellom pasient og sykepleier.* (s. 157-172) Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Hermansen, M.V., Carlsen, L.B., Vråle, G.B. (1992) *Sykepleiefaglig veiledning.* Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Hummelvoll, J.K. & Barbosa da Silva, A. (1996). Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten. *Vård i Norden.* 16, (s. 25-32).
- Hummelvoll, J. K. (1997). Psykiatrisk sykepleie- en holistisk-eksistensiell tilnærming. J.K. Hummelvoll J.K. & U. Lindström. (red.). *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad,* (s. 34-57). Lund: Studentlitteratur.
- Hummelvoll, J. K. (1998). *Internasjonalt utsyn – resymè av forskning og fagutvikling i psykiatrisk sykepleie.* Høgskolen i Hedmark, rapport nr. 10.
- Hummelvoll, J. K. & Røsset, O. (1999). *De nødvendige idealer og de slitsomme realiteter - fokus på akutt psykiatrien.* Høgskolen I Hedmark, rapport nr. 17.
- Hummelvoll, J. K. (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis: handlingsorientert forskningssamarbeid akuttpsykiatrien.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J.K. (1982, 2004). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Hummelvoll, J. K. (2006a). En helhetlig-eksistensiell psykiatrisk sykepleietilnærming I lokalsamfunnsperspektiv. *Klinisk sygepleje*, 20:1, (s. 13-23).
- Hummelvoll, J. K. (2008a). The multistage focus group Interview. A relevant and fruitful method in action research based on co-operative inquiry perspective. *Norsk tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10, 3-14.
- Hummelvoll, J.K. (2010 i trykk) Flerstegsfokusgruppeintervju – en sentral metode I deltakerbasert og handlingsorientert forsknings samarbeid. *Tidsskrift for Klinisk Sygepleje*, nr.3.
- Kabat-Zinn, J. (2008). *Akkurat nå, mindfulness, bevisst tilstedeværelse i hverdagen*. Arneberg Forlag.
- Karlsson, B. (2003) Erfaringsbasert pasientkunnskap: et nytt grunnlag for forståelse av klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie. I J. K. Hummelvoll (Red.) *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien (s.147-171)* Oslo: Universitetsforlaget.
- Karlsson, B. (Red). (2008) Humanisme og psykiatrisk sykepleie. I *Se mennesket – om forskning og klinisk arbeid I psykiatrisk sykepleie (s.155-176)* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kepple, K. M. (1991) *Tidens betydning i psykiatrisk sykepleie med utgangspunkt i Heidegger*. Hovedoppgave i psykiatrisk sykepleie ved Statens utdanning av helsepersonell. Bygdøy.
- Kolberg, C. (2008) Dialogens betydning ved psykotiske kriser. A.K Ulvestad & A.K Henriksen & A-G Tuseth & T. Fjeldstad. (red.). *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, K.(1997). Et psykiatrisk sykepleieperspektiv relatert til styrking av pasientens integritet. J. K. Hummelvoll & U. Lindström. (red.). *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*, (s.107-121). Lund: Studentlitteratur.
- Kristoffersen, K. (2004). Det tredje øret. F. Nordtvedt (red.). *Møte mellom pasient og sykepleier* (s.57-65). Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kåver, A. & Nilsson, Å. (2005). *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lindström, U. (1997a). Psykiatrisk vård ur ett vårdvetenskapelig perspektiv. J. K. Hummelvoll & U. Lindström (red.). *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*, (s. 58-69). Lund: Studentlitteratur

-
- Lindström, U. (1997b). Patientens opplevelse av vårdkultur och vårdrelation – motsatsernas dialektik. J. K. Hummelvoll & U. Lindström (red.). *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad* (s.73-94). Lund: Studentlitteratur.
- Lindström, U. Å. (2003). *Psykiatrisk sykepleie. Teorier, verdier og praksis*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Tano Aschehoug AS.
- Martinsen, K. (2002) Rommets tid, den sykes tid og pleiens tid. I I. T. Bjørk, & S. Helseth, & F. Nordtvedt (red.). *Møte mellom pasient og sykepleier*. (s.250-271). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Martinsen, K. (2003). *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*. 2. utg. Oslo:Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2006). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K., Eriksson, K. (2009). *Å se og å innse om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe.
- May, R. (1983). *The discovery of being, writings in Existential Psychology*. New York: W. W. Norton & Company.
- Nicolaisen, R. F. (2003). *Å være underveis. Introduksjon til Heideggers filosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nilsson, B. (2004). *Savnets tone i ensomhetens melodi. Ensomhet hos aleneboende personer med alvorlig psykisk lidelse*. Vasa: Åbo Akademis Forlag.
- Nilsson, B. (2007). *Ensomhet. Psykisk lidelse og hermeneutisk omsorg: "Når horisonter møtes"*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norvoll, R. (2004) Sykepleiens rammer. I F. Nordtvedt (red.): *Møte mellom pasient og sykepleier* (s.173-191). Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Nåden, D. (1999). Akademisk avhandling: *Når sykepleie er kunstutøvelse. En undersøkelse av noen nødvendige forutsetninger for sykepleie som kunst*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Olsson, L. (2007). *Nu vill jag sjunga dig milda sånger*. Albert Bonniers Forlag.
- Pettigrew, J. (1990). Intensive Nursing Care: The Ministry of Presence. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2:3, s. 503-508.
- Reason, P. & Heron, J. (1986). Research with People: The Paradigm of Cooperative Experiential Inquiry, *Person-Centered Review*, 1(4): 456-476.

- Schibbye, A. L. L. (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo: Universitetsforlaget
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skjervheim, H. (1996). Deltakar og tilskodar. I: *Deltakar og tilskodar og andre essays*. (s.71-87) Oslo: Aschehoug.
- Stern, D. N. (2007). *Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Terkelsen, T. B. (2009). Er sykepleiediagnoser relevant i psykisk helsearbeid? *Tidskrift for psykisk helsearbeid*. (s.4–13) . Oslo: Universitetsforlaget.
- Teslo, Anne-Lise. (red.) (2000). *Mangfold i faglig veiledning for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Topor, A. & Borg, M. (red.). (2002). *Vägen upp. Om att återhämta sig från svår psykisk sjukdom*. Stockholm: Svenska förening för psykiska hälsa.
- Topor, A. & Borg, M. (2007). *Relationer som hjälper*. Oslo: Studentlitteratur.
- Ulvestad, A. K., & Henriksen, A. K., & Tuseth, A-G. & Fjeldstad. T. (red.) (2008). *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vassnes, H. B (2009) Den perfekte lytter. *Aftenpostens A-magasin*, 13.3.09, s. 30-33.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vatne, S. (2008). Anerkjennende tilnærming. Et grunneleggende terapeutisk prinsipp i psykiatrisk sykepleie. B. Karlsson (red.), *Se mennesket – om forskning og klinisk arbeid I psykiatrisk sykepleie*. (s.40-63) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vibe, M. d. (2003). Oppmerksomhetstrening – en metode for selvregulering av helse. Kronikk i *Tidskrift for Den norske legeforening*. Vol. 21, s. 3062-4.
- Vibe, M. d. (2009). Prosjekt 531: *Oppmerksomhetstrening og stressmestring for medisins- og psykologistudenter ved Kunnskapssenteret*.
- [Http://www.kunnskapssenteret.no/Prosjekter/6857.cms](http://www.kunnskapssenteret.no/Prosjekter/6857.cms)
- Yalom, I. D. (1998). *Eksistentiel psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag.

Stortingsmelding nr. 26 (1999-2000). Om verdier for den norske helsetenesta.

[Http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000)

Rapport IS-1315; «Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykiskhelse».

[Http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00009/IS-1315](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00009/IS-1315)

Ordbøker:

Bokmålsordboka (1986). Definisjons og rettskrivningsordbok. Oslo: Universitetsforlaget.

Engelsk – Norsk Ordbok (1988). Oslo: Kunnskapsforlaget, Aschehoug – Gyldendal.

The New Webster Encyclopedic (1980). Dictionary of the English Language, Including a Dictionary of Synonyms. Chicago: Consolidated Book Publisher.