

Jan Kåre Hummelvoll

Arild Granerud

Elisabeth Severinsson

(red)

Psykososialt perspektiv på lidelse

Dokumentasjon fra forskningskonferanse

innen UNISKA nettverket

Høgskolen i Hedmark

Rapport nr. 10 - 2001

Online-versjon

Utgivelsessted: Elverum

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Forfatteren er selv ansvarlig for sine konklusjoner. Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for Høgskolens syn.

I rapportserien fra Høgskolen i Hedmark publiseres FoU-arbeid og utredninger. Dette omfatter kvalifiseringsarbeid, stoff av lokal og nasjonal interesse, oppdragsvirksomhet, foreløpig publisering før publisering i et vitenskapelig tidsskrift etc.

Rapporten kan bestilles ved henvendelse til Høgskolen i Hedmark.
(<http://www.hihm.no/Publikasjon/default.htm>)

Rapport nr. 10 - 2001

© Forfatterene/Høgskolen i Hedmark

ISBN: 82-7671-173-1

ISSN: 1501-8563



Høgskolen i Hedmark

Tittel: Psykososialt perspektiv på lidelse Dokumentasjon fra forskningskonferanse innen UNISKA nettverket			
Redaktører: Jan Kåre Hummelvoll, Arild Granerud, Elisabeth Severinsson			
Nummer: 10	Utgivelsesår: 2001	Sider: 202	ISBN: 82-7671-173-1 ISSN: 1501-8563
Oppdragsgiver:			
Emneord: lidelse, psykisk helsearbeid, kvalitativ metodologi			
Sammendrag: Denne artikkelsamlingen presenterer sentrale foredrag fra forskningskonferansen <i>Psykososialt perspektiv på lidelse</i> som ble avholdt på Hamar 3-4 mai 2001 som en del av UNISKA-samarbeidet (Universitetsalliansen Indre Skandinavia). Formålet med konferansen var 1) å presentere aktuell forskning innen psykisk helsearbeid i bred forstand med særlig vekt på lidelse og 2) å fokusere metodologiske refleksjoner relatert til kvalitativ forskning. Artikkelsamlingen dekker følgelig både teoretisk-empiriske og metodologiske tema. Den første delen omhandler: å lindre lidelse, seksuelle overgrep mot gutter, dilemmaer i relasjonsarbeid med psykotiske mennesker, omsorg for barn når en av foreldrene er psykisk lidende, aldring og visdom, estetikkens betydning for helse og velvære i psykiatrisk omsorgsarbeid og skjerming av akutt psykotiske mennesker. Den andre delen belyser hvordan livsverden kan studeres innen kvalitativ forskning, handlingsorientert forskningssamarbeid som en strategi for å utvikle praksisrelevant kunnskap og refleksjoner knyttet til det kvalitative forskningsintervju basert på en sosialkonstruksjonistisk forståelse.			



Høgskolen i Hedmark

Title:			
Psychosocial perspectives on suffering – documentation from a research conference in the UNISKA network			
Editors:			
Jan Kåre Hummelvoll, Arild Granerud, Elisabeth Severinsson			
Number:	Year:	Pages:	ISBN: 82-7671-173-1
10	2001	202	ISSN: 1501-8563
Financed by:			
Keywords:			
suffering, mental health work, qualitative methodology			
Summary:			
<p>These articles consist of central presentations from a research conference held at Hamar, Norway, 3-4th of May 2001 as a part of the UNISKA-collaboration (The University Alliance Inner Scandinavia). The purpose of the conference was twofold: 1) to present recent research within the field of mental health work with special emphasis on suffering and 2) to focus on methodological issues related to qualitative research.</p> <p>Consequently, these articles cover both theoretical-empirical and methodological issues. The first part deals with the following themes: to alleviate suffering, sexual abuse of boys, dilemmas in relating to psychotic persons, caring for children when one of the parents is mentally ill, wisdom in an ageing perspective, the impact of aesthetics on health and wellbeing in psychiatric care - and the use of seclusion in caring for acute psychotic persons. The second part illuminates how the 'lifeworld' can be investigated within qualitative research, co-operative inquiry as a research strategy to develop knowledge relevant to clinical practice – and the use of the qualitative research interview based on a social constructionist mode of understanding.</p>			

Innhold

Introduksjon	9
--------------------	---

Del I: Empiri

Elisabeth Severinsson: Att bemöta lidande – en central utmaning inom psykiatrisk omvårdnad.....	19
Torbjørn H. Andersen: Seksuelle overgrep mot gutter.....	37
Marit Hem: "Vil <i>du</i> være min venn?" – om dilemmaer i relasjoner mellom psykiatriske sykepleiere og psykotiske pasienter.....	51
Astrid Halså: Når mor har en psykisk lidelse.....	65
Marika Maruszczak: Optimalt åldrande och vishetsbegreppet	93
Eva Sundin: Att lyfta blicken". Estetikens innebörd inom psykiatrisk omvårdnad.	107
Jan Stensland Holte: "Som en livbøye i opprørt hav..." Skjerming - teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring	119

Del II: Design og Metode

Birgitta Hedelin: Att studera livsvärlden - reflektioner kring kvalitativ forskning.....	137
Jan Kåre Hummelvoll: Handlingsorientert forskningssamarbeid eksemplifisert ved Prosjekt Undervisningsavdeling	155
Torbjørn H. Andersen: Det kvalitative forskningsintervju. Et kunnskapsmessig konstruksjonsarbeid	185
Presentasjon av forfatterne:	201

Introduksjon

Temaet for denne artikkelsamlingen er *Psykososialt perspektiv på lidelse*. De ti artiklene som følger er bearbeidede foredrag fra en forskningskonferanse som ble holdt på Hamar 3-4 mai 2001 innen UNISKA-nettverket. Dette nettverket består av samarbeidende institusjoner for høyere utdanning i Indre Skandinavia (Högskolan i Dalarna, Høgskolen i Gjøvik, Høgskolen i Hedmark, Høgskolen i Østfold, Høgskolen i Lillehammer og Karlstads universitet. Formålet med konferansen var 1) å presentere aktuell forskning innen psykisk helsearbeid i bred forstand med særlig vekt på lidelse og 2) å fokusere metodologiske refleksjoner relatert til kvalitativ forskning.

Artikkelsamlingen åpner med den sentrale utfordring innen alt pleie- og omsorgsarbeid, nemlig å lindre lidelse. *Elisabeth Severinsson* hevder at et nytt paradigme har vokst frem i pleie og omsorg for mennesker: fra sykdom til lidelse. Dette innebærer at fokus har skiftet fra sykdomsdiagnose og sykdomssymptomer til lidelse og helse. I pleie og omsorg er det lidelsen i relasjon til helse og helhet som er utgangspunktet, noe som legger grunnen for at menneskers verdighet iakttas og at man tar et personlig ansvar for det andre mennesket i utøvelsen av omsorgspraksis. Severinsson henviser til Katie Erikssons beskrivelse av lidelsens tre ytringsformer: sykdomslidelse, sykepleielidelse og livslidelse. Hun gir videre en teoretisk referanseramme for å møte lidelse med særlig fokus på den lidelse man møter hos pasienter innen psykiatrisk sykepleie. Som en hjelp til å lindre lidelse presenterer hun en begrepsmodell som hun benevner: "Den hermeneutiske medlidelsens triade"; ansvar, vilje og makt. Ved å reflektere over disse dimensjonene inn i møte med den enkelte pasient kan man bidra til en god og kjærlighetsfull omsorg.

Torbjørn Andersen løfter frem en 'underkommunisert lidelse', nemlig seksuelle overgrep mot gutter og menn. I Skandinavia er denne typen seksuelle overgrep lite utforsket. Internasjonalt tenderer forskningen mot å fokusere symptomer og registrerbare følgetilstander av overgrep. Andersen legger vekt på hvordan kontekstuelle eller sosiokulturelle faktorer bidrar til å skape en gitt virkelighet i forbindelse med seksuelle overgrep og hvordan disse påvirker forutsetningene for mestring av selve overgrepserfaringen. Dette gjelder både for den som er overgrepsutsatt og hans omgivelser i tilfeller der overgrepet avdekkes. Av særlig interesse i denne sammenheng er oppfatningen av maskulinitet. Kjønnstereotyper kan hindre at gutten/mannen tilkjenner sine erfaringer – også i forhold til seg selv. På samme grunnlag hindres omgivelsene i å se og ta på alvor gutter/menn som overgrepsutsatte. Fenomenet seksuelle overgrep mot gutter knyttes teoretisk til begrepene symbolsk vold (Bourdieu) og hegemonisk maskulinitet (Connell).

Artikkelen "Vil du være min venn?" illustrerer sentrale aspekter ved den lidelse den psykotiske person kan møte i behandling og sykepleie. Det kan dreie seg om opplevd krenkelse, umyndiggjøring, avmektighet og hjelpeløshet. Ut fra et forstående og fortolkende vitenskapsteoretisk grunnlag og ved hjelp av en etnografisk forskningstilnærming, har *Marit Helene Hem* søkt å skape kunnskap om hva som karakteriserer relasjoner mellom psykiatriske sykepleiere og psykotiske pasienter i en psykiatrisk akuttavdeling. Resultatene av hennes studie viser at disse relasjonene er motsetningsfylte og flertydige. Hun skisserer tre dilemmaer: medmenneske versus fagperson, å være ansvarlig versus ikke-ansvarlig og møte pasienten som person versus kasus. I denne artikkelen behandler hun særlig det siste dilemmaet: person i motsetning til kasus. Hem poengterer at det som kan bidra til å lindre pasientens lidelse er at sykepleiepersonalet utvikler en sterkere bevissthet om dilemmaer i

relasjonsarbeidet. En slik bevissthet kan føre til at sykepleiere opplever seg som ansvarlige aktører i relasjoner med psykotiske pasienter.

Når psykisk sykdom rammer mor eller far, får sykdommen konsekvenser for ektefelle, barn og hverdagsliv. *Astrid Halså* stiller i denne artikkelen spørsmålene: Hvordan griper sykdommen inn i dagliglivet i familiene? Hvordan greier mødre med psykiske lidelser å ivareta barneomsorgen? Halså søker å besvare disse spørsmålene ved hjelp av kvalitative intervjuer med 15 familier – og rammer inn fremstillingen ut fra hverdagslivsperspektivet i moderne familier. Forfatteren påpeker at familier hvor en av foreldrene har en psykisk lidelse er en sammensatt gruppe. Mange familier evner å gi barna tilstrekkelig trygghet, kjærlighet og omsorg på tross av at de er i en vanskelig livssituasjon, mens det i andre familier er så store belastninger at det går sterkt ut over barna. Det kommer frem at foreldrene i liten grad etterspør offentlig hjelp og støtte og de har få konkrete tanker om hvordan andre kan hjelpe dem. En konsekvens av dette er at det offentlige omsorgstilbud må tilby hjelp som bygger på foreldrenes bekymringer for barna – bl.a. å informere barna enkelt og saklig om sykdommen.

'Optimalt åldrande och vishetsbegreppet' er temaet for *Marika Maruszak* artikkel. En dominerende faktor for å oppnå den gode, optimale aldring settes her i relasjon til visdomsbegrepet. Problemstillingen bygger på antagelsen om at aldring er en livslang prosess der alderdommen utgjør en integrert del som i beste fall kan munne ut i visdom og/eller gerontotranscendens. Derfor mener Maruszak at det er av interesse å søke etter de faktorer som eldre beskriver i forhold til visdom. For å besvare dette spørsmålet har forfatteren anvendt spørreskjemaer fra Nordiska museet i Stockholm ("Gammal i går, i dag och i morgon"). 65 personer (52 kvinner og 34 menn) født mellom 1913 og 1926 inngår i materialet. Materialet ble analysert ved hjelp av fenomenologisk-

hermeneutisk metode inspirert av Ricoeur. Analysen viser den kompleksitet som finnes i spenningen mellom de livsbejaende og de ødeleggende menneskelige kreftene. En fellesnevner for studiens teoretiske perspektiv synes å være individets grad av aktivitet i et livsbejaende perspektiv. Den som er passiv og ikke begjærer noe har mindre forutsetninger for å oppnå visdom. Derimot er et livsbejaende engasjement i en integrert helhet verdt å strebe etter. Veien frem mot å bli et helt og vist menneske kan ikke beskrives entydig og rasjonelt, men har antagelig å gjøre med at individets personlighetsaspekter integreres på 'likelig' måte.

Den estetiske dimensjons betydning for pasientens helse og velvære har vært kjent siden antikken – og ble systematisk understreket og begrunnet av Florence Nightingale. *Eva Sundin* sier at estetikk i dag beskrives som en delkomponent i sykepleien, som bl.a. omfatter en estetisk dimensjon, et estetisk sykepleiesyn, en estetisk holdning og et estetisk miljø. Sundins artikkel bygger på en intervjustudie med ti sykepleiere fra tre psykiatriske klinikker. Dataene er analysert ved hjelp av Giorgis fenomenologiske metode. Resultatene viser at intervjupersonene mener at et estetisk avdelingsmiljø og en estetisk holdning i arbeidet påvirker pasientens velvære. Derfor er det av betydning at sykepleieren er bevisst i forhold til hvilke muligheter og hindringer som finnes for at nettopp dette resultatet skal oppnås. Det understrekes at det økede velvære som man søker å skape hos pasienten avhenger av samspillet mellom det som rommet og menneskene formidler. Disse to kompletterer hverandre og kan ikke betraktes isolert fra hverandre.

'Skjerming' er en metode som bl.a. tar utgangspunkt i akutt-psykotiske pasienters behandlings- og omsorgsbehov. Det innebærer at et personalmedlem oppholder seg sammen med pasienten i et oversiktlig og begrenset miljø - og inneholder elementer av grensesetting, struktur og stimulusbegrensning.

Hensikten er å hjelpe pasienten til på nytt å fungere samlet og gjenvinne autonomi og kontroll over seg selv og sitt forhold til andre mennesker. *Jan Stensland Holte* viser i sin artikkel hvordan man gjennom en handlingsorientert forskningsstrategi med fokusgrupper som dataskapingsmetode, kan utvikle en ny og velbegrunnet praksis i forhold til skjermingsmetoden. Forutsetningen er at personalet utvikler et funksjonelt språk for praksis og en praksiskunnskap som impliserer bevissthet om at det er de 'små avgjørende detaljene' i samspillet mellom personal og pasient som kan utgjøre forskjellen mellom en krenkende og en integritetsbevarende praksis. Artikkelen fokuserer bl.a. etiske dilemmaer knyttet til skjerming. I denne forbindelse legger Holte frem en dynamisk refleksjonsmodell for skjermingspraksis.

Birgitta Hedelin belyser sentrale kjennetegn på kvalitativ forskning særlig knyttet til den fenomenologiske og hermeneutiske tradisjon, og reflekterer videre over hvordan livsverden kan studeres innen kvalitativ forskning. Hun løfter frem betydningen av kvalitativ forskning når det gjelder å få kunnskap om menneskers erfaringer med helse, uhelse og omsorg. Å studere menneskers opplevelse av sin livsverden innebærer å få en dypere forståelse av den verden vi alltid allerede lever i og tar for gitt. I denne finnes grunnen for alle våre erfaringer og opplevelser – både de personlige og de vi har felles med andre mennesker. Hedelin fokuserer de vitenskapsteoretiske utgangspunkter slik som forholdet mellom helhet og del, forståelse og forklaring, innenfra- og utenfra-perspektivet, det personlige og det allmenne og beskrivelse og tolkning. Artikkelen diskuterer også likheter i måter å forholde seg på mellom kvalitative forskningsmetoder og det direkte pleie- og omsorgsarbeid.

Hvordan skal man legge opp en forskningsstrategi som bidrar til at personalet i en akuttpsykiatrisk avdeling opplever å ha relevante kunnskaper, holdninger og ferdigheter som gjør dem i stand til å forstå og møte pasienters lidelsesuttrykk?

Jan Kåre Hummelvoll er i sin artikkel opptatt av dette spørsmålet og hvordan man kan skape praksisrelevant kunnskap. I denne sammenheng trekkes handlingsorientert forskningssamarbeid frem som en relevant strategi. I en slik strategi deltar alle involverte både til kreativ tenkning i forhold til forskningsprosjektet ved at man bestemmer hva som skal studeres, hvordan det skal gjennomføres – og å skape mening i resultatene. Dessuten skal man delta i den aksjon som er tema for forskningen. Følgelig vil handlingsorientert forskningssamarbeid i sin mest omfattende form ikke skille mellom forsker og subjekter. Slik blir alle som deltar både med-forskere og med-subjekter. På denne måten blir strategien en forskning *i praksis* og *for* og *med* praksis. Hummelvoll illustrerer handlingsorientert forskningssamarbeid konkret gjennom Prosjekt Undervisningsavdeling – som er et fireårig samarbeid mellom Høgskolen i Hedmark og Sanderud psykiatriske sykehus. Gjennom flere parallelle studier søker man å realisere følgende formål: 1) systematisk programutvikling og forskning, 2) videreutvikling av personalets kompetanse og 3) å skape et fruktbart læringsmiljø for helse- og sosialfagsstudenter. I artikkelen blir også validitetsspørsmål knyttet til denne forskningstrategien belyst. Det kvalitative forskningsintervju er i nordisk sammenheng en hyppig anvendt metode for å nærme seg bestemte fenomener i personers livsverden – ofte ut fra en fenomenologisk-hermeneutisk forståelse. Torbjørn Andersens tilnærming er derimot basert på en sosialkonstruksjonistisk forståelse. Det betyr at mening skapes ved at mennesker kollektivt genererer språklige beskrivelser og forklaringer. Slik sett er kunnskap en sosial konstruksjon som finner sted mellom mennesker snarere enn i mennesker. Forskning blir en prosess der forskeren skaper en virkelighet av de virkeligheter han/hun undersøker – og vedkommende er selv en del av den virkelighet som undersøkes. I artikkelen trekker Andersen også frem personlige erfaringer med intervjumetoden knyttet til temaet seksuelle overgrep mot gutter. Han legger hovedtyngden i

fremstillingen på de første fasene i intervjuundersøkelsen, nemlig tematisering, planlegging og intervjuing.

Takk

Vi vil takke høgskolelektor Ingeir Raukleiv, Kari Gjør og Bente Marie Giset, Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse- og sosialfag for praktisk og faglig hjelp med planlegging og gjennomføring av forskningskonferansen. Vi takker også høgskolens ledelse for økonomisk støtte. Konferansen ble videre støttet økonomisk av Fylkeslegens kontor i Hedmark ved fylkessykepleier Gunnar Brox Haugen. Stor takk.

Elverum i oktober 2001

Jan Kåre Hummelvoll Arild Granerud Elisabeth Severinsson

Del I

Empiri

Att bemöta lidande – en central utmaning inom psykiatrisk omvårdnad

Elisabeth Severinsson

Introduktion

Ett nytt paradig har vuxit fram i vård och omsorg om människor, från sjukdom till lidande. Det innebär att fokus flyttades från sjukdomsdiagnos och sjukdomssymtom till lidande och hälsa (Eriksson 2001). I patientvårdande arbete är det lidande i relation till hälsa och helhet som är utgångspunkten. Det i sin tur lägger grund för att människans värdighet beaktas och att vi tar ett personligt ansvar för den andra människan i vårt utövande av omvårdnad. Lidandet är ett av konsensusbegreppen inom omvårdnadsvetenskap och lidande människor är den grundkategori som motiverar vårdande. Flera vårdteoretiker har forskat på och skrivit om lidandet; som exempel kan nämnas Watson (1979, 1988), Taylor & Watson (1989), Eriksson (1993, 1994) Roach (1984, 1987).

Syftet med denna artikel är att beskriva en teoretisk referensram för att bemöta lidande generellt och ett mer specifikt perspektiv inom psykiatrisk omvårdnad. Eriksson´s (1993, 1994) teori om lidande beskrivs och exemplifieras med aktuell omvårdnadsforskning. Syftet är också att presentera en begreppsmodell som kan ligga till grund för reflektion i vårdarbete för att lindra lidande.

I beskrivning av lidandet framhåller Eriksson (1994) tre centrala begrepp;
Sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande.

Sjukdomslidande, det vill säga det lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandling, medicinsk behandling, kroppslig smärta, själsligt och andligt lidande. Ett exempel på denna form av lidande är Gamla Ida lider:

*Gamla Ida lider för sjukvårdens skull,
för principernas skull.*

*Vi sticker henne med nålar
för att få blod, ge medicin och näring.*

Vi röntgar och sätter in slangar.

Hela tiden kvider hon.

*Stundom förbannar hon och gråter,
spottar ut, river bort, slår glaset i golvet.*

Vi kvider också.

*Det är dags att ”avstå från behandling”
som det heter.*

Men vi hängivna vårdare vill inte avstå.

Vi vill göra något för vår patient.

Då ges en ordination!

”Kärleksfull omvårdnad” skrivs in i pärmen.

Vi slutar röntga, tappa, sticka, tvinga.

Vi börjar mata med en tesked, tvätta och massera.

Sätta upp i två minuter.

Klappa, krama, sjunga sånger.

*Gamla Ida lever upp en aning.
Snart kommer hon att dö
ty hon är 92 och ganska sjuk.
Livet blev så mörkt.
När båda barnen dött i cancer.
Men just nu har hon frid.*

*Jag sitter hos henne en stund.
Ger små smuttar sockerdricka,
ropar i hennes bästa öra:
"Vi tycker mycket om dig Ida".
Och får mjuka klappar både på hand och kind.
Svaret på kärleksfull omvårdnad
Av: Okänd*

Det andra begreppet som Eriksson (1993, 1994) omtalar är *vårdlidande*, det vill säga det lidande som upplevs i relation till själva vårdsituationen. Det kan handla om kränkning av patientens värdighet, fördömande och straff, maktutövning och utebliven vård. Det tredje begreppet är *livslidande*, det vill säga det lidande som upplevs i relation till det egna unika lidandet. Att leva eller att inte leva. Ett exempel på detta kan hämtas från min aktuella forskning om dialyspatienters upplevelse av lidandet (Hagren m.fl. 2001). Genom en empirisk studie undersöktes patienters upplevelser av livslidande på grund av njursjukdom. Den teoretiska basen som användes var Eriksson's teori om lidande, som tidigare omtalades (1994). Datamaterialet samlades in med hjälp av 15 intervjuer och frågorna handlade om patientens vardagliga situation, behov och förväntningar på framtiden. Resultatet visade två huvudtema; dialysapparaten som livlina och lindring av lidandet. Dessa båda huvudtema hade underteman och med hjälp av djupare ontologiskt tolkning beskrivs

patientens beroende av vårdpersonal, upplevelser av splittring av nära relationer som följd av sjukdom och önskan om att bli sedd som person (Hagren m.fl. 2001).

Vårdpersonalens uppgift (sjuksköterskor, mentalskötare, andra yrkesgrupper i hälso- och sjukvård) är att lindra lidandet, bevara och befrämja liv. Med andra ord att lida med den andra människan, att dela lidandet eller som det också beskrivs i litteraturen; medlidande. Begreppet medlidande är ett av grundbegreppen i omvårdnadsvetenskap. Begreppets innehåll refererar till vårdandets/omvårdnadens meningsinnehåll, en etisk handling där den professionella vårdaren har mod att ta ansvar för den andra (patienten). Tankeinnehållet refererar också till att vårdaren offerar något av sig själv för den andra utan tanke på egen vinning för att man som vårdare vill lindra lidandet. Schopenhauer (1905) framhåller medlidande som etikens urfenomen. Lidandets orsak är den tragiska blinda livsviljan och om vi människor uppfattar den så befrias vi från egoism och medlidandet blir motivet till våra handlingar enligt Schopenhauer. Begreppen medlidande och barmhärtighet sammankopplas ofta och har blivit en ersättning för begreppen mänsklighet och godhet.

Det psykiatriska omvårdnadsperspektivet och lidandet

Det psykiatriska lidandet, en något annorlunda värld, beskrivs personligt och gripande av Anders K. Johansons (1999) i boken "Beckombergalandet". Beckomberga var Sveriges största mentalsjukhus och är nu liksom flera andra mentalsjukhus nedlagt. Anders Johansson växte upp på Beckomberga, hans mamma och pappa arbetade där och även han själv. Han har också en anhörig, en syster, som vid 30 års ålder blev inlagd då hon började bli förvirrad, ängslig och hörde röster. Då hans syster kom hem från sjukhuset efter tre månaders

behandling blev han handfallen. Hon ”gick på stället”, det vill säga lyfte fötterna utan att röra sig. Hon hade ökat i vikt och vägde 120 kilo. Hennes blick var stel eller fjärran och hon spretade med gula nikotinfärgade vanställda fingrar. Denna förändring hade uppstått bara på några månader. Långsamt försvann hon längre och längre in i sig själv. En del av henne höll på att glida undan, försvinna bort i den ogenomträngliga intigheten.

Under 1995-1998 flyttade 50.000 patienter från institutioner ut i samhället i Sverige. Det blev katastrof. Psykiatri reformen var nödvändig men det kom för snabbt, ingen var beredd. Från att ’gömma undan’ till att leva ute i kommunala samhället, men fortfarande inte som kommunmedborgare.

Psykiatrireformen har inte haft förväntat genomslag. Den psykiska ohälsan är ett lika stort problem idag som den var för 50 år sedan (Wigzell & Silfverhielm 2001). Polishämtningar, vräkningar och självmord är reformens mörka baksida. Idag är det mycket lättare att isolera sig och många mår ännu sämre av det. Många psykiskt sjuka lider svårt av andras reaktioner sedan de flyttat ut i samhället. Människors rädsla och okunskap är ett stort problem. Samtidigt är psykisk sjukdom på väg att bli ett folkhälsoproblem. Ett tecken är att allt fler människor får diagnosen utbrändhet eller utmattningsdepression. Det är ett högt pris.

Världshälsoorganisationen, WHO, har utropat detta år till ”Mental Health Year” – under hela året skall psykiskt funktionshindrades situation uppmärksammas särskilt. Enligt WHO lider 200 miljoner människor av allvarlig depression och 45 miljoner människor lider av schizofreni. Den extra uppmärksamheten behövs. De glömda och gömda patienterna är beroende av vår hjälp och vårt stöd. Den vanligaste dödsorsaken är självmord som begås av män i åldern 15-44 år. Dödsorsak nummer två är tumörsjukdomar. Det finns särskilda medel avsatta

för forskning om psykiskt funktionshindrades situation i Norge, Finland och USA, men ännu inte i Sverige.

Depression är den vanligaste orsaken till långtidssjukskrivning på grund av stress i arbetet. Yrkesverksamma kvinnor mår allt sämre. Värst drabbade är de inom vård och omsorg. Speciellt psykiskt påfrestande yrken är yrken där man arbetar med människor.

Under de senaste åren har antalet långtidssjukskrivningar dubblerats inom området vård och omsorg. Möjligheten att styra sitt arbete har minskat och alltfler saknar stöd från chefer och arbetskamrater, visar den nya stressrapporten från SCB och Arbetsmiljöverket (2001:2).

Utmattningsdepression som begrepp beskriver vad det egentligen innebär i jämförelse med begreppet utbrändhet, som jag helst undviker (Severinsson 1990). Utmattningsdepression kan beskrivas som: avsaknad av tid för återhämtning, brist på möjlighet att styra egen arbetsinsats, arbetsinsatser som oftast inte står i proportion till belöning och upplevelser av orättvisor i arbetsfördelning. Sist, men kanske viktigast är då man i arbetet kommer i konflikt med sina egna moraliska värderingar. Har man som vårdpersonal en uppriktig önskan om att hjälpa patienter och upptäcker att arbetsgivaren prioriterar budget och besparingar framför god vård, kan det upplevas det som en moralisk konflikt. Givetvis är det många faktorer som påverkar upplevelse av arbetstillfredsställelse eller det motsatta. Ett mått på negativ stress kan vara om individen själv upplever arbetet som stressigt.

Exempel på psykiatrisk omvårdnadsforskning

I Projektet Undervisningsavdelning, som är ett fyraårigt handlingsorienterat forskningssamarbete mellan Høgskolen i Hedmark, Avdelning for

sykepleieutdanning i Elverum og Sanderud Sykehus har fram till idag redovisats flera internationella och nationella publikationer (Hummelvoll & Severinsson, 2001a, b,c). Som exempel kan nämnas en studie om faktorer som påverkar arbetstillfredsställelse och opplevelsen av etiska dilemman inom akut psykiatrisk vård. Resultatet visade på ett samband mellom opplevd arbetstillfredsställelse og vårdpersonalens värdesystem. De faktorer som påverkar arbeidsotillfredsst llelse  r stress og tillkortakommanden. Exempel på etiska dilemman som rapporterats av vårdpersonal var relaterade till patientens rätt till självbestämmande, (autonomi), hur man skulle förhålla sig i situationer, att ge vård mot patientens vilja og vad som är etiskt rätt (Severinsson & Hummelvoll 2001).

Vardagliga problem inom psykiatrisk omvårdnad finns også beskrivna i forskningslitteratur från England (Thomas m.fl. 1999). Det vanligaste problemet är *svårigheten att fatta beslut*, dels på grund av beroende av andra yrkesgrupper, dels för att informasjon inte erh lls. Spesielt gäller det avsaknad av korrekt faktainformasjon som skall ligga till grund för att kunna fatta rätt beslut. En del patienter ges det informasjon om, men om andre patienter ges ingen informasjon alls. *Bristande kommunikasjon*  r ett annat område som beskrivs. Till eksempel vid f rflytting av patienten eller om patienten skrives ut  r det ofta ikke möjligt att på ett tilfredsstillende sätt avsluta dialogen og kontakten med patienten. Det kan også vara bristende kontinuitet i kontakten med patienter og det kan i sin tur ge brist på tid f r kommunikasjon. Dette igenkänner vi også h r i Norden i den utveckling som skett av vård og omsorg. Det finns det ikke tid längre f r samtaler. Personalen rapporterer brist på resurser og opplevelse av maktlöshet og kaos.

Thomas m.fl. (1999) forskere i psykiatrisk omvårdnad beskriver strategier som vårdpersonalen använder för att överleva i en krävande arbeidsmiljø.

Vårdpersonalen framhöll att alla dagar var olika, vilket gjorde att de aldrig hade långtråkigt. De beskrev en yrkesstolthet. Stolthet är en självvärderande emotion eller känsla, likt beundran. De arbetade för att förmedla en god vård och att 'slåss' mot systemet, för att överleva. De såg patienten som en speciell person och ville verkligen ge god vård speciellt av svåra patienter som ingen annan yrkesgrupp ville behandla. De förebyggde skada och skyddade patienten genom att vara vaksamma och observanta på patienter som var på väg nedåt i sinnesstämning. När de upplevde maktlöshet fokuserades arbetsinsatserna på att avgränsa de mångfaldiga och ofta svårfångade arbetsuppgifterna till att upptäcka förändringar hos patienterna. Att avgränsa arbetsinsatserna kan således hindra utveckling av utmattningsdepression.

Att bemöta handlar om att möta en annan människa med intresse. Det är förutsättningen för positivt bemötande. Vi, som vårdpersonal, kan inta olika perspektiv, teoretiska och vetenskapliga förhållningssätt i bemötandet. Låt oss säga att vi intar ett etnografiskt perspektiv. Sjuksköterskan i det etnografiska perspektivet eller kulturen kan beskrivas som 1) att alltid vara redo och beredd 2) att kunna koden till att kunna vara i dialog med patienten 3) sjuksköterskan vet sin plats och plikt 4) sjuksköterskan finns alltid tillgänglig, alltid sysselsatt och upptagen; 'busy'. Sjuksköterskan beskriven i detta perspektiv av Pilhammar (2001) handlar mer om en attityd än värdering. Vill vi ha en djupare beskrivning av sjuksköterskan eller patienten i ett fenomenologiskt perspektiv kan man med dialogens hjälp dialektiskt finna nyanser i dialektikens ytterligheter. I det perspektivet är människans upplevelser i fokus och vi reflekterar och tolkar situationer och livsvärlden. Det är meningen eller meningslösheten som kontrast, som upptar vårt sätt att vara. Vi är öppna i vår hållning i bemötandet av den andra människan. Vi strävar efter att förstå och att bli förstådda och därmed är vi också hermeneutiska i vårt förhållningssätt.

Ett exempel från min forskning är en studie om den psykiatriska omvårdnadspersonalens syn på struktur, innehåll och kvalitet vid ett svenskt sjukhus (Severinsson 1998). Studien genomfördes med hjälp av intervjuer med vårdpersonal inom psykiatrisk vård. Det huvudsakliga resultatet visar att personalen arbetade utifrån ett hermeneutiskt förhållningssätt. Vårdpersonalen hade som syfte att förstå och tolka vad som sägs och vad som görs i mänskliga relationer. Ett hermeneutiskt förhållningssätt handlar också om att ha möjligheten att skapa en relation. En relation vars karaktär är trygg, inbjudande och kontinuerlig. En central uppgift för vårdpersonalen var att stötta patienten genom att samtala med patienten för att arbeta med patientens problematik. Samtalen användes också för att få information om patienten. Vårdpersonalen framhöll vikten av att ta ansvar för den information de fått. I det hermeneutiska arbetssättet tilläts patienten att bara vara. Att få tid var en del av kvaliteten i vården, ansåg vårdpersonalen, att få tid att etablera kontakt och att uppnå förtroende i relationen. I det hermeneutiska förhållningssättet ingick att patienten måste bli sedd och att få uppleva förståelse. Patienten erbjöds möjligheten till att få förståelse för sin situation och ibland en ny förståelse av en tidigare upplevd situation. Att respektera och att bevara patientens integritet var viktigt, liksom att hjälpa patienten att få kontakt med hoppet, genom att trösta, att dela känslor av otrygghet och förtvivlan, vilket i sin tur kan leda till en förändring av patientens situation.

En av vårdaktiviteterna som rapporterades var att trösta. Det förekommer en del omvårdnadsforskning om tröst idag. Astrid Norberg i Umeå framhåller att ge tröst det går inte, men hävdar att tröst kan förmedlas (Svenska dagbladet 2001). För att kunna bli tröstad måste man först få gråta, tröstens första steg och få lov att vara ilsken. Först därefter blir man trösthärdig. Den som förnekar kan ingenting ta emot. Det är samma sak med tröstaren (vårdaren). För att kunna vara till hjälp måste han/hon våga stå ansikte mot ansikte med livets

obegripligheter utan att rygga. ”Jag kan ingenting göra åt detta” måste hon våga tänka för att släppa sina känslomässiga prestationsbehov. Det verkar som om tröstens mysterium sker när tröstaren och den sorgsne förenas i en stark känsla av närvaro. Den tröstande är inte bara förstående utan delar den andras smärta. För en stund, är hon bara till för den andra. Detta kan benämnas som ’kommunion’ – att dela smärtan. Den förtvivlade fylls plötsligt av hopp och upplever godhet, ljus och mening. Tanken är inte ny, den finns beskriven av teologen Lögstrup som ’spontana livsytringar’ i mänskliga relationer som tillit och barmhärtighet. Det finns även beskrivet i omvårdnadsforskning från Finland, Åbo Akademi, professor Katie Eriksson (1994), som beskrivet lidandet i vården i form av tre akter.

Lidandets tre akter

Den första akten handlar om att få bekräftelse i lidandet.

1. Bekräfta – att en annan människa ser mitt lidande innebär tröst. Det kan ske genom att bli sedd, en blick, genom beröring eller med ett ord.

Exempel på att människan inte blir bekräftad i lidandet är då någon överser, bortförklarar, eller snabbt finner orsaker till hennes/hans lidande, vilket i sig innebär ytterligare lidande.

Den andra akten handlar om att få lida ut.

2. Människan behöver tid och rum för att lida ut.

En människa som lider vill ofta vara ensam samtidigt som hon/han vill uppleva gemenskap. Genom att få kontakt med den andra människan (vårdpersonal) så undviks att människan upplever sig övergiven, vilket i annat fall kan ge upplevelser av hopplöshet och förtvivlan. Att få berätta om upplevelsen av lidandet, att få formulera lidandet som ofta saknar språkliga uttryck är en

möjlighet att delge andra sitt lidande och kan upplevas som ett sätt att nå lindring i lidandet.

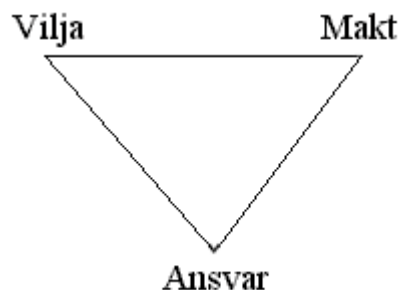
Den tredje akten handlar om försoningen.

3. Att försonas med sitt lidande – att få hjälp att försonas med lidandet och skapa en ny helhet som gör att det vardagliga livet kan upplevas som meningsfullt genom att se möjligheter till förändring. En del av det som sker i livet kan inte någonsin accepteras, men människan kan lära sig att försonas med det som har hänt. Försona sig är att låta sig vara bärare av ångest (Pörn pers. komm. 1990). Genom att blottlägga relationerna mellan förståelsemönster och försoningsförmåga får vi fram en ny ordning och en ny struktur. Jämför i tänkandet med den ordning som uppstår inom människan i förhållande till skuld som upplevs som kränkande. Ju större sårbarhet ju starkare upplevs kränkning vid minsta tecken på otålighet från den andra människan. Den människa som lider behöver tala om det och få svar genom bekräftelse (Severinsson & Lindström 1993). I all försoning finns ett offerande. Min erfarenhet är att sjuksköterskor och annan vårdpersonal i vård och omsorg 'offrar' sin självskhet för den andra människan, patienten.

Att försöka lindra en människas lidande innebär att våga vara medaktör i lidandets drama, genom att bekräfta en annan människas lidande, att ge tid och rum för lidandet och att hjälpa människan att försonas genom att vara medlidande. Medlidande – att lida med den andra människan, är det finska begreppet för vad i Sverige benämns som empati. Medlidandet är tålmodets väg och kan tolkas som en känslighet för andras smärta eller lidande. Denna känslighet eller ödmjukhet ger oss beredskap att bemöta lidande och lindra lidandet. Det finns en gräns för varje människa för hur länge hon orkar vara ensam i lidandet. När denna gräns är nådd infinner sig resignation i maskerade former eller destruktiva handlingar som svar på en längtan att nå ut ur lidandet (Eriksson 1994).

Det hermeneutiska medlidandets triad – en begreppsmodell¹

Att vara medlidande och att dela lidandet med en annan människa innebär att skapa en förändring, en förändring via den hermeneutiska förståelsens väg. Hur kan då förmågan till medlidande uppnås? I det följande bygger jag min beskrivning på en begreppsmodell, en triad, utifrån tre centrala begrepp: ansvar, vilja och makt. En begreppsmodell är en uppsättning antaganden, påståenden på generell abstrakt nivå, ett antal begrepp specifika för disciplinen, som utvecklas deduktivt från det generella till det specifika och innehåller metaparadigm.



Figur 1 Det hermeneutiska medlidandets triad

En väg kan vara att hjälpa människan patienten att se på vilket sätt hon är ansvarig. Att hjälpa människan att öppna ögonen och se. Det är när man har insett eller sett hur den andra människan lider som man handlar. Levinas (1988) hävdar att skuld kan ersättas med ansvar. Vad som kan hindra en människa att se kan vara upplevelsen av skuld. Men man kan inte låta skulden förblinda förståelsen. Upplevelsen av skuld är central i människans växtprocess för att nå försoning. Att våga ta fenomenet skuld på allvar kan innebära att även våga hjälpa den andra människan att få kraft att möta skuld. Vi måste kämpa för att först försonas och sätta punkt för att komma vidare (Severinsson & Lindström 1993). Det kan betyda att människan får insikt i "det faktum att personen i realiteten förfelat sitt sätt att vara" (May 1987). Det är den ontologiska skulden

som är förknippad med förfelade möjligheter i den egna världen. Den andra formen av skuld upplevs i medvärlden och är i huvudsak förknippad med medmänniskan. Den tredje formen av ontologisk skuld ”separations-skuld” är i förhållande till naturen som helhet (May 1987).

På vilket sätt är jag ansvarig? Vad är det som jag skall ta ansvar för? Är det rimligt att ta ansvar för det som framhålls som viktigt? Ställ frågorna och reflektera över svaren.

Förmågan att ta ansvar förutsätter förmågan att känna ansvar. Det är skillnad på att ta ansvar för något, mot att ta ansvar för någon, vilket har en djupare innebörd. Att ta ansvar för något eller någon innebär att man vidtar vissa åtgärder som åstadkommer en förändring (Severinsson 1995a). Det är också så att i allt ansvar finns en viss grad av frihet att välja mellan olika handlingsalternativ. Vilja eller viljestyrka visar sig i en obruten beslutsamhet att utöva fritt val. Viljestyrkan innebär att man vågar stå fast vid det man innerst anser vara rätt och gott. May (1972) framhåller att vilja är förmågan att organisera sitt själv, så att det sker en rörelse i viss riktning eller mot ett visst mål. Vår förmåga (vilja) och kompetens (kunnande) att träffa val varierar med varje handling. Vi måste sträva efter att utveckla ett moraliskt ansvar i vårddarbete. Centrala frågor att reflektera över är: Hur kan jag påverkas att vilja? Hur förhåller jag mig till viljan att bevara liv till varje pris? Reflektera över 'Ida lider' som jag startade med.

Hur förhåller du/jag/vi oss till den makt som vi har/besitter som vårdare? Eller till känslan av maktlöshet? Att utöva makt är att beröva den andra människan hans/hennes frihet. Att inte ta den andra människans lidande på allvar är ett sätt att utöva makt. Att hålla fast vid rådande rutiner i vården kan också vara ett uttryck för makt. Utebliven vård kan bero på bristande förmåga att se och

bedöma vad patienten behöver. Det i sin tur innebär en kränkning av patientens rätt till att få vård och omsorg.

Hur skall vi då klara av detta? Alla måste arbeta för patientens bästa. Det är substansen i omvårdnadsvetenskap/sykepleievitenskap som möjliggör förståelse för vad jag som vårdare är förpliktigad till i mitt arbete. Ett forum för att reflektera och artikulera substansen, det essentiella, i vårdarbetet är klinisk handledning.

Sålunda några avslutande ord om handledningens betydelse för att bemöta den lidande människan. Vårdare behöver klinisk handledning för att få växa i sin profession. Handledning på det dagliga arbetet är den största näringskällan för fortsatt arbete (Severinsson 1995b). Handledning i yrket är en rättighet och en nödvändighet för att kunna kvalitetssäkra den vård som utövas. I handledning är det möjligt att reflektera över hur vi bemöter andra människor i lidandet och medvetandegöra etiska beslut (Severinsson & Kamaker 1999; Berggren & Severinsson 2000; Magnusson *et al.* 2001).

Sammanfattning

Detta inlägg har handlat om att bemöta lidande med hjälp av analys av en existerande omvårdnadsteori om lidandet. I artikeln presenteras också en begreppsmodell som kan ligga till grund för reflektion i syfte att lindra lidandet. Att bemöta lidande handlar om hur vi förhåller oss - till oss själva, till andra och till teori. Vi kan aldrig 'vara en teori', men kan förhålla oss och reflektera över existerande kunskapsmassa i omvårdnadsvetenskap och på basen av den kunskapen utöva en kärleksfull vård i syfte att lindra lidandet. Teorin har till uppgift att beskriva, skapa förståelse och förklara fenomen; i detta fallet

lidandet. Att inte förstå vad det var som hände i en vårdsituation skapar upplevelse av stress. Om vi reflekterar över begreppsmodellen, det hermeneutiska medlidandets triad; ansvar, vilja och makt, bidrar vi sannolikt till en god kärleksfull vård. Det förutsätter att vi kämpar för och att inte förlänga lidandet genom att inte fatta beslut i vård och omsorg. Det är beslutet som möjliggör att en förändring kan uppstå i lidandet och därmed lindra lidandet.

Referenser

- Berggren I. & Severinsson E. (2000) The influence of clinical supervision on nurses' moral decision-making. *Nursing Ethics* 7, 2, 124-133.
- Eriksson K. (1993) *Möten med lidanden*. Vårdforskning 4/1993. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Eriksson K. (1994) *Den lidande människan*. Liber Utbildning, Stockholm.
- Eriksson K. (2001) Vårdvetenskap som akademisk disciplin. Vårdforskning 7/2001. Institutionen för vårdvetenskap. Vasa, Finland.
- Hagren B., Pettersén I-M., Severinsson E. Lützén K. & Clyne N. (2001) The hemodialysis machine as a life-line: the experience of suffering from the perspective of patients with chronic renal disease. *Journal of Advanced Nursing* 34 (2) 196-202.
- Hummelvoll JK. & Severinsson E. (2001a) Imperative ideals and the strenuous realities- focusing on acute psychiatric care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 1-8.
- Hummelvoll JK. & Severinsson E. (2001b) Coping with everyday realities – the psychiatric nurses' reflections and interpretations regarding caring for patients in a psychiatric acute ward. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 156-166.
- Hummelvoll JK. & Severinsson E. (2001c) The nursing staff's perceptions of persons suffering from mania in acute psychiatric care (Submitted).

- Johansson A.K. (1999/2001) *Beckombergalandet*. Stockholm : Bilda
- Levinas E. (1988) *Etik och oändlighet*. Symposion bokförlag och tryckeri AB. Stockholm, Lund.
- Magnusson A-B., Severinsson E. & Lützén K. (2001) The influence of clinical supervision on ethical issues in home care for people with mental illness in Sweden. *Journal of Nursing Management*, 00-00 (In press).
- May. R (1972) *Kärlek och vilja*. Bonniers förlag, Stockholm.
- May R. (1987) *Den omätbara människan*. Bonniers förlag, Lund.
- Pilhammar E. (2000) Ethnography : field studies of training and supervision in clinical care. s.195-212. In: *Qualitative research methods in the service of health*. Fridlund. B, Hildingh C. Lund : Studentlitteratur.
- Pörn I. (1990) Föredrag om emotionsteori. Vårdhögskolan, Varberg.
- Roach M.S. (1984) *Caring: The human mode of being, implication for nursing*. University of Toronto, Toronto.
- Roach M.S. (1987) *The human act of caring: A blueprint for the health professions*. Canadian Hospital Association, Ottawa, Ontario.
- SCB (Statens Statistiska Centralbyrå) & Arbetsmiljöverket (2001). *Negativ stress. Inverkan av höga krav, låg egenkontroll och brister i socialt stöd i arbetet*. Stockholm. Rapport nummer 2.
- Schopenhauer, A. 1905. *Tankar och fragment*. Stockholm: Bonniers.
- Severinsson E. (1990) *Förnyelse.Handledning i vårdarbete*. Almqvist & Wiksell. Stockholm.
- Severinsson E. & Lindström J (1993) *Handledning i vårdarbete – i ljuset av tillämpad hermeneutik*. Andra upplagan. Studentlitteratur:Lund.
- Severinsson E. (1995a) The phenomenon of clinical supervision i psychiatric health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2, 301-309.
- Severinsson E. (1995b) *Clinical Nursing Supervision in Health Care*. Dissertation. The Nordic School of Public Health. Göteborg.

- Severinsson E. & Kamaker D. (1999) Clinical supervision in the workplace effects on moral stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management* 7, 81-90.
- Severinsson E. (1998) *Psykiatrisk omvårdnad. En beskrivning av omvårdnadspersonalens syn på struktur, innehåll och kvalitet*. Rapport. Ersta sjukhus, Stockholm.
- Severinsson E. & Hummelvoll JK. (2001) Factors influencing job satisfaction and the ethical dilemmas in acute psychiatric care. *Nursing & Health Sciences* 3, 81-90.
- Svenska dagbladet (2001) Tröst – ett möte med en stark känsla av liv. Intervju med Astrid Norberg, den 27.3.
- Thomas MD. Beaven J. Blacksmith J. Ekland E. Hein J. Osborne OH. & Reno J. (1999) Meanings of state hospital nursing I: Facing challenges. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13 (1),48-54.
- Thomas MD. Hagerott RJ. Hilliard IA. Kelly J. Leichman S. Osborne O.
- Thurston J. (1999) Meaning of state hospital nursing II. Coping and making meaning. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13 (1), 55-60.
- Taylor R. L. & Watson J. (red.) (1989) *They shall not hurt. Human suffering and human caring*. Boulder. CO: Colorado Associated University Press.
- Watson J. (1979) *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Little. Brown and Company, Boston.
- Watson J. (1988) *Nursing: Human Science and Human Care. A theory of Nursing*. National League for Nursing. New York.
- Wigzell K & Silfverhielm H. (2001) Ovärdig hantering av psyksjuka. Socialstyrelsen. Debattartikel i Göteborgs Posten, 18 maj.

Seksuelle overgrep mot gutter

Torbjørn H. Andersen

Innledning

Denne artikkelen retter søkelyset mot gutter og menn som blir utsatt for seksuelle overgrep. Det empiriske grunnlaget er kvalitative intervjuer med menn som i ung alder var utsatt for overgrep. Artikkelen har som hensikt å belyse hvordan den sosiale konstruksjonen av mannlighet eller maskulinitet i vår kultur påvirker måten overgrepsutsatte gutter forstår seg selv på – og blir forstått av omgivelsene. Dette har i sin tur konsekvenser for hvordan dette blir oppfattet som problem. Artikkelen peker også på at den sosiale konstruksjonen av seksuelle overgrep varierer med kontekst. Det medfører at overgrepsutsatte har ulike muligheter for bearbeiding og mestring. I artikkelen blir dette eksemplifisert ved hjelp av det religiøse feltet. En underliggende påstand er at den sosiale konstruksjonen av menn og mannlighet fører til at gutter utsatt for overgrep ikke i tilstrekkelig grad blir tatt på alvor.

Fra ca. 1997/98 og fram til dags dato har jeg arbeidet med det tema som overskriften viser. Så langt har dette resultert i en hovedfagsavhandling i sosialt (Andersen 1998) og et påbegynt doktorgradsarbeid innen samme felt. Totalt dreier det seg om intervjuer med 12 menn som alle var utsatt for seksuelle overgrep i oppveksten. Alder ved intervjutidspunkt varierer fra i underkant av 30

år til over 75 år. Hele skalaen av overgrepshandlinger er representert, over griper var i alle tilfeller en mann og lengden av overgrepsrelasjonen varierer fra en enkeltstående episode til forhold som går over 8 – 9 år. For de fleste startet overgrepene tidlig med unntak av en som var ca. 16 år.

Hovedfagsavhandlingen var konsentrert om en kristen religiøs kontekst mens i doktorgradsarbeidet er den kristne konteksten fjernet som innramming. Ellers er fokus tilsvarende, nemlig virkelighetsskaping og mestring i ulike variasjoner og innefor ulike kontekster. Av spesiell interesse er hvordan forestillinger om og forventninger til menn og maskulinitet påvirker opplevelse og mestring – og omgivelsenes reaksjoner.

Så langt har Pierre Bourdieus refleksive sosiologi fungert som en teoretisk overbygning (Bourdieu og Wacquant 1993, Bourdieu 2000) . I tillegg hentes perspektiver fra sosialkonstruksjonisme og maskulinitetsteori.

I det følgende vil jeg gi en kort beskrivelse av teorigrunnlaget for deretter å konsentrere meg om to aspekter innen feltet som etter min oppfatning er sentrale både i spesiell og i generell forstand. Det ene handler om betydningen av den sosiale konstruksjonen av maskulinitet i vår kultur for forståelsen av menn som overgrepsutsatte. Det andre dreier seg mer generelt om kontekstens betydning for opplevelse og mestring av overgrepsopplevelsen. Jeg vil kommentere disse hver for seg, selv om de i realiteten er vevd inn i hverandre.

Symbolsk vold

Symbolsk vold og herredømmeforhold

Jeg trenger neppe å argumentere for at seksuelle overgrep handler om makt, maktulikhet og misbruk av makt. Her er det imidlertid ikke fysisk overlegenhet som er det sentrale. Noe som det har vært viktig for meg å forstå i flere av de

sakene jeg var i kontakt med er det faktum at mennesker underkaster seg andre, uten å være utsatt for fysisk eller materiell tvang. Mer konkret:

overgrepsrelasjonen kan bestå utover den tid da gutten fysisk sett er blitt sterk nok til å avvise sin overgriper – og ønsker seg ut av relasjonen. Noen ganger blir det mer enn antydning at det virker som det var frivillig. Ekstra vanskelig kan dette bli dersom gutten opplever at relasjonen også har positive elementer og han opplever seksuell nytelse. Dette gjør det vanskelig for ham å beskrive det som en tvangs- eller maktrelasjon.

Relasjonene framstår som et *herredømmeforhold*. Den som blir utsatt for tvangen synes så å si å anerkjenne overgriperens ”naturlige autoritet” og underkaster seg hans herredømme. Når det gjelder å forstå dette, kan begrepet *symbolsk vold* være til hjelp. Dette er sentralt hos Bourdieu (1993), og beskrives som ”*Den form for vold som blir utøvd overfor en sosial agent som selv er delaktig i volden*” (s.153). Deltakelsen består i at dominansen godtas eller tas for gitt. Det er som det skal være. Maktrelasjon kjennetegnes av at den undertrykte selv er delaktig i undertrykkelsen i den forstand at en gitt oppfatning av virkeligheten betraktes som selvsagt og naturlig. Dette innbefatter de makt og dominansforhold som følger av virkelighetsbeskrivelsen – og utøvelse av disse.

Grunnlaget for symbolsk vold

Denne måten å beskrive en maktrelasjon på er forankret i en dobbel forståelse av menneskers virkelighetsskaping. Som personer ser vi verden gjennom briller som i stor grad samsvarer med det vi er opplært til å se. Kultur, tradisjon og miljø er med på å forme vår oppfatning av virkeligheten, av verden og oss selv. Det eksisterer videre et samsvar mellom vår indre verden og den ytre, den eksisterer i personen og rundt personen. Når vi oppfatter noe som naturlig eller selvsagt, er det nettopp fordi vi så å si skaper det vi sanser, vi gjenkjenner det som noe vi har satt navn på. Verden oppfattes som naturlig og selvsagt fordi det

samsvarer med de kognitive strukturene som har sitt utspring i denne verden. Dette samsvaret er i følge Bourdieu grunnlaget for den sosiale dominansen eller herredømmet (Bourdieu og Wacquant 1993, s.32). Han beskriver det som en *"kroppsliggjøring av det sosiale herredømmet"*. Det er imidlertid ikke snakk om et direkte avtrykk av ytre forhold. Hvert enkelt individ har sin personlige versjon innenfor den alminnelig aksepterte beskrivelsen av virkeligheten, noe Bourdieu kaller personens habitus (handlingsberedskap). *Det er forholdet mellom den enkelte gutt og konteksten som er nøkkelen til å forstå hans beretning som overgrepsutsatt.*

Den sosiale maktstrukturen overgrepsrelasjonen baseres på, har ikke i første rekke å gjøre med fysiske overlegenhet/ underlegenhet. Grunnlaget er det som kalles *symbolsk kapital*, noe som kan oversettes med ressurser, tilhørigheter eller tilganger. Begrepet står for *det som i en gitt sosial sammenheng oppfattes som verdifullt, tilkjennes verdi og nyter respekt*, det vil si verdien av bestemte ressurser. Tilgangen på symbolsk kapital og evnen til å disponere denne, er avgjørende for hvem som er i posisjon som dominert eller dominerende. Dette gjelder også oppfatningen av overgriper. Det er denne strukturen eller logikken overgriper spiller på eller utnytter. Heri ligger også noe av den usynlige tvangen som den overgrepsutsatte gutten utsettes for fra overgriper side, og på mange vis også fra omgivelsene.

Virkeligheten som sosial konstruksjon

En kvinne skrev til meg for en tid siden at *"dypest sett tror jeg ikke overgrep har kjønn"*. Hun skrev om faren for å *"fordunkle overgrepets vesen"* ved å fokusere for mye på kjønn. Helt enkelt mente hun, ut fra egen direkte erfaring, at overgrep handler om maktmisbruk mer enn om kjønn. Jeg er på mange måter enig i hennes synspunkt. Jeg vil likevel hevde at en kommer ikke

utenom den sosiale konstruksjonen av maskulinitet og femininitet dersom en arbeider for å forstå dette feltet (Gullvåg Holter 1999, Folkesson 2000). De grunnleggende kulturelle bilder eller stereotypier vi oppfatter menn vs. kvinner i lys av blir spesielt tydelige nettopp her. Dette gjelder ikke minst menn som overgrepsutsatte. Angående dette siste har jeg en oppfatning av at det både eksisterer en mangel på beskrivelser (og forståelse) og jeg tør også hevde mangel på interesse.

Omtrent to ganger i året fokuserer massemedia på mannen. Ofte er avisoppslag klisjepreget og egentlig lite nyttige, men demonstrerer gjerne tvetydigheten i oppfatningen av mannen. Den ene dagen framstilles han, gjerne med en humoristisk undertone, som avmektig i forhold til nye mannsideal. Han er i krise. Neste dag fremstilles han som en knyttneve som sprer ødeleggelse rundt seg. La meg presisere at jeg hverken forsøker å bagatellisere eller bortforklare at menn begår overgrep. Jeg tør imidlertid våge den påstand at knytteneven har stått og står i veien for å kunne se menn i en like virkelig, men motsatt posisjon, nemlig som den dominerte eller overgrepsutsatte. Sagt på en annen måte: Mannen som overgriper og agressor har fått mye og stor oppmerksomhet, mannen som overgrepsutsatt har fått lite. Eide-Midtsand (1997) sier at: ”det har slått meg at det nettopp er i disse kjønnsrolle-forventningene – på sett og vis i mannens maktposisjon – at de største overgrepene mot dem ligger. Den største krenkelsen, den som svir mest og lengst, består i at de ikke får lov til – og i mange tilfeller heller ikke gir seg selv lov til – å være ofre” (Eide-Midtsand 1997).

Kunnskapen om at gutter blir utsatt for seksuelle overgrep er på ingen måte ny. Det er en utbredt oppfatning blant fagfolk at det eksisterer store mørketall når det gjelder overgrepsutsatte gutter. For få tiår siden antok man at forholdet gutt-jente med hensyn til å bli utsatt for seksuelle overgrep, var ca. 1 til 10. Pr i dag er det ikke uvanlig å se anslag 1 til 3 og noen ganger enda høyere. Til tross for

dette er det i norsk eller nordisk sammenheng ennå tynt med faglitteratur der overgrepsutsatte gutter fokuseres. Det er i tillegg en økende erkjennelse av at også kvinner opptrer i overgriperollen og i større omfang enn tidligere antatt.

Menn som sosial konstruksjon

Hvordan har så dette å gjøre med oppfatningen av maskulinitet eller forståelsen av menn som kjønn? Det tradisjonelle overgrepsbildet er basert på kjønnsrelatert makt med mannen som overgriper og kvinnen som offer. Det incestuøse far/datter forholdet er selve prototypen. Dette korresponderer med en tradisjonell kjønnsrolleoppfatning med mannen/gutten som den aggressive, erobrende, sterke og kvinnen/jenta som den svake og underlegne, den som er offer. Dette har av noen blitt kalt for *the feminization of victimation and the masculinization of oppression* (Mendel 1995). Flere har påpekt at mye av eksisterende kunnskap omkring overgrep er basert på klinisk forskning på jenters/kvinnens erfaringer. Som forståelsesramme både i forskningsmessig og klinisk forstand, vil den være utilstrekkelig hva angår gutter/menn som overgrepsutsatte. En gutt/mann som trenger en beskrivelse av sin egen situasjon vil heller ikke kjenne seg igjen. Ikke minst blir dette åpenbart dersom overgriper er en kvinne.

Overgrep som sosial konstruksjon

Som nevnt er kultur, tradisjon og miljø med på å forme vår oppfatning av virkeligheten, verden og oss selv. Vår indre verden og den ytre er justert i forhold til hverandre. Vi oppfatter noe som naturlig eller selvsagt nettopp fordi vi så å si skaper det vi sanser, vi gjenkjenner det som noe vi har satt navn på. Så også med hva vi beskriver som maskulint respektiv feminint. Det eksisterer en slags grunnleggende historisk - kulturell enighet som på mange måter er

motstandsdyktig mot påvirkning. Den overgrepsutsatte gutten er preget av de samme oppfatningene som samfunnet omkring, miljøet eller konteksten som utgjør hans hverdag. Å være overgrepsutsatt eller bli betraktet som *offer*, strider i mot det maskuline rolleideal. Disse oppfatningene hindrer omgivelsene i å se den overgrepsutsatte gutten. Det hindrer også gutten i både å erkjenne det som skjer med ham og å tilkjenne det overfor andre.

Ingen av mine informanter sa fra om hva som skjedde mens overgrepene pågikk. Flere av dem oppfattet ikke seg selv som overgrepsutsatte før mange år etter at overgrepene tok slutt. Dette til tross for at det ut fra vanlig kriterier helt klart var tilfelle. I to tilfeller endret de oppfatning fordi overgriper ble dømt for tilsvarende overgrep mot andre. En annen hørte på en forelesning om seksuelle overgrep og opplevde dette som en sjokkartet beskrivelse av egen situasjon. Det gikk mange år før han torde å snakke til noen om dette. Det hører også med at flere av informantene i ettertid ikke kan begripe at ingen så eller skjønnte noe, det var jo så åpenbart det som skjedde.

Noen forfattere har rettet søkelyset mot en del *myter* som fortsatt eksisterer rundt overgrep mot gutter, og som er forbundet med *maskulinitetsidealet*: Gutter tar ikke så sterkt skade av seksuelle overgrep som jenter, gutter kan ikke tvinges inn i et seksuelt forhold; om en gutt lar seg utnytte seksuelt av en mann betyr det at han har oppført seg som en homoseksuell; overgrepet fører til at gutter blir homoseksuelle osv. En ganske utbredt forestilling om overgrepsutsatte gutter er at de blir barneskjendere som voksne. Dette kalles populært for *vampyr syndromet*. En av mine informanter gikk f.eks. lenge og var redd for at han skulle begå overgrep mot egne barn som resultat av sine egne erfaringer. Dette til tross for at han ikke følte noen impulser i den retning. Frykt for å bli oppfattet som homoseksuell om noen fikk greie på det, har også kommet fram. Sosiologen Bob Connell (1995) har lansert begrepet *hegemonisk maskulinitet* som betegnelse for det som i en gitt samfunnssammenheng anses for å karakterisere en virkelig mann. Å bli utsatt for overgrep/erkjenne overgrep er i

strid med forventningene knyttet til mannsidealet som sådan: å være selvhjulpen, kunne forsvare og beskytte seg, være den dominerende osv. Overgrepet, å være gjenstand for en større og sterkere persons seksuelle behov bryter totalt med disse forventningene. Å tilkjenne det overfor andre vil kunne medføre at man kan bli latterliggjort/ikke bli oppfattet som en skikkelig mann. En mann på over 60 år fortalte at han aldri hadde nevnt sine overgrepsopplevelser til ektefellen, eller andre for den saks skyld. Dette til tross for at han mener at det hadde preget samlivet og hadde en god del å gjøre med samlivsbrudd fem år tidligere. Han begrunnet det med at det kjentes flaut og ydmykende å innrømme dette. Flere ganger har folk spurt meg om hvorfor ikke disse guttene/mennene jeg skriver om rett og slett kunne si nei. Med andre ord: det ligger en del grunnleggende og kanskje ikke alltid like bevisste forestillinger innbakt i vårt syn på maskulinitet og femininitet som kan virke som hinder for å se og erkjenne overgrep mot gutter og som tilsvarende hindrer gutter i tilkjenne det når det skjer. Det er imidlertid et faktum at gutter som utsettes for overgrep, kan slite med virkningene av dette langt ut i voksen alder. Sagt på en annen måte fortsetter den overgrepsutsatte gutten å leve i den voksne mannen. I så måte er situasjonen den samme som vi kjenner fra kvinners beskrivelser. Bourdieu presiserer at "*tidlige erfaringer har fortrinn*" (Bourdieu og Wacquant 1993). Det er ikke så enkelt som å «glemme det som er bak». Tidlige erfaringer og kategorier legges ikke bare vekk. For eksempel forteller en av informantene at han måtte få bedre utdanning enn sin overgriper før han følte seg likeverdig. Som alternativ til en en kjønnsbasert maktforståelse, ser jeg det som mer fruktbart å forstå overgrep som maktulikhet i vid forstand. En person utnytter en som er svakere og har mindre makt, i denne sammenhengen snakker vi om en voksen som utnytter et barn eller en ungdom.

Kontekstens betydning

Seksuelle overgrep kan ikke forstås, løsrevet fra den konteksten de skjer i. Det er slett ikke uvanlig at overgripere er personer som i sitt miljø nyter anseelse og på den måten er i en maktposisjon også vis a vis andre voksne i miljøet. Det vil si personer som man vanskelig ville forbinde med overgrep. Omgivelsene vil kanskje oppfatte det som positivt at overgriper har kontakt med barna. Hans posisjon gjør at han ikke mistenkes for å ha en hemmelig dagsorden. Litt ironisk sagt, sikrer han seg omgivelsenes bistand. Nettopp det som fungerer som symbolsk kapital fungerer som et filter. «Den rette person» kan ved å mestre spillereglene, både skaffe seg adgang til overgrepsrommet og hindre avsløring. Atferd som i en annen sammenheng ville oppfattes som påfallende, blir tolket gjennom det nevnte filteret og plassert innenfor en positiv ramme. Feltet fanges av sine egne forståelseskategorier. I mitt materiale er det svært tydelig.

Hvordan overgrepene oppleves og mestres av de som utsettes for det vil variere, både mellom gutter og jenter, men også innenfor de respektive kjønnskategoriene. Av den grunn er det viktig i tilnærmingen til overgrepsfeltet å ha respekt for det enkelte barns eller voksens unike historie. Det er ikke slik at man kan på basis av for eksempel grovhet av overgrep, alder ved overgrep eller lignende, kan predikere følgetilstander av overgrep eller en gutts opplevelse og mestringsstrategier.

Den religiøse konteksten som eksempel

Når det gjelder mitt andre hovedanliggende i denne sammenhengen, kontekstens betydning, lener jeg meg i stor grad mot min erfaring med den religiøse feltet.

Dette har jeg foreløpig best kjennskap til.

Et religiøst miljø preges av de samme historisk/kulturelle beskrivelsene av maskulinitet som samfunnet for øvrig. I tillegg tydeliggjør dette feltets logikk

noe av mitt anliggende, dvs. det har en dimensjon som skiller det fra mange andre kontekster, nemlig den åndelige. Avhengig av hvor tett konteksten er vil nettopp den åndelige dimensjonen være en viktig del av den symbolske kapitalen. Den usynlige og eksistensielle kvaliteten gjør den til en ekstra betydningsfull faktor.

I mitt materiale er nesten påfallende at mange av overgriperne er i posisjoner som inngir tillit og makt. Dette kommer i tillegg til at en voksen alltid har et maktoverskudd vis a vis et barn. Bare i ett tilfelle så langt, har det vært slektskapsforhold mellom overgriper og overgrepsutsatt. Det stilles ikke spørsmål ved deres omgang med guttene, i noen tilfeller oppmuntres kanskje kontakten av foreldre og omgivelser fordi den i følge feltets logikk er ønskelig. I dette ligger en nøkkel til å forstå at overgriper kan manøvrere seg i posisjon og forberede overgrep. Dette er kanskje spesielt lett å få øye på om det religiøse feltet brukes som eksempel. Overgriper er i besittelse av, og demonstrerer, mer enn gjennomsnittet av egenskaper og kvaliteter som er sentrale i det religiøse feltet. Han kjenner spillereglene og kan benytte disse. Gutten vil være farget av den samme tillit til overgriper som det miljøet gir uttrykk for. Imidlertid kan man lett tenke seg andre felt enn det religiøse der tilsvarende gjelder.

Overgriper benytter gjerne en langsiktig og forsiktig strategi slik at gutten så å si ikke oppdager det som skjer. Han vil forsøke å tilpasse strategien slik at den mest mulig stemmer overens med guttens kategorier for persepsjon. Om gutten reagerer er overgriper overlegen med hensyn til argumenter. Som en av mine informanter sa: «Det var noe galt, men enda så var det normalt». Med det uttrykker han den etterligning av sjelesørgerisk praksis overgriper stod for og maktrelasjonen han hadde klart å etablere. Gutten kan mangle kategorier for å forstå det som skjer. Han opplever (indre) sensur eller han kjenner seg forvirret uten helt å vite hvorfor og dras med eller manipuleres inn i en overgrepsrelasjon.

At det er en person med overgriper status som gjør det han gjør, gjør det dobbelt vanskelig å forstå. Hvor forvirrende det kan være illustreres ved følgende uttalelse: "På en måte trodde jeg at de andre visste hva som foregikk. Den beste dagen i mitt liv var da jeg fortalte mine foreldre dette, og jeg så reaksjonen deres".

Om gutten etter hvert skulle oppleve det som skjer som galt, tør han gjerne ikke si fra til andre. Dette behøver ikke å ha med trusler fra overgriper å gjøre. Ingen av de jeg har snakket med så langt ble pålagt taushet. Grunnen til at han ikke sier i fra kan være alt fra engstelse for å bli kalt for homo til at selve tema er tabu, i flerdobbel forstand. En mann som i en alder av 35 år fortalte sin behandlende lege om hva han over år hadde båret på, ble møtt med "Nei, nå må du jammen gi deg". Det samme tabuet som hindrer feltet i å se, hindrer gutten i å erkjenne og tilkjenne. I tillegg til de maskuline stereotypiene, som allerede er nevnt, vil f.eks. dette kunne være «noe som ikke skjer hos oss». Det som skjer er ujevnelig og gutten pålegger seg selv taushet. Han henvises til selv å skape en virkelighet han kan leve med.

Han kan også benytte en strategi med å "glemme» det som skjer mellom hver gang. Overgrepene eksisterer ikke unntatt mens de faktisk skjer. Løsningen kan også være å gi overgrepene "ikke-eksistens". En mann som ble utsatt for grove overgrep i 14 års alderen, fortrente hendelsene så ettertrykkelig at de først dukket opp mer enn 30 år senere. Gutten kan også oppleve seg sviktet av egen kropp ved at han reagerer seksuelt på tilnærmelsene og får utløsning.

Hvor sterk denne type maktrelasjonen kan være, kan illustreres ved overgrepsrelasjoner etablert da guttene var 10 –12 år og som ikke ble brutt før i slutten av tenårene fordi de da reiste bort, fikk fysisk avstand til overgriperen og fikk perspektiv på hendelsene. I ettertid føler de seg beskjemmet over at de ikke forsvarte seg når de fysisk sett var sterke nok til det.

Hvordan konteksten farger opplevelse og bearbeiding, kommer kanskje spesielt godt til syne i ettertid. Det er en kjent sak at tid, avstand og endrede sosiale betingelser alene ikke er nok til at den overgrepsutsatte blir fri ifra sin overgriper. Avdekking og anmeldelse er heller ikke tilstrekkelig til å bringe den overgrepsutsatte ut av underlegenhetsposisjonen. Maktrelasjonen har en biografisk forankring og er vevd inn i den overgrepsutsattes virkelighetskonsstruksjon. Dersom overgrepsrelasjonen ble etablert da gutten var svært ung kan den vise seg å være svært vanskelig å fri seg fra. På intervjutidspunktet, som godt voksne menn, kan de fremdeles oppleve at overgriper har makt over dem. Dette kan karakteriseres som å være ”overgriperens forlengede arm”. Den overgrepsutsatte fortsetter å krenke seg selv etter at overgrepene for lengst har sluttet.

Når det unevnelige kommer for dagen, blir satt ord på og får eksistens, vil han kunne støte på problemer som direkte er knyttet til den konteksten. Avdekking av overgrep og krav om «rettferdighet» kan bli en svært krevende prosess for overgrepsutsatte. I tillegg til en uhyre vanskelig grensepassering ved å gi seg til kjenne, kan det utløse høyst forskjellige reaksjoner i feltet. Disse kan variere fra positive og støttende til det stikk motsatte. Vanskeligst er kanskje situasjoner der «åndelige våpen» anvendes og overgrepsutsatte blir den skyldige.

En side av problemet er vegring fra det religiøse feltet mot å ta innover seg at dette har skjedd i et kristent miljø - og at en vel ansett person er en overgriper. Dette vil kunne skape ekstra vansker for den overgrepsutsatte. Minst like vanskelig kan det være at den overgrepsutsatte selv ut fra sin virkelighetsforståelse får problemer når han skal bearbeide dette. For eksempel er spørsmålet om å tilgi overgriper et tema. Tilgivelse er en sentral verdi i den kristne tro, og opplevelsen av å ikke klare det kan bli problematisk for overgrepsutsatte. Andre vansker kan være å forstå at Gud kan tillate at sånt

skjer. Ikke minst har flere av mine informanter problemer med å forstå at en person kan drive dobbelt bokholderi slik overgriper har gjort.

Møtet med andre systemer

Møte med andre system (for eksempel et behandler-system) med ulik logikk kan skape ekstra vansker for overgrepsutsatte. Dette gjelder for eksempel når det terapeutisk eller juridiske feltet blir premissleverandører og gir nye beskrivelser. Dette vil kunne kollidere med hvordan gutten selv forstår det. Som sagt har tidlige erfaringer fortrinn og konflikten gjenspeiles for eksempel i temaer som dominans og tilgivelse. *I siste instans handler det om at han må kjempe for at feltet justeres til å kunne tenke det utenkelige som en mulighet.*

I møte med en overgrepsutsatt bør man være forsiktig med å forstå og kanskje først og fremst være bevisst sin egen uvitenhet. Enhver har sin egen personlige fortelling som ikke lar seg fange av utenforståendes kategorier.

Konklusjon

Virkeligheten er ikke tekstavhengig men kontekstavhengig. Dette inkluderer både de store og felles beskrivelsene vi har som ramme for våre livsfortellinger og de lokale og individuelle. Mennesker forstår seg selv og sitt liv i lys av den kulturen og det historiske øyeblikket de er en del av og som de deler med andre. Det er imidlertid også et faktum at den enkelte person utformer sin egen individuelle versjon av virkeligheten. Det er ikke slik at overgrepsutsatte gutter og menn utgjør en kategori som kan beskrives på en måte som er dekkende for alle som utsettes for seksuelle overgrep. Ut fra min erfaring er forskjellene vel så påtakelige som likhetstrekkene. Dette gjelder både hvordan det å bli utsatt for seksuelle overgrep blir opplevd og hvordan den enkelte klarer å hankses med

konsekvensene . Overser vi dette, reproducerer vi i beste fall selvfølgeligheter og etablerte sannheter. For å si det med Bourdieu: vi holder oss innenfor ”den lærde folkemeininga” . I verste fall hindrer vi at ny viten får komme til syne.

Referanser

Andersen, Torbjørn H. (1998) *Under en lukket himmel. Unge gutter utsatt for seksuelle overgrep i en kristen sjelesorgsammenheng: virkelighetsskaping og mestring*. Hovedoppgave i sosialt arbeid høsten 1988, HIO avd. ØKS.

Bourdieu, Pierre og Wacquant, Loïc. (1993) *Den kritiske ettertanke: grunnlag for en samfunnsanalyse*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Bourdieu Pierre (2000) *Den maskuline dominans*. Oslo: Pax Forlag A/S.

Connell, Bob (1995) *Masculinities*. Los Angeles: University of California Press.

Eide-Midtsand, Nils (1997) Fanger i Blåskjeggs borg: langtidsvirkninger av seksuelle overgrep mot gutter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Supplement nr. I, vol. 34, s. 70–80.

Folkesson, Per (2000) Fragmenterade glimtar av maskulinitet i: *NIKK magasin* nr. 1 - 2000 s. 4 - 6. Oslo: Nordisk institutt for kvinne- og kjønnsforskning.

Gullvåg Holter, Øystein (1999) *Mannsforskning i Norge: en forskningsoversikt*. Oslo: Norges forskningsråd, kultur og samfunn.

Mendel, Matthew P. (1995) *The Male Survivor: the impact of sexual abuse* Thousand Oaks: Sage Publications.

"Vil *du* være min venn?" – om dilemmaer i relasjoner mellom psykiatriske sykepleiere¹ og psykotiske pasienter

Marit Hem

Innledning

Jeg har arbeidet som psykiatrisk sykepleier på en skjermet enhet på en akuttpsykiatrisk avdeling i 10 år. En stor del av pasientene som ble innlagt befant seg i en psykotisk krisetilstand. Disse pasientene gjorde et særlig sterkt inntrykk på meg. Jeg opplevde at jeg som sykepleier i møtet med pasientene stod ansikt til ansikt med menneskelige dramaer og uttrykk som ofte kom til syne i svært utilslørt form. Selv om det psykotiske uttrykket og formidlingsmåten kunne være vanskelig å forstå, var det likevel tydelig for meg at pasientenes dramaer dreide seg om allmennmenneskelige temaer. Det handlet om angst, fortvilelse, skam, hjelpeløshet og krenkelse så vel som om glede, håp, tillit, mot, takknemlighet og tilknytning. Å være sykepleier i møte med disse pasientene opplevde jeg på den ene siden som spennende og utfordrende, og på den andre siden var det vanskelig og belastende.

¹ Begrepene "sykepleier" og "psykiatrisk sykepleier" brukes om hverandre og betegner sykepleiere, med og uten videreutdanning, som arbeider i psykiatrien.

På bakgrunn av arbeidet med de psykotiske pasientene har jeg også stilt meg mange spørsmål i årenes løp. Blant annet har jeg vært opptatt av hvordan mine kolleger og jeg var i møtene med pasientene. Hvordan oppfattet vi pasientens psykotiske uttrykk, altså hva slags forståelse hadde vi av pasientens verden? Hvordan møtte vi det hos pasienten vi syntes var vanskelig å forstå? Evnet vi å se utover det vi ikke skjønnte slik at vi kunne oppdage både pasientens allmennmenneskelige anliggender og hans lidelse? Gikk vi inn for å etablere en relasjon med pasienten der vi lot oss berøre og påvirke, eller "utøvde" vi sykepleie fra en distansert posisjon? Og ikke minst: Hva skjedde mellom oss og pasientene?

Det forskningsarbeid jeg her skal presentere deler av (Hem 2000) har sin rot i to forhold: for det første i nysgjerrighet med bakgrunn i egen sykepleieerfaring med psykotiske pasienter og for det andre i erkjennelsen av at vi mangler empirisk basert kunnskap om hva som skjer i relasjoner mellom psykiatriske sykepleiere og psykotiske pasienter.

Hensikten med artikkelen er å peke på noen komplekse og motsetningsfylte interaktive utfordringer psykiatriske sykepleiere møter i sitt daglige arbeid med psykotiske pasienter. Jeg presenterer eksempler på hva som skjer mellom sykepleiere og pasienter. Intensjonen med å løfte frem konkrete eksempler er at de kan bidra til at vi utvikler en bedre forståelse av hva vi opplever og gjør i pasientarbeidet.²

² Å utvikle empirisk fundert kunnskap om hva som skjer i samhandlingen mellom sykepleiere og pasienter mener jeg er en av sykepleieforskningens store utfordringer. Kvaliteten på sykepleie er i stor grad et spørsmål om hva som skjer i de konkrete møtene mellom sykepleiere og pasienter, og derfor er det nødvendig at det skapes kunnskap om dette. Dette berører diskusjonen om vitenskapens hensikt og funksjon i et praktisk fag som sykepleie er, men denne debatten ligger utenfor artikkelens fokus.

"Vil du være min venn?" - Om dilemmaer i relasjoner

Overskriften på forskningsarbeidet, "*Vil du være min venn?*". *En studie av dilemmaer i relasjoner mellom psykiatriske sykepleiere og psykotiske pasienter i psykiatriske akuttavdelinger* viser til tittelen på min hovedfagsoppgave ved Seksjon for helsefag ved Universitetet i Oslo.³ I forbindelse med oppgaven gjorde jeg en undersøkelse på en skjermet post ved en akuttpsykiatrisk avdeling. Gjennom mange uker (65 timer i løpet av 2 1/2 måned) oppholdt jeg meg sammen med sykepleierne og pasientene, det vil si at jeg brukte observerende deltakelse som forskningsmetode (Hammersley & Atkinson 1996, Hansen 1995, Heggen & Fjell 1998, Savage 1995, Solberg 1996, Wadel 1991), og i denne forbindelse skrev jeg feltnotater fra det jeg så og hørte. Deretter foretok jeg narrative intervjuer (Kristiansen 1999, Pejler et al. 1995, Ramhøj 1993) med de seks sykepleierne jeg fulgte i posten, der jeg ba dem om å fortelle historier fra møter med psykotiske pasienter. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og etterpå transkribert. Feltnotatene og de transkriberte intervjuene (120 sider) utgjør undersøkelsens empiriske grunnlag.

Hovedtittelen, "*Vil du være min venn?*", er empirisk fundert. "*Vil du være min venn?*" var spørsmålet en av pasientene stilte både til sykepleier, lege og til meg som forsker. Spørsmålet fra pasienten er en god illustrasjon på nettopp de utilsørte uttrykk man som sykepleier ofte står overfor i møte med lidelsen hos

³ Ledelse, sykepleiere og pasienter ved det sykehus der undersøkelsen ble gjennomført skal ha stor takk for interesse, engasjement og deltakelse i prosjektet. 1.amanuensis dr.polit Kristin Heggen ved Universitetet i Oslo takkes for klarsynt og engasjert veiledning gjennom hele forskningsprosessen og 1.amanuensis dr.philos. Jan Kåre Hummelvoll ved Høgskolen i Hedmark takkes for klargjørende diskusjoner gjennom store deler av prosjektperioden. Takk også til Norsk Sykepleierforbund som tildelte undertegnede NoK 50.000,- i utdannings- og forskningsstipend.

psykotiske pasienter. Jeg tror ikke pasienten med dette spørsmålet ba personalet om å være venner i privat betydning. Derimot viste konteksten at han følte seg krenket, umyndiggjort, avmektig og hjelpeløs, og hans spørsmål, "Vil *du* være min venn?", oppfattet jeg som en bønn om å bli sett og bekreftet og at personalet skulle være opptatt av hans opplevelsesverden.

Undertittelen - "*Om dilemmaer i relasjoner mellom psykiatriske sykepleiere og psykotiske pasienter*", som også er basert på empiri - henspeiler nettopp på den motsetning og flertydighet jeg fant at relasjonene er preget av. Gjennom å rekonstruere (Heggen & Fjell 1998, Kvale 1995, Svensson 1996) hva som skjedde mellom sykepleierne og pasientene viser det seg at relasjonene karakteriseres av at de er motsetningsfylte og flertydige. De er kort og godt preget av dilemmaer. Kategorien "dilemma" viser til at sykepleierne står overfor ulike og motstridende krav og hensyn som må balanseres i de ulike situasjonene. Det er ikke opplagt hva som til enhver tid er gode og riktige holdninger og handlinger i den enkelte situasjon (Heggen & Fjell 1997). Dette er et hovedfunn i forskningsarbeidet.⁴

De tre sentrale dilemmaer forskningsarbeidet har konkretisert er:⁵ for det første utøver sykepleieren sitt virke i spennet mellom det jeg har kalt *medmenneske og fagmenneske*, det vil si å opptre både som partner og profesjonell. For det andre viser analysen at relasjonen mellom sykepleieren og pasienten står i

⁴ Begrepet "funn" er dog noe problematisk i forhold til det vitenskapsteoretiske fundament som studien hviler på: data og resultater er kontekstavhengige, det vil si at data og resultater dreier seg om å skape sosial mening og i den forstand eksisterer data kun som fortolkede (Alvesson & Sköldbberg 1994, Hansen 1995, Heggen & Fjell 1998, Knizek 1998, Kvale 1995).

⁵ Datamaterialet i undersøkelsen består av tekst. Analyse er en systematisk og strukturert prosess i den hensikt å skape mønstre og sammenhenger i den tekst datamaterialet består av (Heggen & Fjell 1998).

spenningsfeltet mellom *ansvarlighet* og den motsatte ytterlighet, nemlig *ikke ansvarlighet*. Dette viser til at sykepleierne i realiteten er ansvarlig for å ivareta pasientens behov for selvforståelse fordi de er sammen med pasienten i dagliglivet på avdelingen. Samtidig ser det ut til at de definerer ansvaret for å ivareta pasientens selvforståelse til å ligge hos legen. Det tredje dilemma jeg har identifisert og analysert ut fra materialet er den innebygde spenningen mellom det å møte pasienten som *person* i forhold til det å møte pasienten som et *kasus* (jfr. vedlegg nr.1).

Av de tre nevnte dilemmapar som forskningsarbeidet har konkretisert, tar jeg i den videre presentasjonen utgangspunkt i dilemmaet mellom å møte pasienten som person og / eller kasus.

Dilemmaet person / kasus

Når man som hjelper står overfor pasienter, utfordres man blant annet av to forhold. Det ene er å møte den enkelte som enestående (Wifstad 1994). Det andre er å identifisere de faglig relevante trekk ved situasjonen, noe som påkaller betraktninger av allmenn karakter (ibid.). Studien viser at forholdet mellom sykepleiere og pasienter karakteriseres av sykepleiernes balansering mellom å skulle ta hensyn til både den enkelte pasients særpreg og de generelle trekk ved pasienten. Spørsmålet knyttet til dilemmaet person / kasus er hvorvidt det er mulig og ønskelig å møte pasienten kun som en individuell person? Er det ved å møte ham utelukkende som en individuell person at man ivaretar hans verdighet og integritet? Eller skal vi også ta høyde for at det vi møter hos pasienten kan sees som uttrykk for noe generelt og typisk knyttet til hans lidelse?

Nedenfor presenteres et utdrag fra feltnotatene som illustrerer hvordan sykepleierne står i spenningsfeltet mellom det unike og det typiske, mellom person og kasus. Notatene skrev jeg etter observasjon av en samtale mellom en sykepleier og en pasient, samt at jeg nedtegnet opplysninger sykepleieren ga til meg rett etter at hendelsen hadde funnet sted. Navn og andre forhold som kan identifisere pasient og sykepleier er anonymisert (Solbakk 1998).

"Det virker som du er veldig fortvilet" (jfr. vedlegg nr.1)

Tone har en samtale med Hanne inne på Hannes rom. Foranledningen for samtalen er at pasienten har hatt en telefonsamtale der utfallet blir at hun kommer stormende ut fra rommet. Hun hylar og skriker: "Jeg kan like godt dø! Skyt meg!" Hun fortsetter å rope og skrike mens Tone er inne på rommet sammen med henne. Etter en stund faller hun mer til ro. Hun forteller at en bekjent ringte, og at vedkommende ga uttrykk for at den Hanne han snakket med i telefonen ikke var den Hanne han mente han kjente. Pasienten sier også til Tone at "Jeg mister meg selv inni meg". Tone sier til Hanne at Hanne ikke skal dø. Hun er også opptatt av å bekrefte hennes følelser ved å si: "Det virker som du er veldig fortvilet" og "Det er lov å være sint". Pasienten forteller videre at hun ikke stoler på noen, og at personalet er i ferd med å avsløre henne. Tone sier at "Vårt mål er å hjelpe deg", og pasienten svarer hun ikke vet hva personalet kan hjelpe henne med. Tone fremholder at hun tror de kan hjelpe henne med å forstå hva som skjer inni henne når hun hylar og skriker. Hanne svarer hun føler at alt er kaos inni henne og at hun går i oppløsning. Tone stiller en rekke spørsmål: om pasienten har hørt eller hører stemmer, om hun ofte er sint, om det som skjedde har noe med turen hjem i går å gjøre. Pasienten svarer ikke på spørsmålene, men hun gjentar at hun ikke kan stole på noen i personalgruppa. Tone sier hun synes det er viktig at pasienten stoler på noen, men at det ikke er mulig å ha et tillitsfullt forhold til alle. Tone bruker også fysisk berøring når de sitter sammen. Hun sier etterpå til meg at hun, ved å ta på Hannes kropp, gir henne bekreftelse. Pasienten sier at hun kjenner kroppens avgrensning ved at Tone tar på henne, men forteller at det er inne i henne at oppløsningen skjer. Tone opplever likevel at berøringen roer og trykker pasienten. De bruker god tid på avslutningen ved å se på bilder som pasienten har tatt med seg hjemmefra.

Det foregår flere prosesser på samme tid knyttet til denne situasjonen. For det første: gjennom at Tone gir kroppskontakt og de ser på bilder, viser hun et

personlig engasjement og en interesse som går utover den profesjonelle rutine. Gjennom denne samhandlingen kan pasientens unikhhet komme til syne selv om historien ikke reflekterer at det skjer. Den andre prosessen som kan identifiseres er imidlertid den dominerende i situasjonen. Pasienten sier hun føler hun "*mister seg selv inni seg*", at det er kaos inni henne, at hun føler hun går i oppløsning, at hun ikke stoler på noen og at personalet er i ferd med å avsløre henne.

Beskrivelsene hun bruker om sin egen situasjon vitner om stor dramatik og sterke og skremmende opplevelser. Tones svar er at Hanne ikke skal dø og at det virker som hun er veldig fortvilet. Tone er opptatt av at det er viktig "*å bekrefte hennes følelser*". Hun tolker det pasienten sier som uttrykk for fortvilelse, og følgelig er hennes svar tilbake at "*det virker som du er veldig fortvilet*". Det er imidlertid ikke sikkert at pasienten er fortvilet eller kjenner igjen følelsene sine som fortvilelse.

Det er viktig å ta pasientens følelser og opplevelser alvorlig, men i forhold til denne situasjonen er det relevant å stille noen spørsmål. Er Tones tilbakemelding et svar på det følelsesmessige budskapet eller er det hun sier uttrykk for profesjonelle talemåter i faget, og på den måten gjør hun seg selv "immun" mot budskapet? Den type tilbakemelding Tone gir kan gjenkjennes fra andre deler av forskningsmaterialet. Det reflekterer den faglige tradisjon og tenkning i psykiatrisk sykepleie, nemlig betydningen av å "*bekrefte følelser*" og "*ta følelser alvorlig*" (Strand 1990, Hummelvoll 1997). Men Tone kategoriserer i dette tilfellet kanskje litt for tidlig. Tross gode hensikter, fører Tones tilnærming til at pasientens særegne opplevelser og følelser ikke tas tilstrekkelig alvorlig, nettopp fordi hun trekker konklusjoner før hun sammen med pasienten har utforsket hva det handler om. Dermed blir tilnærmingen til pasienten uttrykk for en generalisert oppfatning, og hennes unike opplevelse og situasjon favnes ikke. "Bekreftelsen" pasienten mottar er således ikke en del av en interaktiv prosess mellom pasient og sykepleier.

Men finnes det alternativer? Kunne sykepleieren ha handlet annerledes? Hva om hun hadde tatt initiativ til å undre seg mer sammen med pasienten isteden for å trekke en rask konklusjon? Kan hende kunne hun forsøkt å tenke høyt sammen med pasienten isteden for å stille en rekke konkrete spørsmål. Da kunne pasienten hjelpes til å finne ord og forstå seg selv bedre, og derved gjenvinne kontroll og styring over tanker, følelser og handlinger. Det kunne være en hjelp til å lindre hennes lidelse.

Andre steder i forskningsmaterialet finnes liknende eksempler. Blant annet blir uttrykket "*Vi opplever det ikke på samme måten*" brukt i ulike sammenhenger. Det utløser et viktig spørsmål, nemlig: Hvordan forstår vi det den psykotiske pasienten faktisk forteller oss? Ved å ta i bruk vi-formen, isteden for at man snakker om seg selv og sine opplevelser i forholdet, ser det ut til at sykepleierne fjerner seg fra pasienten ved å sette opp grenser i form av budskapet "dette er din verden, min verden er annerledes". Datamaterialet viser at pasientene ofte er svært kontaktsøkende og formidler mye, på ulike måter, om hvordan de har det. Ved at sykepleierne avgrenser seg selv fra deres virkelighetsoppfatning står de samtidig i fare for å avvise pasienten. Det er nettopp denne prosessen som fører til at pasientene objektiveres, og følgen er at deres unike situasjon ikke blir tatt tilstrekkelig alvorlig og pasientenes lidelse lindres ikke.

Andre studier utdyper dette poenget. Emrich (1989) og Cleary & Edwards (1999) viser at sykepleiere opplever at akuttavdelingens uforutsigbare virkelighet er et hinder for å være sensitive overfor det som foregår i relasjonen mellom dem og pasientene. En studie av Bray (1999) viser at sykepleiere som sitter fastvakt tar i bruk distanserende teknikker, for eksempel ved å flytte seg langt bort fra pasienten og ved å fordype seg i lesestoff. Sykepleierne gir uttrykk for at nærhet til pasienten oppleves som emosjonelt svært krevende (ibid.). Dette kan

man si hindrer sykepleieren i å se pasienten som person - altså med den følge at pasienten møtes som et kasus.

Men man kan likevel spørre om uforutsigbarhet, tidspress og opplevelsen av nærhet som emosjonelt krevende er den eneste måten å forstå det at sykepleierne trekker seg unna pasienten på. Er det andre forhold som har betydning? Jeg tror vi trenger å utvikle kunnskap om minst to områder i psykiatrisk sykepleie. Det ene er at vi må se på selvforståelsen i faget - hvilke oppfatninger har vi når det gjelder vårt ansvar, vår kompetanse og funksjon? Det andre er at det er nødvendig å utvikle mer kunnskap om hva det å arbeide med psykisk lidende mennesker innebærer av opplevd belastning.

Men det er også eksempler i datamaterialet som illustrerer hvordan sykepleierne i situasjoner takler dilemmaet mellom person og kasus. Et annet utdrag fra feltnotatene viser dette.

"Du har helt rett" (jfr. vedlegg nr.1)

Det er møte mellom Erik (pasient), Cathrine, lege og to sykepleiere fra kommunen. Saken dreier seg om at pasienten har en leilighet som er overfylt av skrot, skitt og pappesker. Dessuten er leiligheten invadert av sorte biller, sannsynligvis på grunn av manglende renhold og opphopning av store mengder gammel mat. Den siste tiden før innleggelsen har sykepleierne i kommunen og pasienten samarbeidet om en begynnende opprydding og kasting av ting. Sykepleierne i kommunen ønsker å foreta en full opprydding og nedvasking mens pasienten er innlagt, og møtet har delvis som funksjon å avklare med pasienten om dette er greitt, samt oppnå enighet om hva de kan kaste og hva pasienten vil beholde.

Pasienten har gjennom hele møtet en meget aktiv rolle. Han snakker tydelig, er konsentrert, og er helt klar på at han ikke ønsker at sykepleierne fra kommunen iverksetter tiltak i leiligheten hans uten at han er til stede. Disse sykepleierne har han nok tillit til, de har fulgt ham gjennom mange år. Cathrine sier etter hvert til pasienten: "Jeg ville nok, hvis jeg var deg, ha stolt på at det er greitt at sykepleierne går inn i leiligheten uten at jeg hadde vært med". Pasienten er imidlertid bestemt

på at han synes "det er umyndiggjøring, jeg er en voksen person, jeg er ikke umyndiggjort, og jeg har rett til å bestemme hva som skal gjøres i leiligheten min". Både pasient og personale er enige om hva som er nødvendig å gjøre. Pasienten innser det hele, men poenget hans er rett og slett at "jeg vil være til stede og bestemme hva som skal foregå, og det håper jeg blir respektert". Cathrine sier etter en stund at hun synes det er rett og rimelig at han er med på det som skal skje. "Du har helt rett", sier hun.

Historien er uttrykk for reelle forhandlinger, det vil si samarbeid og samhandling der pasienten er en partner i situasjonen. Før de starter møtet har sykepleierne en forestilling om at møtets funksjon er å avklare hva som skal kastes og ikke i pasientens hjem. Men pasienten argumenterer godt, og de innser etter hvert at han har "helt rett". Pasienten får anledning til å fremstille seg som den han er, det vil si med de meninger og følelser han har knyttet til opprydding i leiligheten. Han blir møtt som en unik person, ikke som en hvilken som helst pasient som ikke greier å ta vare på seg selv og sine omgivelser, og derfor må hjelpeapparatet trå til for å kompensere og behandle. Pasientens vurderinger og opplevelser blir tatt alvorlig, og sammen snakker de om hvordan situasjonen kan løses eller håndteres. Således bedres pasientens mulighet for å oppnå større selvinnsikt.

Konklusjon

Hensikten med artikkelen har vært å synliggjøre ett av flere dilemmaer mellom sykepleiere og psykotiske pasienter. Ved å løfte frem dilemmaer, blir de synlige, og på den måten kan de bli gjenstand for refleksjoner og diskusjoner. For sykepleiere kan det bety at fra å "streve" i en motsetningsfylt og kompleks virkelighet, kan man bevege seg mot en mer bevisst og balansert utøvelse. Det innebærer i større grad å bli klar over hvilke dilemmaer og valgsituasjoner man befinner seg i. Slik kan man også motarbeide opplevelsen av ikke å ha valg og

påvirkningsmuligheter fordi "something always comes up" (Cleary & Edwards 1999, s. 477). En større bevissthet på dilemmaer kan videre bidra til at sykepleiere utvikler et klarere fokus på hvilke handlinger som er de riktige og beste i den enkelte situasjon. Eller sagt på en annen måte: en sterkere bevissthet på dilemmaer fører til at sykepleiere i større grad kan oppleve seg som ansvarlige aktører i relasjoner mellom seg og psykotiske pasienter. Det kan bidra til å lindre pasientens lidelse.

Referanser

- Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersen, A.J.W. & Karlsson, B. (1998). Introduksjon. I: Andersen, A.J.W. & Karlsson, B. (red.): *Psykiatri i endring - forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Bray, J. (1999). An ethnographic study of psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6, 297-305.
- Cleary, M. & Edwards, C. (1999). "Something always comes up": nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6, 469-477.
- Emrich, K. (1989). Helping or Hurting? Interacting in the Psychiatric Milieu. *Journal of Psychosocial Nursing* 27 (12), 26-29.
- Fog, J. (1998). *Saglig medmenneskelighed. Grundforhold i psykoterapien*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Gallop, R. et al. (1990). The Expressed Empathy of Psychiatric Nursing Staff. *The Canadian Journal of Nursing Research* 22 (3), 7-18.
- Gijbels, H. (1995). Mental health nursing skills in an acute admission environment: perceptions of mental health nurses and other mental health professionals. *Journal of Advanced Nursing* 21 (3), 460-465.

- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1996). *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Ad Notam Gyldendal. S. 31-150.
- Hansen, H.P. (1995). Feltarbejde som forskningsstrategi. I: Lunde, I.M. & Ramhøj, P. (red.): *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*. København: Akademisk Forlag.
- Hatling, T. & Østby, R. (1998). Kunnskapens kompleksitet - psykiatriens store utfordring. I: Andersen, A.J.W. & Karlsson, B. (red.): *Psykometri i endring - forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Heggen, K. & Mjell, J. (1997). *I Askeladdens fotspor: om dilemmaer i helsefaglig yrkesutøvelse*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Heggen, K. & Fjell, T.I. (1998). Etnografi. I: Lorensen, M. (red.): *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hem, M.H. (2000). "*Vil du være min venn?*" En studie av dilemmaer i relasjoner mellom psykiatriske sykepleiere og psykotiske pasienter. Hovedfagsoppgave ved Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Seksjon for helsefag.
- Hummelvoll, J.K. (1997). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Knizek, B.L. (1998). Interview - design og perspektiv. I: Lorensen, M. (red.): *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Kristiansen, K. (1999). Fortellingen som en form for identitet: en undersøkelse og drøfting av identitetsbegrepet i den narrative tradisjonen. *Fokus på familien* 27 (3), 168-180.
- Kvale, S. (1995). Den sociale konstruktion af validitet. I: Lunde, I.M. & Ramhøj, P. (red.): *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*. København: Akademisk Forlag.

- Pejlert, A. et al. (1995). Stories about living in a hospital ward as narrated by schizophrenic patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2, 269-277.
- Ramhøj, P. (1993). Fortællingen og dens muligheder i sygeplejeforskningen. I: Ramhøj, P. (red.): *Overvejelser og metoder i sundhedsforskningen*. København: Akademisk Forlag.
- Savage, J. (1995). *Nursing Intimacy: an ethnographic approach to nurse-patient interaction*. London: Scutari Press. S. 1-27.
- Solbakk, J.H. (1998). Etiske sider ved medisinsk og helsefaglig forskning. I: Lorensen, M.(red.): *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Solberg, A. (1996). Erfaringer fra feltarbeid. I: Holter, H. & Kalleberg, R. (red.): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Svensson, P.-G. (1996). Forståelse, troværdighet eller validitet? I: Svensson, P.-G. & Starrin, B. (red.): *Kvalitative studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur - en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord, SEEK A/S. S. 9-96.
- Wifstad, Å. (1994). Møtet med Den Andre. Om ekspertkunnskapens grenser. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 114 (30), 3678-3680 .

VEDLEGG NR. 1

Dilemmaer i relasjoner mellom psykiatriske sykepleiere og psykotiske pasienter
(Hem 2000)

Medmenneske og / eller fagmenneske

"Det var ikke noe kongruens" - Cathrine. Intervju.

"Man skal jo ikke bli privat" - Tone. Intervju.

"Helt uten mål og mening" - Eli. Intervju.

"Forholde meg til hennes forestillingsverden" - Barbro. Intervju.

Å være ansvarlig og / eller ikke ansvarlig

"Hjelpe han med å sette brikkene på plass" - Pål. Intervju.

"Jeg vil ikke være din venn" - Barbro. Feltnotater.

"Dette er personlige ting du må snakke med legen om" - morgenmøte.

Christoffer. Feltnotater.

"Han må få Cisordinol Acutard - uansett!" - behandlingsmøtet. Feltnotater.

Pasienten som person og / eller kasus

"Vi synes vi vet for lite om deg" - Eli. Feltnotater.

"Det virker som du er veldig fortvilet" - Tone. Feltnotater.

"Du har helt rett" - Cathrine. Feltnotater.

Når mor har en psykisk lidelse

Astrid Halså

Innledning

Når psykisk sykdom rammer en mor eller far, får sykdommen konsekvenser for ektefelle og barn og hverdagslivet i familiene påvirkes på forskjellige måter. Hvordan griper sykdommen inn i dagliglivet i familiene? Hvordan greier familier med deprimerte mødre, mødre med angst, eller maniske mødre å ivareta barneomsorgen? Omsorg for barn dreier om praktiske oppgaver som å få barna opp om morgen, lage frokost, middag, hjelpe med lekser, følge opp barna på fritidssysler. Det dreier seg videre om å oppdra barna med kjærlighet og skape en trygg og bekreftende base for barna. Spørsmål jeg vil belyse denne artikkelen er hva familiene strever med og hvilken retning deres bekymring tar.

Det siste tiåret har det skjedd store endringer i voksenpsykiatrien, med desentralisering av psykiatriomsorgen. Som følge av denne utviklingen bor de fleste personer psykiske lidelser utenfor institusjon, og mange lever sammen med barn og partnere. Tall fra forskjellige undersøkelser viser at mellom 20 og 30% av de som blir innlagt på psykiatrisk institusjon har mindreårige barn (Kufås m.fl 2001, Cleaver m.fl 1999, Dreihammer og Bergmann 1999). I tillegg

kommer foreldre som lever med psykisk lidelser, men som ikke blir behandlet eller diagnostisert.

Det er bare de sykeste personene som får plass i en psykiatrisk behandlingsinstitusjon og mange barn opplever på nært hold foreldrenes smerte, plager og lidelser. Forskningsmessig vet vi lite om hvordan familielivet arter seg i familier hvor en av foreldrene har en psykisk lidelse. Vi vet en del om hvilke psykososiale belastninger barna utsettes for, hvordan barna kan reagere og flere studier har dreid seg om risikoen for at barna selv utvikler psykiske problemer.⁶ De siste årene har det vært en økt interesse for å mer handlingsorientert forskning som har til hensikt å forbedre innsatsen for barna.⁷ Dette har vært viktig og nødvendig forskning, fordi denne gruppe barn har vært en oversett gruppe når det gjelder offentlige velferdsordninger. Barna til psykisk syke er ofte blitt kalt de ”usynlige barna”.

Jeg har intervjuet familier med mindreårige barn hvor en av foreldrene har vært innlagt på en psykiatrisk institusjon. I denne artikkelen vil jeg rette fokus på

⁶ For en samlet oversikt over forskning på dette feltet, se Annemi Skerfving (1996): Barn til psykisk störra föräldrar. Sårbarhet, risker og skyddande faktorer. En kunnskapssammanställning.

⁷ Jeg har tidligere skrevet et paper til et kurs i vitenskapsteori hvor jeg har diskutert hvorfor barn av psykisk syke er blitt et tema i tiden (Halsa 2000). I Storbritannia er disse familiens situasjon blitt beskrevet bla av Hetherington m.fl. 2000, Cleaver, Unnell og Aldergate 1999. I Sverige har Annemi Skerfving (1996) og Gøran Parment (1999) laget rapporter om kunnskapstatus på feltet. I Danmark har forskere ved Socialt Udviklingscenter arbeidet med utviklingsprosjekter og forskning på temaet og Glavind (1999) har forsket på familiens situasjon. I Nederland har Karen van Droesum (1999) skrevet om tema. I litteratursøk i norske databaser har jeg funnet noen få korte artikler som alle er skrevet de senere årene (Dahl 1998, Svendsen 1998, Spukland 1999, Hestmann, Vikan Huseby 1995, Ytterhus, og Almvik 1999) og en hovedoppgave i sosialt arbeid (Solberg 1994).

hvordan psykisk syke mødre organiserer hverdagen for å ivareta barneomsorgen, hva de strever med for å få det til og hvilke bekymringer de har i forhold til barna. Jeg tar utgangspunkt i familienes hverdagskontekst og hverdagshistorier. Fortellinger om hvordan dagliglivet i familier med spesielle belastninger arter seg, kan gi inntak til å se de friske velfungerende sidene ved familiene – hva de greier og derigjennom et inntak til å forstå hvordan familiene håndterer gode og dårlige perioder.

Familiens erfaringer, beskrivelser og opplevelser av sine omsorgsoppgaver er nødvendig kunnskap for at det offentlige velferdssystem skal kunne utvikle adekvate hjelpetiltak til familiene som støtter barna. Dersom det offentlige hjelpeapparat skal kunne gi familiene god støtte og forebygge psykososiale problemer hos barna er det nødvendig at vi har forskningsmessig kunnskap om hva disse familiene strever med og opplever som vanskelig ved sin situasjon.

Jeg redegjør først for artikkelens teoretiske perspektiv, datagrunnlag og metode. Deretter beskriver jeg noen hovedtrekk ved familiene. Jeg drøfter deretter hvordan mødrene opplever å ha en psykisk lidelse og samtidig skulle ivareta omsorgen for små barn. Temaer jeg tar opp er hvilken rolle den andre forelderen har, hvor åpne eller lukket familien er om sykdommen, hva mødrene opplever som slitsomt og bekymringsfullt i forhold til å fungere som omsorgspersoner. Avslutningsvis skisserer jeg noen områder jeg mener det er viktig å øke den offentlige innsatsen på for å støtte omsorgsfunksjonen i disse familiene.

Hverdagslivsperspektivet i moderne familier

Uavhengig av organisatorisk tilknytning og faglig tenkning, er grunnlaget for å få hjelp fra det offentlige hjelpeapparat svakheter eller svikt i ulike typer

funksjoner hos mottakeren, som f.eks. manglende omsorgsevne, atferdsproblemer hos barna, eller psykiske lidelser hos foreldrene. En hovedoppgave for hjelpeapparatet vil derfor være å fokusere på det problematiske, på feilen, slik at de kan sette inn adekvat hjelp for familiene. Hverdagslivsforskning, hvor familiens selv får komme til orde, og hvor et hovedpoeng vil være å få fram familiens forståelse og perspektiv på sine omsorgsoppgaver er et viktig supplerende kunnskapsgrunnlag (Andenæs 2000).

Nyere forskning om familier beskriver det moderne familielivet med små barn som barnesentrert eller nærmest barnedefinert (Dencik 1999, s. 256). Barnas behov står i sentrum for foreldrenes streben for å få et godt liv, og familielivet reguleres av barnas behov. Den tid foreldre ikke er på arbeid synes å være nesten helt fokusert på samvær med barna. Et annet kjennetegn ved det moderne familien er at barna store deler av dagen oppholder seg utenfor familiesfæren, dvs på skole, barnehage og i organiserte aktiviteter. Barna blir sett på som individer og foreldrene retter i stor grad oppmerksomheten mot sitt barn og barnets følelsesmessige velbefinnende (Frønes 1994, James, Jenks og Prout 1998).

Livet i barnefamilier er preget av mange rutiner med relativt fast struktur. Omsorgsarbeid er krevende og arbeidsomt, spesielt når man har mange barn. Livet i familier med små barn beskrives ofte som ritualiserte mønstre, som er preget av gjentakelser og overganger. Dagen starter med vekking og frokost, så av gårde til skole, barnehage og jobb, deretter handling, middag, lekselesing og fritidsaktiviteter og kveldene er fylt med klesvask, rydding og legging av barn.. Foreldres omsorgsoppgaver er omfattende og består i mange store og små praktiske oppgaver knyttet til oppdragelse og veiledning og å skape trygghet for sine barn (Andenæs 1996).

Forventningene til familien som et intimitetsreservat, som skal bidra til å skape stabilitet, trygghet, kjærlighet for barn som ellers lever en omskiftelig tilværelse på ulike arenaer, er et idealbilde av den moderne familien. Denick (1999) mener at den moderne familien snarere enn å bli tømt for funksjoner, tenderer mot å overbelaste familiene med emosjonelle og sosiale krav (s. 270). I familier hvor mor eller far har store psykiske plager, kan kravene som stilles til familiens omsorgsfunksjoner oppleves som uoppnåelige idealer. Det er naturlig å undre seg over hvordan familier hvor en av foreldrene sliter med store emosjonelle problemer skal kunne fungere som base for tilhørighet og bearbeiding av følelser og samtidig ivareta alle de praktiske oppgaver som følger av å være foreldre.

Datagrunnlag og metode

Denne artikkelen inngår som en del av mitt doktorgradsarbeid i sosiologi hvor jeg arbeider jeg med et kvalitativt orientert forskningsprosjekt hvor tema er hjelpeapparatets rolle overfor barn av psykisk syke foreldre. Jeg studerer bl.a. hvordan hjelpere i ulike deler av hjelpeapparatet definerer disse barnas behov for hjelp og støtte og hvordan de arbeider og tenker i forhold til egne oppgaver og hva de mener er andre etater og sektors oppgaver med henblikk på å hjelpe og støtte familiene og barna. Hjelpeapparatets forståelse av familiens behov påvirkes av mange forhold og utvikles i samspill med de berørte familiene. Familiens historier og erfaringer er nødvendig kunnskapsgrunnlag dersom hjelpen som gis familiene skal bygge på og understøtte familiens ressurser og derved styrke familiens forsøk på å oppnå kontroll over egen tilværelse.

Artikkelen bygger på en intervjuundersøkelse med 16 familier med barn hvor mor eller far har vært innlagt på en psykiatrisk institusjon i løpet av de siste 12

månedene. I to av familiene har far vært innlagt, i 14 andre har det vært mor. Fordi det har vært mor som har vært syk i de aller fleste familiene har jeg i denne sammenheng valgt å fokusere på mors streben for å være god mor og bygger på data fra de familiene hvor mor har vært syk.

Familiene som deltar i denne undersøkelsen er rekruttert fra 3 psykiatriske institusjoner i østlandsområde. Utvalgskriteriene var at en av foreldrene skulle ha vært i behandling ved sykehuset i løpet av de siste 12 månedene, at de skulle ha mindreårige barn og ikke være innlagt da forespørsel om deltakelse ble sendt. Sykehusene sendte ut forespørsel til mer enn 40 personer og etter en purringsrunde var det 16 familier som samtykket i å delta. Jeg ba om å intervju den personen i familien som hadde en psykisk lidelse og dennes ektefelle eller den hun oppga som nærmeste pårørende. I syv av familiene har jeg av forskjellige grunner bare intervjuet et familiemedlem, dvs den som hadde en psykisk lidelse. Intervjuene varte i overkant av 2 timer og ble tatt opp på bånd og transkribert. Alle intervjuene er gjort hjemme hos familien, med en voksen tilstede.

Slik jeg har beskrevet familiene her har jeg valgt legge vekt på fellestrekk ved familiene og mitt utgangspunkt for diskusjon er det såkalte moderne familielivet. Mange nyanser blir borte og forskjellene dempet når jeg søker i materiale etter fellestrekk og sider ved familiene som ligner det jeg kaller normalfamilier. Ni av de 16 familiene jeg intervjuet mottok blant annet hjelpetiltak fra barnevernet. Hensikten med denne artikkelen er ikke å fokusere på om foreldrene er gode nok omsorgspersoner for sine barn, men på hva de strever med i sitt forsøk på å være gode foreldre. Jeg har valgt et foreldreperspektiv. Jeg diskuterer i liten grad hvilke belastninger barna utsettes for, men fokuserer på hvordan foreldrene definerer sin omsorgsrolle. Barnas

historier om hvordan det er å vokse opp med foreldre med psykiske lidelser vil være viktig supplerende kunnskapsbilde og gi andre perspektiver.

Familiene

Familiene er svært forskjellige og hver families historie unik. Jeg har vært hjemme hos alle familiene og truffet mødre, fedre og barn. Første inntrykk var at familiene hadde få fellestrekk, annet enn at mor og i to tilfeller far har vært innlagt på en psykiatrisk institusjon. Alle personene jeg har snakket med har lidd av depresjoner, svært mange har forsøkt selvmord eller har hatt alvorlige selvmordstanker, mange har skadet seg selv og mange har angstplager. Noen har hatt dette i mange år, mens for andre har angsten og depresjonen kommet de senere årene – og oppleves derfor som en overgang. Felles for alle er at disse plagene er så alvorlige at det har ført til innleggelse. En av mødrene, med to barn på fem og syv år hadde vært innlagt så lenge som 2,5 år sammenhengende, mens andre hadde vært innlagt i noen uker. De bor forskjellige steder i landet og lever forskjellige liv. Alderen på den syke forelderen varierer mellom 23 og 49 år. Bare to av de jeg intervjuet var under 30 år. Et annet fellestrekk var at de fleste familiene hadde mange barn. Elleve av familiene hadde tre barn eller flere. En av familiene hadde syv barn som alle var yngre enn 13 år.

Det var stor variasjonsbredde i hvilke familietyper jeg møtte. Fem av familiene var det jeg vil kalle stabile familier, hvor mor og far levde sammen med felles barn. Fem av familiene er såkalt sammensatte familier. Personen som hadde en psykisk lidelse hadde barn med seg inn i nytt ekteskap/ samboerforhold. Det betyr at det var to voksne i familien og ett eller flere stebarn. Skilsmissen innebar flytting av barn, oppbrudd, vanskelig forhold til tidligere ektemann eller at det var vanskeligheter med barn fra tidligere ekteskap i forholdet til ny

ektemannen To av familiene bestod av unge enslige mødre med ett barn. I fire av familiene var den ene ektefellen død. Det medførte ekstra belastninger for familien. I tillegg til at den gjenværende forelderen skulle håndtere egen sorg, greie omsorgen for barna aleine og leve med psykisk sykdom, måtte de også hjelpe og støtte barna i den sorgen de følte etter å ha mistet en av sine foreldre.

I intervjuene med foreldrene var jeg som sagt opptatt av å forsøke å forstå livssituasjonen deres. I samtalene ble jeg slått av at svært mange hadde opplevd relativt store belastninger tidligere i livet. Det kunne dreie seg om psykiske plager hos egne foreldre, om alkoholmisbruk, om mishandling og incest. Disse forholdene var av stor betydning for familiene fordi det innebar at svært mange hadde et komplisert forhold til minst en side av besteforeldregenerasjonen. De hadde familiehistorier som gjorde det vanskelig å opprettholde kontakt med barnas besteforeldre, og å bruke et nettverk som mange foreldre uten store problemer er avhengig av.

Det finnes lite data som sier noe spesifikt om levekårssituasjonen til personer med psykiske lidelser.⁸ I ti av familiene jeg intervjuet hadde ingen av de voksne høyere utdanning, mens i seks av familiene hadde mor eller far høgskoleutdanning. Bare en av informantene hadde mer enn 4 år høgskoleutdanning. Halvparten av familiene mente de greide seg bra økonomisk, mens 8 av familiene slet økonomisk. Elleve av hovedinformantene

⁸ I en undersøkelse blant mottakere av grunnstønad gjennomført i regi av Statistisk sentralbyrå, kom gruppen med psykiske lidelser dårligst ut på nesten alle levekårsindikatorer (Natvik Aas 1996). Også mer kvalitativt orienterte studier peker i samme retning (Sandvin og Søder 1998). Personer med psykiske lidelser er den nest største diagnosegruppen som mottatar uføretrygd. Personer med psykiske lidelser utgjorde 21,5% av alle uføretrygdede i 1995. (Tall fra Rikstrygdeverket i St. meld. 25 1996-97, s.89).

var trygdet og en var hjemmeværende. Bare fire var i arbeid, to av disse var menn. I familier med to inntekter har det ofte ikke store økonomiske konsekvenser at en av ektefellene lever på trygd, men i familier med bare en inntekt er det vanskelig å greie å forsørge familien med trygd.

Besøk i hjemmene ga også et inntrykk av sosial status. Det var bare en av informantene som jeg vil si bodde fattigslig. De andre hjemmene jeg besøkte var hjemmekoselige, ryddige og funksjonelle og bar preg av at de som bodde der brydde seg om hjemmemiljøet og hadde satt sitt personlige preg på hjemmet. Det hang bilder av barn og familie på veggene. Fotballen lå på plenen, ski og sykler sto langs husveggene. Ytre sett – dvs vurdert ut fra hjemmemiljø var det ingen tegn på at barna i disse familiene var utsatt for omsorgssvikt.

Å leve med en psykisk lidelse

Det er vanskelig å vurdere og forstå hvilken belastning det er for en person å leve med en psykisk lidelse eller hvordan det er for ektefelle og barn å leve sammen med en person som har en psykisk lidelse. Intervjuene har gitt meg innsikt i at jeg, og andre friske verken har evne eller mulighet til å forstå eller sette oss inn i hvordan de som sliter med psykiske lidelser har det – ”*hvor svart det svarte er*” som en mor uttrykte det. Det er umulig å vite hva det er uten selv å ha opplevd det. Det har vært en viktig lærdom for meg- å akseptere at den empatien jeg kan føle med de syke foreldrene må bygge på en erkjennelse av at jeg forstår at jeg ikke forstår. Jeg kan høre på historiene deres, se at de har det vondt, men jeg kan ikke vite hvordan de egentlig har det. Jeg kan se og høre hvordan de strever for å strekke til, men jeg kan ikke forstå hvilke krefter de må mobilisere for å orke å gå på et foreldremøte eller lage middag hver dag. For meg er det vanskelig å forstå, og mange av mødrene fortalte at de hadde

problemer med å forstå egne reaksjoner og handlingsmønstre selv. Sykdommen og plagene de følte var ofte uforståelige for dem selv og var derfor vanskelig å snakke om – spesielt i forhold til barna og til personer utenfor familien. En mor sa det slik: *”Jeg har ikke orket å vise de svake sidene – jeg har hatt veldig angst for å vise det, for det er nesten slik at jeg ikke forstår det selv”*.

I forhold til mange andre kroniske lidelser er det noen trekk ved psykiske lidelser som jeg vil trekke fram. Det spesielle ved denne typen lidelse er at det ikke er synlige, kroppslige plager, men følelser og reaksjoner som ligner vanlig atferd, bare at de blir mye sterkere og mer omskiftelig og derfor ofte oppleves som irrasjonelle. Å være lei seg, oppleve nedstemthet, være sliten, ha vondt i hodet, være redd og engstelig er vanlige reaksjoner hos de fleste av oss, og det kan derfor være problematisk for personen selv og for omgivelsene å skjønne og forstå når handlingsmønstre og følelsesreaksjoner går over til å bli sykelige reaksjoner. I mange av de familiene jeg intervjuet var mødrene ambivalente i forhold til egen lidelse. Språket de brukte for å beskrive sin situasjon var i stor grad preget av hverdagslige begreper som sliten, vondt i hodet, migrene og utbrenthet. Mange fortalte at de hadde problemer med å beskrive seg selv som syke, mens andre hadde stort behov for å definere lidelsen som en sykdom, fordi det ga en forklaring og legitimitet til deres atferd. Psykiske lidelser er vanligvis preget av store svingninger, som innebærer at livet i lange perioder oppleves som godt og normalt, mens det i andre perioder er vanskelig å fungere normalt.

Det å få en psykisk lidelse er en prosess som det tar tid å akseptere. I forkant av den første innleggelsen har det for noen vært år hvor de har følt at de ikke har fungert, eller har fungert dårlig, så kommer innleggelsen som det første synlige tegnet for omgivelsene, så følger en tid med oppturer og nedturer og så gjerne aksepten på at de må tre ut av arbeidslivet. I tre av familiene jeg intervjuet mente hovedinformanten at de fungerte bra i dag og hadde små plager. Disse personene

var enten i arbeid eller på vei tilbake til arbeid og betraktet seg selv som tilfrisknende og snakket om framtiden som friske. Angsten for tilbakefall var tilstede, men deres identitet og forståelse av sykdommen var at det var noe som gikk over og at det normale livet ventet på dem. De andre informantene hadde også håp om at de periodevis kunne leve gode liv- eller at det en gang i framtiden ville få det godt, men sykdommen hadde gjort at de hadde måttet revurdere sine framtidsplaner og gjøre endringer i sitt hverdagsliv. For mange har det vært en lang prosess fram mot å erkjenne at hverdagslivet må endres.

Mange av mødrene hadde opplevd at det å få en kronisk sykdom hadde ført til uføretrygd og til tap av inntekt og sosial tilknytning. I sosiologisk forskning om hvordan kronisk sykdom påvirker hverdagslivet til den som er syk, vises det hvordan mennesker prøver å redusere usikkerheten, hvordan de utvikler strategier for å omskape sine liv og hvordan de til tross for sykdommen forsøker å leve så normalt som mulig. Stadig streben etter å normalisere livet ses ofte som et gjennomgående mønster ved kronisk sykdom (Roth og Conrad 1987, Goffman 1975). I barnefamilier er kravene til mors innsats nærmest umettelige og ubønhørlige for å bruke Sverre Lysgårds begreper på en annen kontekst. Sykdom tvinger ofte fram en reorganisering av gjøremål og at en må redusere på de krav og forventinger en har til livet. Skillet mellom hva en må gjøre og hva en kan gjøre blir tydelige. Sosial omgang med slekt og venner blir derfor ofte noe som blir lett å "selge ut" fordi det er en aktivitet som ikke er nødvendig for å få dagliglivet til å gå rundt. En mor sa det slik: ” *Vi har mer enn nok med å få det til å gå rundt – vi har lite overskudd til å ha kontakt med andre*”. Dessuten var sosial tilbaketrekning en strategi for å holde sykdommen under kontroll og skjult for omgivelsene.

Ektefellen som medspiller eller motspiller

Ektefellene som levde sammen med den syke personen opplevde ofte en ekstremt belastende omsorgssituasjon. Ikke bare må han/hun tre inn i forhold til å barna, men ektefellen krever ofte også omsorg, støtte og trøst og forståelse. Ofte førte lidelsen til at det blir konflikter mellom foreldrene – enten fordi den syke personene er helt urimelig i sine krav eller væremåte, eller fordi ektefellen har problemer med å forstå å akseptere at den andre personen er syk. Definisjon av lidelsens karakter som sykdom er ikke noe den enkelte gjør alene, men det foregår i samspill med andre og blir ofte et forhandligstema mellom ektefeller. En mor fortalte det slik: ”*Jeg tror han (ektemannen) har skjønt at jeg har vært syk lenge før jeg selv skjønte det. Jeg vil heller si at jeg har vært sliten. Jeg har hatt problemer med å definerer det slik, men han har sagt at nå må du gå til legen, nå må du sykmelde deg, han har skjønt det mer*”. Andre mødre hadde erfaringer med ektefeller som viste liten forståelse for deres situasjon, og anklaget dem for å ligge på sofaen. For disse mødre ble det ofte viktig å selv definere seg som syke. ”*Jeg kunne ikke bukke under før jeg var så deprimert og sliten at jeg måtte inn. Det forstod ikke mannen min. Han har alltid bare gjort narr av meg*”.

I grove trekk kan vi si at ”den andre forelderen” i mitt materialet kan inndeles i to grupper etter hvordan de betraktet sykdommen og etter hvordan den syke opplevde støtte fra ektefellen. Den ene gruppen var de ektefellene som hadde liten forståelse for ektefellens sykdom som medførte at de i begrenset grad gikk inn og kompenserte for manglende foreldrefungering, at de klaget på ektefellen ikke gjorde jobben sin. Dette medførte ofte mye kranling mellom ektefellene, som igjen skapte usikkerhet for barna.

I andre familier har ektefellene fungert som støttepersoner for den syke og også kompensert for den manglende omsorgen mor kan gi til barna i perioder hvor hun har fungert dårlig.

Far har gått på foreldremøter, vært med på fotballturneringen, håndballturneringer og musikkstevner. Også i mange av disse familiene har det vært store familiekonflikter, men flere av informantene forteller om at de har fått hjelp av terapeuten til å sortere og kanalisere følelser slik at ektefellene har blitt spart for belastninger. Andre forteller at den støtte som ektefellen har gitt har ført til at de har kanalisert sin frustrasjon på mannen og kanskje spart barna:

”Og jeg har tatt masse ut på mannen min, jeg tror jeg har tatt mer ut på han enn på barna. Vi har kranglet fryktelig mye. Jeg har vært helt urimelig mot ham. Jeg har beskyldt ham for alt som har vært mine problemer- slik man gjør når man har problemer. Men vi er fortsatt gift og han har vært en veldig støtte for meg, snakket med meg, trøstet meg, klappet på meg og sittet hos meg. Vi har hatt mange kvelder – hvor jeg ikke har fått sove og jeg har virret rundt og jeg har grått og han har sittet der og balansert det med at han skulle på jobb dagen etter”.

De familiene jeg intervjuet, hvor mor eller far levde aleine uten ektefelle var ikke den psykiske lidelsen eller symptomene den medførte gjenstand for diskusjon eller tema i familiene – og det medførte at barna i disse familiene ofte visste enda mindre om mors eller fars lidelser enn i familiene med to foreldre. I de familiene hvor det var to foreldre ble ofte sykdommen diskutert på godt og vondt, det var diskusjoner som skapte krangler og diskusjoner som kunne fungere konstruktivt. Mange foreldre fortalte at barna deres uttrykte redsel og frykt for at foreldrene skulle skilles. I eneforsørgerfamiliene slapp barna å høre diskusjoner mellom ektefellene, men siden lidelsen ikke var gjenstand for diskusjon, var sjokket ofte større for dem når lidelsen tilspisset seg og mor eller far ble kjørt av gårde til et psykiatrisk sykehus.

Å fortelle eller ikke fortelle

Psykiske lidelser er diffuse og vanskelige å forstå og er fortsatt tabubelagt og forbundet med skam og stigmatisering. Det fører med seg mye hemmeligholdelse og stadig avveininger av hvor mye familien skal involvere det nære nettverk og omgivelsene i forhold til de problemer familien strir med og dilemmaer i forhold til hvor mye og hva de skal fortelle til barna. I følge Charmaz (1997), som har forsket på hvordan det er å leve med en kronisk sykdom, er sykdom for mange noe privat som en helst unngår å snakke om. I følge henne er sykdom for mange like privat som sex og privatøkonomi.

Sykdommen er noe en unngår å snakke om for å bevare sin identitet og omdømme. Når kronisk syke, og kanskje spesielt personer med psykiske lidelser åpenbarer sin sykdom og sin behandling, risikerer de alltid å få reaksjoner de ikke ønsker seg. Et av hovedpoengene som kan trekkes ut av Charmaz (1997) studier er at sykdom for de fleste er en privat familieaffære og at den syke arbeider hardt for å holde sykdommen ”contained”, dvs å lukke sykdommen inne. Å fortelle om sykdommen kan innebære at en avslører sin sårbarhet og avslører diskrediterende informasjon om en selv – og hva man skal fortelle og hvor mye man skal fortelle handler i stor grad om kontroll over identitet og om kontroll over eget liv (Gofmann 1976).

Skamfølelse over sykdommen og over å være unge uføre var et gjennomgangstema i mange av foreldrenes historier. Personene jeg snakket med hadde ulike strategier for hvordan de forsøkte å bevare sin selvrespekt. Noen forsøkte å være åpne om sykdommen og fortalte til omgivelsen og nære venner at de hadde vært innlagt. En ung mor svarte slik da jeg spurte om hun snakket om at hadde vært på psykiatrisk sykehus:

”Ja, jeg forteller det, fordi da jeg kom ut følte jeg meg så skamfull, mindreverdig, så utenfor, så liten at jeg omtrent ikke turde å gå i butikken. Så jeg følte at jeg måtte gripe fatt i stoltheten min, at jeg nesten måtte være åpen om det for å greie å respektere det selv. Det er ikke sånn at jeg går rundt og snakker om det til alle, men når noen spør hva jeg har gjort i sommer, så svarer jeg jo at jeg har feriert på... (navn på psykiatrisk sykehus”).

Andre hadde motsatte strategier. De arbeidet hardt for å holde sykdommen skjult. En mor som forsøkte å være åpen om sykdommen i familien fortalte:

”Jeg forteller det (at jeg har en psykisk lidelse) ikke til noen – og når folk spør om jeg jobber, da sier jeg at jeg har permisjon fra jobben. Jeg forteller ikke engang at jeg er uføretrygdet. Sånn sier jeg fordi jeg føler at det blir så mye fordommer rundt det. Jeg ser jo frisk ut og gjør mange andre ting som andre gjør”.

Dilemma om hva man skal fortelle, hvor mye en skal fortelle og hvordan man skal fortelle handlet om kontroll over identitet, informasjon og eget liv (Charmaz 1997). Mange av informantene mente at deres psykiske lidelse hang sammen med traumatiske hendelser i livet deres, som de ikke hadde lyst til at andre skulle få kjennskap til. Hvis de fortalte om sine psykiske plager måtte de også avsløre nedverdiggende hendelser tidligere i livet. For andre var sykdommen, plagene og egne handlingsmønstre så uforståelige for dem selv at de valgte å ikke å fortelle andre om dem. Noen følte seg tvunget til å fortelle noe til omgivelsene om plagene sine fordi de var synlige for omgivelsene pga innleggelse. Andre foreldre mente det var viktig at familiens nærmeste og kanskje spesielt barnas lærere eller førskolelære ble informert når mor eller far ble lagt inn på psykiatrisk sykehus, slik at de kunne følge med om barna fikk spesielle reaksjoner. De fortalte det de følte de måtte fortelle, men i nesten alle familiene ble sykdommen og lidelsen betraktet som privat, og det medførte at omgivelsene hadde lite innsyn i hva familiene strevet med.

Felles for alle familiene jeg snakket med var at de uavhengig av sykdommens karakter og varighet opplevde det som svært vanskelig å snakke med barna om lidelsen. Barnas behov for beskyttelse og trygghet var argumenter flere foreldre brukte for å forklare hvorfor sykdommen i liten grad var samtaletema med barna. Mange foreldre mente at barna ikke hadde mulighet til å forstå og at de ville bli redde og utrygge dersom lidelsen ble snakket om. Noen barn fikk først informasjon om lidelsen etter at mor eller far hadde blitt innlagt på psykiatrisk sykehus, mens andre trodde mor var innlagt på et somatisk sykehus.

For å beskytte barna forsøkte alle de syke foreldrene å skjule sin smerte og angst for barna, samtidig visste de at barna på forskjellige måter merket lidelsen. I foreldrenes fortellinger går det igjen som en rød tråd at de følte seg maktesløse og usikre på i hvilken grad og på hvilken måte de skulle snakke med barna om lidelsen. Gjensidig taushet er beskrivende på hvordan kommunikasjonen om sykdommen og hendelser knyttet til sykdommen var mellom foreldre og barn i nesten alle familiene jeg intervjuet. Det medførte at sykdommen i liten grad ble gjort til gjenstand for refleksivitet i familiene. Flere av foreldrene som hadde forsøkt å snakke med barna sine, fortalte at barna trakk seg unna og ble tause når foreldrene forsøkte å snakke med dem om det. Og det var heller ikke lett for foreldrene å gi gode forklaringer på en del av de hendelsene ungene deres hadde opplevd. Det er ikke lett å forklare barn som finner mor blodig på badet, hvorfor mor skjærer seg – og det er heller ikke lett å gjøre barna trygge på at du ikke trenger å være redd for at mor skal dø, dersom mor etter flere selvmordsforsøk ønsker å dø.

Noen av foreldre fortalte at de hadde fått hjelp fra behandlere i voksenpsykiatrien til å snakke med barna. Enten ved at en fra sykehuset hadde kommet på hjemmebesøk eller at barna var blitt innkalt til samtale på sykehuset. Denne hjelpen var foreldrene takknemlig for. De mente det var bra for barna å få

informasjon fra noen utenforstående og at noen kunne hjelpe barna ”å sette ord på det”, som en mor sa.

Foreldrene hadde et ambivalent forhold til hva de mente barna burde vite. De ønsket å skjule sine plager, sin smerte, sin selvskading og selvmordsforsøk for å beskytte barna og seg selv, samtidig som de mente at i alle fall de største barna burde få noe informasjon om sykdommen og traumatiske hendelser de hadde opplevd. Den informasjonen greide de i liten grad å gi selv. En mor sa;

” for tenk så mye vi vet om det – så mange som har sagt det til oss at vi må snakke med barna – og så lite vi gjør. For det er så vanskelig å ta det opp med barn: husker du da mamma skar seg opp? La oss slippe det, for vi vegrer oss, og barna sier ikke noe”.

Familieliv

Trekk som beskriver det moderne familielivet gjelder også for de fleste av familiene jeg har intervjuet. Barna oppholdt seg store deler av dagen på andre sosialiseringarenaer enn i familien. De mindre barna i alle familiene gikk enten i barnehage eller på skole og SFO (skolefritidsordningen).⁹ De større barna gikk på ungdomsskole og videregående skole. Barna som var i skolealder var aktive i ulike typer fritidsaktiviteter. Noen var speidere, spilte i musikken, spilte fotball, sang i kor, gikk på turn, på dans eller drev med ridning. Kort sagt var barnas hverdag slik Frønes (1994) beskriver som den moderne barndom. Barnas liv var preget av organisering; aktiv deltakelse i mange organiserte fritidssystemer, og av

⁹ I syv av familiene hadde barna fått barnehageplass som hjelpetiltak fra barnevernet.

Foreldrene var i hovedsak glade for tilbudet. Siden hjelpeapparatets rolle som hjelp og støtte til familiene ikke er tema i denne artikkelen, drøfter jeg ikke hvordan foreldrene mottok tilbudet. I denne sammenheng er det et poeng å vise at familiene i stor grad lever som normalfamilier, uavhengig av hvordan ordningen har kommet i stand.

individualisering; dvs. barna lever et liv i barnehage, skole og i organisasjoner der de blir behandlet som individer.

De fleste familiene jeg intervjuet hadde tre eller fire barn. Flere av familiene har to kull barn. I åtte av familiene var mor eller far alene med hovedomsorgen for barna. Jeg har selv tre barn i småskolealderen og vet at det er krevende og arbeidsomt å få dagliglivet til å gå rundt med jobb, lekser for ungene, fritidsaktiviteter og egne interesser. Det er slitsomt selv om vi er to voksne som deler jobben ganske likt, og begge er friske. Og jeg kjenner igjen historiene som mange av mødrene forteller – om alt de må passe på og huske - om barna som skal ha skidag, skal ha med seg pølser, vedkubber og grillspydd fordi de har friluftsdag på skolen. Jeg har selv problemer med å få alt puttet ned i de riktige sekker – huske votteskift, varme klær og hva det skal være. Det er ikke en dag i året det er slik – alle de dagligdagse gjøremålene som hver for seg ikke er så omfattende – men som til sammen blir et puslespill som krever god planlegging og oversikt. Flere av de mødrene jeg snakket med omtalte seg selv som ”sofa – mennesker”. De hadde periodevis store problemer med å mobilisere krefter til å komme opp av sofaen – og de skal orke det samme som oss andre – og de gjør det til dels. Men de bruker opp det lille de har av arbeidskapasitet til praktiske gjøremål – for som flere sa:” *Når det er så kaos inni meg, må jeg i alle fall ha orden rundt meg – og selv om jeg har problemer, skal de i alle fall ikke synes på ungene mine*”.

De fleste mødrene greier det daglige praktiske arbeidet, selv om det ofte oppleves som et slit, men de gjør det. En mor som nylig var blitt uføretrygdet og som nå følte at hennes situasjon hadde bedret seg sa det slik:

”Jeg har vært veldig, veldig sliten. Nå som livet har blitt roligere, så ser jeg hvor lite overskudd jeg har hatt til mine barn. Jeg har jo stelt dem, ordnet ting, laget mat og lest bok på restene – på stumpene, jeg har gått sånn på reservene hele tiden”.

De forteller at de har gjort det de må gjøre, men at de periodevis har hatt så mye å stri med sjøl at de har hatt følelsen av å ikke være tilstrekkelig tilstede for barna. Husarbeidet og omsorgsarbeidet er periodevis et ork. En alenemor sa det slik: *”Jeg har fungert tilsynelatende normalt, men det har skortet på glede – jeg greide ikke mer liksom, det var akkurat den gleden jeg ikke greide å gi henne. Det daglige greide jeg”*.

Gjennomgående i mødrenes fortellinger ligger det at de strever. Noen mødre var flinkere til å definere egne behov, og arbeidet for å legitimere overfor barna og ektemannen at de måtte hvile. Men de aller fleste strevde med å holde hus og hjem i orden og de strevde med å være gode omsorgspersoner. De hadde høye idealer om hva det innebærer å være gode foreldre. Mange av mødrene fortalte at de mobiliserte alle kreftene de hadde på å fungere så godt som mulig og på den måten selv var med på å usynliggjøre sine plager – eller de ”gikk til de stupte”, som en sa. Dette stadige strevet med å være god nok førte til at alle mødrene ga uttrykk for at de hadde dårlig samvittighet overfor barna og at de følte seg utilstrekkelige som foreldre: *”Jeg føler meg mislykket som mor og menneske”* var et utsagn som er typisk for mange av mødrenes syn på sin rolle.

Omsorg og bekymring

Alle familiene jeg intervjuet var svært engasjert i omsorgsoppgaver for barna og barnas ve og vel. I den grad man kan trekke noe generell kunnskap ut fra de intervjuene jeg har gjort, framstår foreldrenes prioritering av arbeid med barn og bekymring for barna som et markant hovedtrekk ved alle familiene. På den måten var de som de fleste normale moderne familier. Barna hadde førsteprioritet. Sykdommen hadde konsekvenser for mange av de syke foreldrenes sosiale deltakelse utenfor familien, men som en enslig mor sa:

”Depresjonen og angsten har ikke forhindre meg i å gå i butikken å kjøpe mat, for barna må jo ha mat, men den har forhindre meg i å gjøre ting som er hyggelig for meg selv, som å gå på kino og treffe venner. Det har jeg nesten aldri gjort.”

Samtalene med foreldrene viste at når det gjaldt barna, mobiliserte foreldrene alle sine ressurser. De tok ut de siste rester av krefter på omsorgen for barna - det var som om det var det siste de ville gi opp. I mitt materiale har jeg små og store fortellinger som illustrerer dette poenget. Det kunne dreie seg om mindre dagligdagse hendelser som en mor som ikke orket tanken på å være med døtrene på overnattingstur med musikkorpset. Faren hadde ikke anledning til å være med pga. arbeid. Faren i familien tok kontakt med en nabofamilie og spurte om hjelp. Faren i nabofamilien tilbød seg å kjøre bilen for moren og hjelpe henne med ungene på turen, og moren ble med.

En annen av foreldrene fortalte meg om at det siste han gjorde før han ble innlagt på psykiatrisk sykehus var å forsøke å hjelpe sin sønn ut av en mobbesituasjon på skolen. Denne historien er ikke typisk for familiene fordi denne faren, som nylig var blitt enkemann, hadde en ekstremt belastende omsorgssituasjon. Historien viser imidlertid innsatsen mange foreldre er i stand til å yte overfor sine barn, til tross for at de føler at de står rett foran stupet selv. Faren fortalte at sønnen hans nektet å gå på skolen på grunn av mobbing. Faren hadde tatt dette opp med læreren og tilbudt seg å komme til sønnens klasse og snakke med klassen om guttens situasjon og forsøke å ordne opp på vegne av sønnen. Faren og læreren diskuterte mobbesituasjonen med klassen. Deretter forlot faren skolen og ble frivillig innlagt på en akuttavdeling ved et psykiatrisk sykehus samme kveld. Denne historien er ikke ment som en fortelling om foreldrenes omsorgsevne, men den forteller mye om foreldrenes omsorgsvilje. Til tross for at de sliter med alvorlige psykiske lidelser mobiliserer de ressurser

for å hjelpe, støtte og skjerme barna sine, og de bruker mye tid og krefter på omsorgsarbeid.

De bruker også mye og kanskje mer tid enn andre foreldre på å bekymre seg for barna. De bekymrer seg for at de ikke strekker til som foreldre, at de ikke er gode nok foreldre fordi de i mindre grad enn andre foreldre orker å følge ungene på fritidsaktiviteter. De har dårlig samvittighet fordi de trenger mye hvile og gråter mye eller fordi sykdommen har medført traumatiske hendelser for barna. Dårlig samvittighet for barna var et gjennomgående trekk spesielt hos mødre som hadde psykisk lidelse. Dårlig samvittighet er et trekk som preger mødre i moderne familier, men i normalfamilier uten spesielle belastninger er skyldfølelsen, slik den beskrives i forskning, knyttet til at foreldrene ikke har nok tid med barna pga. egen yrkeskarriere og barnas aktiviteter. Foreldrene forsøker derfor å kompensere for fraværet ved å aktivt være sammen med barna i fritiden (Bäck-Wicklund 1999, Kristjansson 1999). Mitt materiale tyder på at mødrenes skyldfølelse i liten grad var knyttet til tidsaspektet. Mødrene var mye hjemme fordi de var langtidssykmeldte eller oftest uføretrygdet. Skyldfølelsen var heller knyttet til en utilstrekkelighetsfølelse i forhold til å være gode nok mødre for barna og gi barna det de trengte.

Flere av mødre fortalte at de opplevde at barna var engstelige og utrygge, stadig på vakt. Nesten alle foreldrene, som hadde flere barn, la vekt på at barnas reaksjoner på familiesituasjonen ofte var svært ulik og at det innebar at foreldrene måtte møte barna på forskjellig måte. Foreldrene var bekymret fordi de mente at barna deres hadde skyldfølelse for at de selv er syke: Har jeg gjort noe nå som gjør at mamma gråter? Gråter mamma fordi vi har sloss – vi må være stille – ikke forstyrr mamma nå. Dette var i følge foreldrene vanlige reaksjoner hos barna. En mor som hadde vært mye ut og inn av psykiatrisk sykehus fortalte om en episode en gang hun selv hadde hatt angstanfall og grått

mye. Døtrene hadde sittet på hver sin side av senga og holdt moren i hånda og grått de også. De hadde prøvd å trøste moren og sagt ”det er vår skyld mamma”. I slike situasjoner er det ikke lett å være mor. På den ene siden skal du forsøke å håndtere egne problemer, og på den annen side skaper samtidig barnas reaksjoner nye bekymringer og skyldfølelse hos mødrene.

Mødrenes bekymring for at barna skulle ta skade av å ha en psykisk syk mor, førte til at mødrene la opp strategier for å skjerme barna. Følgende utsagn gir et bilde av hvordan mange av mødrene opplevde sin situasjon og håndterte sykdommen: *”Jeg er så redd for å skade datteren min, at jeg ikke er en god nok mor, at hun skal merke at jeg har nerver og få skade av det. Jeg har alltid prøvd å beskytte henne – jeg tar meg så kraftig sammen at når jeg har lagt henne, da kommer reaksjonen”*. Mødrene mobiliserte alle krefter mens barna var tilstede og falt sammen når de hadde tid for seg selv. En alenemor fortalte at hun tok ut depresjonen i helgene, mens barna var hos faren. Andre mødre fortalte at de gikk på do når de gråt, at de gikk med gensere med lange armer om sommeren for å skjule at de skar opp armene sine. Til tross for arbeidet med å skjule sykdom og plager var de fleste mødrene klar over at barna skjønnte at det var noe i veien med dem. Noen ganger ble sykdommen eller plagene så påtrengende at de var umulig å skjule dem for barna.

Avslutning, tema for videre diskusjon

Dagliglivet i småbarnsfamilier hvor mor eller far har en psykisk lidelse er på mange måter likt livet i såkalte normal familier. Hverdagen er strukturert av barnas behov og foreldrenes oppmerksomhet er i stor grad rettet mot barna og barnas velbefinnende. Foreldrene stever med å være gode nok foreldre og gi barna trygge oppvekstvilkår. Barna er aktive deltakere på ulike arenaer og i

ulike fritidssysler slik andre barn er. Familiens kontakt med det sosiale nettverk synes likevel å være mer begrenset enn i såkalte normalfamilier og sykdommen førte ofte til konflikter mellom foreldrene.

Viktige fellestrekk i alle familiene var foreldrenes prioritering av barna og barnas behov for omsorg. Kanskje nettopp fordi barna var sentrum i foreldrenes liv, strevde spesielt mødrene med dårlig samvittighet for barna og med mye skyldfølelse for at de ikke alltid greide å være gode nok mødre. Skyldfølelsen og utilstrekklighetsfølelsen kan henge sammen med og bli forsterket av trekk som regnes som viktige i det moderne samfunn, nemlig psykologiseringen av barndommen. I følge Kristjansson (1999, s.140) har barne- og utviklingspsykologien ensidig formidlet bilder av barndommen som avgjørende for hele livet. Normene for god barneoppdragelse hentes fra barne- og utviklingspsykologiens forståelse av barndommen, hvor barnets erfaring de første leveår er avgjørende for barnas videre oppvekst, som roten til alt ondt og alt godt, kort sagt til hvordan det går med barna senere i livet. Med disse oppdragelsesnormene i bakhodet og med viten om at nesten alle mødrene jeg intervjuet selv hadde opplevd vanskelige barndommer med vonde hendelser, som de selv mente delvis kunne forklare egne problemer, så er det kanskje ikke så underlig at de var bekymret for egne barns oppvekstvilkår.

Ambivalens og usikkerhet i forhold til hvor mye barna skulle få vite og involveres i mors eller fars lidelser var noe alle familiene strevte med. Ønsket om å beskytte barna var overordnet, samtidig som foreldrene var klar over at sykdommen hadde konsekvenser for barna og at barna hadde behov for forklaring på vanskelige hendelser. Foreldrene følte seg hjelpeløse i forhold til å kommunisere med barna om sykdommen og hendelser knyttet til den, og det førte til omskriving av problemer og til hvite løgner, og til at barna ofte manglet et språk og forståelse for den situasjonen de selv opplevde.

Familiene var på mange måter ensomme i sin bekymring for barna. Sykdom blir sett på som et privat anliggende og noe som burde skjules for omverden. De fleste foreldrene jeg snakket med hadde i liten grad reflektert over at det offentlig hjelpeapparat kunne bidra til å hjelpe familiene med omsorgsoppgaver. Hemmeligholdelse førte også ofte til at det var vanskelig å be om hjelp og støtte fra det private nettverket, og for andre å tilby hjelp. I tillegg kommer at mange hadde et problematisk forhold til den nærmeste familien som medførte at hjelp fra familien ikke ble vurdert som alternativ. Mødrene ønsket å holde fasaden og vise seg som gode nok mødre. For mange av dem som var blitt uføretrygdet, var rollen som mor deres viktigste sosiale posisjon og av den grunn var viktig å vise at de kunne mestre.

Det sentrale spørsmålet er hvilken kunnskap vi kan trekke ut av hverdagslivshistoriene til familiene. Hjelper historiene oss i forhold til å peke på noen områder hvor det offentlige velferdssystem kan bidra med å hjelpe og støtte familiene og peke ut hvilke innsatser som vil være god hjelp for familiene? I denne sammenheng skal jeg bare kort antyde noen forhold jeg mener er vesentlige for å utforme god hjelp¹⁰. Samtalene med foreldrene har lært meg at foreldrene selv i liten grad etterspør offentlig hjelp og støtte. De anser omsorgsoppgaver og ivaretagelse av barna som et anliggende for familiene selv. De strever og er bekymret for barnas sine, men de har få konkrete tanker om hvordan andre kan hjelpe dem. Dersom hjelpeapparatet skal kunne hjelpe familiene må de være på tilbudsiden, og motivere familiene til å ta i mot hjelp. Og de må tilby hjelp som bygger på foreldrenes bekymring for ungene. Foreldrene trenger å komme i dialog med noen om sin foreldrerolle. De trenger også at noen gir barna nøktern og saklig informasjon om sykdommen og støtte til å få etablert en konstruktiv dialog med barna. Dette er etter min mening

¹⁰ Dette tema skal jeg jobbe videre med i doktogradsarbeidet mitt.

avgjørende for å bryte den gjensidige tausheten som eksisterer mellom foreldrene og barna om psykiske lidelser. En dialog kan hjelpe barna, men kan også bidra til å hjelpe foreldrene ved at de får satt ord på egne bekymringer og skyldfølelse.

For noen familier ville også praktisk hjelp i huset vært til god hjelp. Mange mødre brukte opp det lille de hadde av arbeidskapasitet til praktiske gjøremål og hadde lite overskudd igjen til å gi ungene varme, nærhet og glede. Noen timer hjelp om dagen for å få ungene av gårde på skolen og hjelp til å vasking og rydding – rett og slett en god gammeldags husmorvikar - ville vært til god hjelp. Mange av mødrene trenger ikke veiledning og hvordan de skal være gode mødre – de vet det, men får det periodevis ikke til. Hvis de hadde fått praktisk hjelp i dårlige perioder, kunne de fått hvilt og slappet av og sluppet å nå bunnen hver gang. Da kunne kanskje ungene bli spart for noen av de vonde hendelsene.

Det finnes imidlertid ikke universelle løsninger. Hver familie har sin unike historie, sine måter å møte problemene på og ulike muligheter til å mobilisere resurser og støtte til familien på. Noen familier har behov for omfattende hjelp og får det, mens andre greier seg med lite. Hvem som bør gi hjelp, hva foreldrene vurderer som god hjelp og hvilke erfaringer ulike deler av hjelpeapparatet har med å gi familiene hjelp er tema jeg vil diskutere videre i mitt doktorgradsarbeid.

Referanser

- Andenæs, A (1996): *Foreldre og barn i forandring*. Pedagogisk Forum. Oslo.
- Andenæs, A (2000): Generalisering: om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse. I Haavind, H.(red): *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo. Gyldendal forlag.

- Bäck-Wicklund, M.(1999): Moderne moderskap: I Dencik, L. og Schultz Jørgensen, P. (red): *Børn og familie i det postmoderne samfund*. Hans Reitzels Forlag. København.
- Charmaz, K (1997): *Good days. Bad days. The self in chronic illness and time*. Rutgers University Press. New Brunswick, New Jersey.
- Cleaver, H., Unnell, I., og Aldgate, J (1999): *Children's needs- parenting capacity. The impact of parental mental illness, problem alcoholic and drugs use, and domestic violence and children's development*. London: Department of Health. The Stationery Office.
- Dahl, G. H.(1998): Med mor eller far på psykiatrisk afdeling. *Tidsskriftet Sykepleier*. Nr.18, s.49-53.
- Denick, L.(1999): Små børns familieliv–som den formes i den udenomsfamiliære børneomsorg. Et komparativt nordisk perspektiv. I: Dencik, L., og Schultz Jørgensen, P. (red): *Børn og familie i det postmoderne samfund*. Hans Reitzels Forlag. København.
- Doesum, K. Van., (1999): *Children of parents with psychiatric problems*. Notat utdelt på Third European EUFAMI Congress. Stockholm 8-10 oktober 1999.
- Dreihammar, I, Bergmann, K.(1999): *Barn til psykiskt sjuka föräldrar*. Stockholm. Socialstyrelsen: 1999-03-11.
- Glavind Bo, I., Kristiansen, S.(1997): *Børn av psykisk syge forældre 1. Problemer og læring i forsøgsprojekterne*. Forskningsgruppen Arbeidslevemiljøet, Aalborg Universitet Dafolo Forlag.
- Glavind Bo, I., Kristiansen S.(1999): *Børn av psykisk syge forældre 2. Når familier fortæller*. Forskningsgruppen Arbeids-levemiljøet, Aalborg Universitet Dafolo Forlag.
- Frønes, I.(1994): Barndom og barns levekår: I Evans, T., D., Frønes, I. og Goffman, E (1975): *Stigma*. Danmark: Gyldendals samfundsbibliotek.

- Halsa, A (2000): *Oppdagelse av de usynlige barna – hvorfor barn av psykisk syke foreldre er blitt et tema i tiden*. Paper til vitenskapsteori i samfunnsfag. NTNU.
- Hestmann, E., Vikan, A., Huseby T. (1995): Psykiatriske pasienters barn – hva gjøres? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 23: 2891-2.
- Hetherington, R., Baistow, K., Johanson, P, Mesie, J (2000): *Professional Intervention for Mentally Ill Parents and Their Children. Building an European Model*. Centre for Comperative Social Work Studies. Brunel University.
- James, A., Jenks, C., Prout, A. (1998): *Theorizing Childhood*. Polity Press. Cambridge.
- Kjølsrød, L.(red): *Velferdssamfunnets barn*. Ad Notam. Gyldendal. Oslo.
- Kristjansson, B. (1999): Nogle erfaringer fra en nordisk undersøgelse av børns oppvækstvilkår. I: Dencik, L., og Schultz Jørgensen, P. (red): *Børn og familie i det postmoderne samfund*. Hans Reitzels Forlag. København.
- Kufås, E., Lund, K., Myrvoll, L. R (2001): *Hvordan sikre et barneperspektiv når mor eller far er innlagt i en voksenpsykiatrisk akuttavdeling*. Prosjektrapport; Pasienter har også barn. Blakstad sykehus.
- Natvik Aas,H. (1996): *Levekår blant mottakere av grunnstønad. En beskrivelse av de med dårligst levekår*, Oslo: Sintef Unimed.
- Parment, G. (1999): *Studier om Barn till psykiskt sjuka föräldrar. En litteraturgenomgang*. Socialstyrelsen. Artikelnr: 1999-00-048.
- Roth, J.A., Conrad, P. (eds)(1987): *Research in the Sociology of Health Care. A Research Annual. The experience and Mangement of Chronic Illness*. Jai Press, Vol 6.
- Sandvin J.T, Söder M.(1998): Fullt og helt eller stykkevis og delt? En sammenligning av HVPU-reformen og nedbyggingen av institusjonsplasser i psykiatrien. *Tidsskrift for velferdsforskning* Nr. 1.

Skerfving, A.(1996): *Barn til psykisk störda föräldrar – Sårbarhet, risker og skyddande faktorer. En kunnskapssammanställning. Fou-enheten/psykiatri.*
Västra Stockholms Sjukvårdsområde.

Solberg, I.J.(1994): *Kvar vart det av barna? En studie av behandlarane sitt syn på barn og foreldrerollen i vaksenpsykiatrien.* Universitetet i Trondheim. Sosialt arbeid. Social Work Reports 16.

Spukland I.(1999): Psykiatriens barn. *Tidskr Nor Lægeforen* 1999; 4: 488-9.

Svendsen, E.(1998): Barn i psykiatrifamilier- og korleis har borna det? *Embla* nr 1. 1998.

St.meld nr.25 (1996-97): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.*

Ytterhus, B., Almvik, A. (1999): Har kommunen et hjelpetilbud til barn av alvorlig psykisk syke foreldre. *Tidskr Nor Lægeforening* nr.18 1999:119:2667-9.

Optimalt åldrande och vishetsbegreppet

Marika Marusarz

Inledning

Forskning med socialgerontologisk vetenskapssyn för fram bilden av den åldrande människan på olikartat sätt. En dominerande faktor för att uppnå det goda, optimala åldrandet sätts i följande text i relation till vishetsbegreppet. Problemställningen bygger på antagandet att vi ser åldrandet som en livslång process där ålderdomen utgör en integrerad del som i bästa fall mynnar i vishet och eller gerotranscendens. Det är därför av intresse att söka de faktorer som äldre beskriver avseende vishet, och om det finns några skillnader mellan män och kvinnor när det gäller dessa faktorer. I så fall vilka skillnader? I en studie av berättatlistor från Nordiska museet i Stockholm framgår hur det optimala åldrandet framtonar i förhållande till vishetsaspekten.

Bakgrunn

Nordiska museet i Stockholm har i sitt arkiv mer än hundratrettio hyllmeter uppteckningar som är svar på de närmare 450 frågelistor inom olika ämnesområden som regelbundet har skickats ut till intresserade människor sedan

slutet av 1920 - talet. Dessa människor har besvarat och besvarar dessa frågelistor mot mycket blygsamma honorar. Alla svar är inte fylliga, men många är precisa beskrivningar, somliga är personliga, somliga torrt sakliga, en del är korta, en del mycket långa. Frågorna under de första åren ställdes generellt, det vill säga om förhållanden i allmänhet, medan frågorna numera är så person- och sakrelaterade som möjligt. Sammanlagt utgör dessa texter en unik samling, som bildar nordens troligen största folklivsarkiv. Uppteckningarnas antal kan inte anges i exakta siffror, men uppskattningsvis var de (1991) ca 53.000. Dessa uppteckningar består av frågelistorna Nm och Sp med åtföljande nummer. Nm, står för Nordiska museet, och används för de långa och utförliga listorna av övergripande karaktär, medan Sp används för de kortare listorna om speciella detaljer i ett större sammanhang. Antalet Nm listor var 1990, 215 stycken och Sp listorna 223 stycken. Utöver dessa listor finns minneslista för memoarskrivare, som inte ingår i någon av de nämnda serierna, samt ett drygt 30-tal listor som formulerats vid olika upprop om yrkesminnen. Huvudparten av frågelistmaterialet förvaras i själva museibygnaden i Nordiska museet, Stockholm (Österman, 1991).

Frågeställningar och informanter

Följande studie har utgått från de svar som givits i frågelistan Gammal igår, idag och imorgon (Nm 219) på frågorna: Tycker du att du tänker och reagerar annorlunda nu när du blivit gammal och pensionerad. Har du en annan syn på livet nu? Frågorna har konstruerats av Stefan Bohman vid Nordiska museet. Femhundra frågelistor skickas vanligen ut, och ca 200-250 svar inkommer på varje frågelist. Frågelistan (Nm 219) besvarades mellan åren 1992-93 av 232 informanter. Svarsfrekvensen på denna frågelistas frågor varierar. De frågeställningar som hade ett konkret arbetsmoment som skulle beskrivas i ett

perspektiv från dåtid till nutid och framtid tenderade att ha en högre svarsfrekvens än frågeställningar med en etisk, filosofisk människosynsaspekt där färre svarat. De frågeställningar som använts i denna studie besvarades av 65 personer födda mellan 1913 till 1926, medel födelseår och median födelseår för nämnda grupp var år 1920. Målgruppen bestod av 52 kvinnor och 13 män. Dessa personer hade bemödat sig att besvara frågelistans samtliga frågeställningar på ett individuellt, ibland mer eller mindre genomarbetat och seriöst sätt.

Analys

Svaren från Nordiska museet har analyserats med hjälp av fenomenologisk-hermeneutisk metod inspirerad av Ricoeur. Metoden är använd inom omvårdnadsvetenskaplig forskning i Umeå av bl. a. (Söderberg, Norberg, Gilje 1996). I detta sammanhang ses symbol, tolkning och reflexion som tre grundläggande begrepp av betydelse för Ricoeurs symboltolkning. Tolkningen hänger samman med någon form av symbolstruktur, vilket betyder att det finns en dold respektive en given mening, där den dolda meningen endast kan nås via den givna, men där man till en början bara kan närma sig den dolda meningen genom en gissning som först därefter kan prövas. Tolkningen är en nyskapande akt (Ricoeur, 1976, 1993).

Denna symbolstruktur är enligt Kristensson Uggla en förskjutning i Ricoeurs tänkande. Där initialt symboler varit viktiga har det hermeneutiska perspektivet vidgats till ett allt vidare fält, så att tolkningen till slut handlar om alla former av textstrukturer (Kristensson Uggla, 1994). Att tolka är att misstänka och att lyssna, en dubbel ansats som enligt Ricoeur bör präglade all hermeneutik. Hermeneutiken fungerar som förmedling mellan symboliskt språk och rationell begreppslighet, men den fungerar också som en förmedling av en bättre

självförståelse. Människan förstår vad hennes liv betyder och vilka möjligheter livet rymmer genom att tolka de tecken och verk hon lämnat efter sig. Processen blir därmed dubbel: från symbolen till reflektionen och från reflektionen mot symbolen, ett fenomen som ibland beskrivs som en hermeneutisk cirkel (Kristensson Ugglå, 1994).

För att förklara de svar som tydliggörs genom Nordiska museets frågelista har en förförståelse grundad i socialgerontologisk teori använts för att tolka och analysera givna svar. Analysen av svaren på ställda frågor i berättarlistorna har syftat till att tolka och fånga vishetens essens, och att skönja hur människor beskriver vishet.

Analysen har genomförts i tre steg, naiv läsning, strukturanalys och tolkning av helheten. För att uppnå förståelse och fånga textens känsla lästes svaren på ställda frågor i sin helhet. Med utgångspunkt från denna läsning genomfördes strukturanalysen. Strukturanalys innebär att texten bearbetas mening för mening för att bilda koder och subteman som slutligen abstraherades till övergripande teman. Resultaten av den naiva läsningen och strukturanalysen betraktades därefter i sin helhet för att finna textens uttolkade mening.

Den naiva läsningen genomfördes första gången vid datainsamlingen inför studien då nedtecknandet av befintlig arkivdata genomfördes med genomgång av de svar som givits på angivna fråge- och berättarlistor. Svaren gav en överblick av de olika svarsnivåer som återgavs. Den naiva läsningen låg till grund för strukturanalysen. Den naiva läsningen gav vid första påseendet en känsla av olika nivåer i svaren hos respektive respondent.

I strukturanalysen kodades varje respondentens svar på respektive fråga mening för mening. De koder som framkom fördes samman i subteman för att sedan abstraheras till teman. Strukturanalysen genomfördes i en process där de olika stegen från meningsenhet till tema utvecklades. Respondenternas sätt att svara var skiftande. Med hänsyn till de frågor som ställts, de svar som givits och

denna studies syfte har det i analysen varit mer eller mindre befogat att söka subteman och teman.

Varje respondentens svar har delats in i meningsenheter som därefter omformulerats för att underlätta fortsatt bearbetning till koder. Koderna bearbetades sedan för att jämföras inbördes och för att finna gemensamma subteman och teman. Respondenternas texter innehöll olika nivåer av bearbetning vilket väckte frågan om vissa svar var av intresse för denna studie. Efter moget övervägande har samtliga respondenters svar om möjligt analyserats. De metaforer som återfunnits i svaren har identifierades och analyserades. Strukturanalysens olika steg utvecklade subteman och teman. Dessa teman har bearbetats utifrån textens givna frågeställningar och studies syfte. Den slutliga strukturanalysen gav följande nio teman. "Konstant livssyn", "förändrad livssyn", "materiella ting", "självrådande", "personliga egenskaper", "sinnliga värden", "åldrandebegreppet", "ålderdom negativt" och "avtynande & död". Texten lästes om igen i syfte att verifiera och/eller falsifiera de funna temana. I detta steg formulerades den slutliga benämningen på respektive tema. Bearbetningen resulterade i de nio teman som presenteras ovan .

Det övergripande perspektivet i studien handlar om hur man ska kunna skapa något fruktbart av den konflikt där en mängd ord slåss om att säga sanningen om en och samma konkreta verklighet. Enligt Ricoeur hänger en teoriers hållbarhet samman med insikten om dess kompetensområde (Ricoeur, 1993). Varje temas särart och tolkningen förtydligas i följande text.

Teman och tolkning

Tema 1: Konstant livssyn.

Temat är intressant då det synliggör informanter som förefaller leva här och nu, och visar att deras reflektioner över gårdagen och eller morgondagen är gjorda med en gemensam form av avskärmning till ställda grundfrågor. Att i mogen

ålder säga att synen på livet och tankar om livet är de samma kan tyda på individuell stagnation och ett icke reflekterande förhållnings-sätt, men det kan också tyda på motsatsen. En kvinna säger sig till exempel se på världen, djuren och människorna på samma sätt nu som vid fyra års ålder, detta kan innebära såväl en vidgad som avskärmad omvärldsuppfattning. I detta fall tolkat som en konstant livssyn. Att återvända till tidigare utvecklingsstadier Erikson (1986) och omtolka dessa med hjälp av det levda livet, till någonting högre är svårt att finna inom temats ram.

Tema 2: Förändrad livssyn.

Temat refererar förhållandevis många informanter vilket kan ses som en effekt av de ställda grundfrågorna i Nordiska museets frågelista. Detta tema och föregående tema polariserar varandra och fångar mer än hälften av såväl kvinnliga som manliga informanter. Detta innebär att en förändrad livssyn bejakas av fler i förhållande till de som verbaliserar en konstant livssyn. Temat beskriver att sammanhangen i livet tydliggörs, att barndomen framträder, att tiden är mer kostbar än förr, att hälsan är viktig, och att mycket som förr var viktigt inte längre är det, samt att naturupplevelser och tystnad är viktigare än förr. Ändrad livssyn förutsätter eftertanke, en egenskap som Jung (1994) tillmäter den arketypiska gestalt som han kallar den vise mannen. Peck (1956) beskriver ett vägval mellan jagcentrering och jagtranscendens, där det senare innebär att beakta den psykologiska personlighetsnivån där exempelvis ett osjälviskt och generöst leverne är eftersträvansvärt. Att säga sig vara tolerantare mot sina medmänniskor, att leva som om tiden inte är oändlig är några aspekter med inriktning mot jagtranscendens. De hypotetiska perspektivförskjutningar Tornstam (1998) beskriver kan skönjas med en omdefinition av tidsuppfattningarna, där barndomen sägs träda fram tydligare, eller att förändringar inte är märkbara över tid som tidigare i livet.

Tema 3: Materiella ting.

De svar som bildar detta tema inbegriper såväl engagemang i olika sakfrågor som ägande av materiella ting. Vanliga svar är att mycket som förr var viktigt inte längre är det. Inga onödiga inköp görs då livet snart är slut. Personliga kontakter är viktigare än materiella saker och ting. En kvinna uttrycker sitt förhållningssätt så här: *”Jag är inte noga med mattfransarna längre, jag tänker ibland att jag ska börja röja i skåpen så att barnen inte behöver ta vara på så mycket när jag är borta”*. Temat innefattar engagemang i olika sakfrågor med ett icke materiellt intresse. Annorlunda uttryckt materialism betyder relativt lite för nämnda informanter. Enligt Erikson (1985) är visdom en form av osjälviskhet och generositet där fysiskt välbefinnande och dagligt engagemang omdefinieras. De perspektivförskjutningar enligt Tornstam (1997 a,b,c) som kan skönjas är ett minskat intresse för ytliga sociala relationer och ett minskat intresse för materiella ting.

Tema 4: Självrådande.

Flera informanter inom detta tema poängterar en konstant mening och livssyn. Dessa personer lägger vikt vid det positiva i att själv få bestämma över sin dag, att råda sin tid och göra saker i sin egen takt samt att strunta i vad andra tycker och tänker. *”Jag vill, trots saknaden av en livskamrat påstå att jag har ett bra liv, med alla möjligheter att själv bestämma över min tid och vad jag vill göra med den. På något sätt känns det som om tiden rinner i väg allt fortare”*. (Kvinna, född 1914). Uppfattningen av tids- rums- och objektsuppfattningarna ingår som en delkomponent i den kosmiska dimensionen som finns beskriven i teorin om gerotranscendens. Att råda sin tid innebär möjlighet till reflektion, och att sammanföra olika komponenter som i bästa fall innebär integration och en sammanlänkning av de element i livet som passerat, det som Erikson (1986) åsyftar med ego-integritet.

Tema 5: Personliga egenskaper.

I texterna finns känslor som förmedlar personliga egenskaper och karaktärsdrag som inte sammanförs och eller tydliggörs med informanternas syn på livet, till exempel tema ett och två. Dessa känslor som både är livsbejakande och indignerade har sammanställts i temat "personliga egenskaper". Oavsett kön beskriver kvinnor och män dessa känslor i lika hög grad. Här förmedlas känslor som öppenhet, ödmjukhet, större tolerans, mognad med humor och glädje, förståelse av sammanhang, rättvisepatos, en ungdomlig känsla, samt barndomens betydelse. Arbetet är viktigt och tiden är kostbar, samtidigt som det är viktigt att ta dagen som den kommer och att motgångar klaras bättre än förr, själen har så att säga fördjupats. Indignerade känslor finns såsom saktmodighet och glömska. Ungdomsfientlighet, och generationsmotsättningar framtonar hos några respondenter. En bitterhet över livet med fördomsfullhet och aggressivitet över samhällsutvecklingen förmedlas också i detta tema.

Temat förmedlar känslor som är livsbejakande och som kan förklaras med den sista utvecklingskrisen enligt Peck (1956) som handlar om att leva generöst och osjälviskt så den förestående döden inte blir ett hot utan en naturlig del av livet. En känsla av samhörighet med tidigare och kommande generationer kan förklaras utifrån både Erikson (1986) och Tornstam. Enligt de perspektivförskjutningar Tornstam (1994) nämner kan en omdefinition av tids-, rymds-, och objektsuppfattningarna och en minskad grad av självcentrering skönjas.

Tema 6: Sinnliga värden.

Texterna förmedlar vikten av att värdesätta det positiva, att njuta dagen, starka natur och skönhetsupplevelser som berikar, att tystnad värdesättes och att ljud irriterar. Några respondenter tydliggör att tiden går fortare, att spegelbilden är annorlunda, att åldrandets ljumhet och avtrubbade sinnen inte är något positivt, samt att livsfrågor är viktiga. Förhållandevis fler kvinnor än män uttalar sig om

”sinnliga värden”. Kvinnorna beskriver naturupplevelser, glädje, njutning och ett annat känsloliv. Männerna beskriver sinnenas fördjupning och en irritation över störande ljud. Temat är intressant då två oberoende respondenter, en man och en kvinna uttrycker sig med spegeln som metafor. Dessa svar återges mera flödigt här:

(...) ”Även om du är samma människa och kan känna igen din spegelbild så är du annorlunda än du var tidigare. Fårorna i ansiktet var aldrig tidigare så djupa, och förhoppningsvis har även ditt sinnes vishet fördjupats i samma mån, och det är invändigt du har mognat mest. Nu, när jag är gammal, tycker jag att alla yngre är otroligt unga. Åren förändrar perspektivet. Varje årstid har sin tjusning. På samma sätt har varje skede i livet sin skönhet. Jag trivs med åldrandet, aftonstämningen och höstprakten”.(Man, född 1917)

*(...) ”det kan vara med det som när man ser sej i spegeln varje dag, då märker man inte förändringarna. Möjligen har jag givetvis förändrats till det bättre. Skämt åt sido så är jag nog mildare i min bedömning av andra människor nu än tidigare. Tillvarons villkor är nog inte alltid vad det ser ut att vara. “Döm ej genast, stolte broder, fallne kämpen med förakt. Icke väge du den börda ödet på hans skuldror lagt skaldades för många år sedan och de orden gömmer mycket levnadsvisdom anser jag”.
(Kvinna, född 1924)*

Spegeln symboliserar enligt gammal folktradition att avbilden och dess förebild står i magisk korrespondens med varandra. I denna mening kan speglar hålla fast den speglade människans själ eller livskraft. I folklig tradition hängde man undan speglar då en människa dog för att inte fjättra hennes själ vid dödslägret utan underlätta för hennes övergång till det hinsides varande (Biedermann, 1991). I västerländsk ikonografi har spegeln en dubbel betydelse. Å ena sidan avbildas den i händerna på människofientliga sirener och är ett attribut till den personifierade Luxuria (Vällusten, Fåfängan), men å andra sidan också till de dygder som har med självkänedom att göra: Veritas - sanningen och Prudentia - klokheden (Janson, 1970). Drömmar om speglar har en allvarlig betydelse, och den gamla tydningen att det skulle röra sig om ett förebud om död förklaras med

att “något av oss är utanför eftersom vi i spegeln är utanför oss själva. Detta framkallar den primitiva känslan av att bli berövad sin själ” (Hark, 1989).

Temat återger en specifik styrka och självkänedom. Det finns ett intresse i vardagens angelägenheter, i naturupplevelser och minnen. Temat har en form av förtröstan och hopp som enligt Erikson (1986) kan innebära en utveckling mot livsduglig nyorientering där en meningsfullhet och ett sammanvävande av livet kan åstadkommas. Inom temats ram finns en helhet som enligt Tornstams (1994) hypoteser kan förklaras med en omdefinition av tids-, rymds-, och objektsuppfattningarna, en minskad grad av självcentrering och en tilltagande tid för meditation och stilla stunder.

Tema 7: Åldrandebegreppet.

Temat beskriver att hälsa och nära kontakter är viktigt, att värna samhörighet och sina vänner, samt att vara en bland alla. Åldrandet beskrivs som en orsak till den avtagande fysiska aktiviteten, och som en förändring. Informanterna ger inte den vägledning som behövs för att enligt Peck (1956) dra slutsatsen att en centrering från den egna kroppen till förmån för ett icke kroppsfixerat gränsöverskridande kan återspeglas. Definitionen av välmående kontra icke välmående framgår inte i det underlag som finns varför ytterligare slutsatser är svåra att dra.

Tema 8: Ålderdom negativt.

De svar som bildar detta tema förmedlar negativa värderingar om åldrandet såväl fysiskt som psykiskt. Att åldras innebär ett lägre maktlöst människovärde, med segregerad bruten generationskontakt där yngre har ett utbildnings- och makt försprång. Fysisk svaghet, slitage och nedgång, ensamhet, hjälplöshet, isolering och förnedring med ett självvalt undandragande från gemenskap och kontakter beskrivs. Temat representeras endast av kvinnor vilket är av intresse då kvinnorollen anses mer emotionell i förhållande till mannens instrumentella

roll (Gutmann, 1987). Kvinnans förväntningar på sig själv kan t ex vara oförenliga med de förväntningar andra har på henne som pensionär. Det kan också vara så att kvinnan inte förmår acceptera de fysiska förändringar som äger rum i den egna kroppen. Coping och bemästrande av större och mindre problem och påfrestningar är ett i sig avgränsat teoretiskt forskningsområde. Enligt Peck (1956) måste välmåga omdefinieras under ålderdomen från ett konstaterande av fysisk nedgång och kroppsliga krämpor till ett värdesystem med sociala och intellektuella stimulansfaktorer. Den som klarar denna övergång från kroppscentrering till kroppstrascendens uppnår ett positivt åldrande. Jagcentrering är exemplifierat i temat där den egna kroppen sätts i centrum och där personlighetsmässiga negationer framträder. Den enligt Peck (1956) önskvärda positiva utvecklingen mot jagtrascendens återspeglas inte i temat. Att se meningsfullheten, och se sig som en länk i kedjan av generationer både fram och bakåt i tiden innebär en del av den utveckling Erikson (1986) innefattar i sin livscykelteori, exempel finns inom temat på informanter som inte ser meningsfullhet i det levda livet. Visheten har en motsats i form av en mer eller mindre öppen avsmak – ett motstånd mot att befinna sig i och se andra i samma situation som innebär att man går mot sitt slut och blir alltmer hjälplös och förvirrad.

Tema 9: Avtynande & död.

Tema beskriver verkligheten på ett maktlöst, negativt plan där kroppens fysiska och psykologiska nedgång exemplifieras. Detta tema har liksom tema åtta endast kvinnliga informanter. Ett integrerat förhållningssätt till sig själv och varat saknas inom temats ram. Individuationsprocessen enligt Eriksons livscykelteori innebär att individen ska väva samman sitt liv till den integrerade mognadens fas. Informanterna ger inte en bild av denna företeelse. Oavsett teoretisk ansats (Jung 1984, Erikson 1985, Peck 1956, Tornstam 1998) ger dessa svar en motsatt

aspekt av livet än den som är av intresse för att söka vägledning för att försöka förstå vishetens kärna, och eller att avslöja dess kvaliteter.

Samlad värdering

I det följande sammanförs de aspekter som kan tolkas och skönjas i relation till de teoretiska socialgerontologiska ansatser som använts. Dessa ansatser inbegriper teorin om gerotranscendens, Tornstam (1994), de speciella utvecklingskriser som Peck (1956) med utgångspunkt från Eriksons (1986) tydliggör som specifika i medelåldern, samt dess sammanlänkningar med Jung (1984).

Analysen av texterna från de äldre informanterna visar den komplexitet som finns i spänningen mellan de livsbejakande och de förgörande mänskliga krafterna. De förgörande krafterna framtonar under temana ”konstant livssyn”, ”ålderdom negativt” och ”avtynande och död”. Den integrerade helheten förefaller inom dessa teman vara helt frånvarande. Visheten är i detta perspektiv inte möjlig att uppnå.

Sökandet efter livgivande krafter finns i temana ”självrådande”, ”personliga egenskaper” och ”sinnliga värden”. Informanternas språng mellan olika motsatser kan möjligen vara orsakade av det disparata dialektiska förhållandet mellan balans, icke balans i informanternas olika livssituationer. Att uppnå balans är ett sätt att uppnå vishet, obalans är implicit inte något eftersträvansvärt och ger inte den utveckling som arbetets teoretiska ansatser förespråkar. Att bedöma graden av en individs optimala utveckling är en grannliga uppgift. Fler informanter beskriver motgångar där de på olika sätt med egna förutsättningar, aktiviteter och handlingskraft agerat på något sätt. De informanter som mästrat sina svårigheter klär i ord olika aspekter av tillfredsställelse och eller utveckling. Familjens relationsmönster, att betyda något för andra, öppenhet och viljestyrka

är en faktor som har betydelse för utvecklingen i livet och vishetsaspekten. Essensen av vishet i dess integrerade del framtonar i ett könsperspektiv på ett för könen olikartat sätt. Delstudien har två utpräglade kvinnoteman ”ålderdom negativt” och ”avtynande och död”. Dessa teman avspeglar negationer, förtvivlan och stagnation. I studien finns två teman som är representerade av betydligt fler kvinnor än män, ”självrådande” och ”sinnliga värden”. I dessa teman är meningsfullhet och engagemang på olika sätt verbaliserat. Med en dualistisk mekanistisk världsbild kan dessa teman sägas polarisera varandra där den ena temagruppen saknar en form av harmoni och trygghet och där den andra gruppen kan sägas inneha denna harmoni.

Gemensam nämnare för studiens teoretiska perspektiv tycks vara individens aktivitetsgrad i ett livsbejakande perspektiv. Den som är passiv och ingenting begär har mindre förutsättningar att uppnå vishet. Ett livsbejakande engagemang i en integrerad helhet är eftersträvansvärt. Med helhet menas i detta sammanhang en tilltagande grad av självständighet där individen tar itu med sina egna problem och söker integrera omedvetna psykiska innehåll. Den väg vars slutmål är den hela, visa människan kan inte entydigt och rationellt beskrivas. En väsentlig förutsättning för detta slutmål tycks vara att individens personlighetsaspekter förbinds med varandra på ett för individen rättfärdigt sätt. Den personen kan uppnå vishet.

Referenser

- Biedermann, H. (1991) *Symbol lexikonet*. Stockholm: Bokförlaget Forum.
- Erikson, E.H. (1985) *Den fullbordade livscykeln*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Erikson, E.H., Erikson, J.M., Kivnick, H.Q. (1986) *Vital Involvement in Old Age*. New York: London.
- Gutmann, D.G. (1987) *Reclaimed Powers: Toward a new psychology of men and women in later life*. New York: Basic Books.

- Hark, H. (1999) *Jungianska grundbegrepp från A till Ö. Med original texter av C.G.Jung*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Janson, H.W. (1970) *Konsten, Renesansen och modern tid*. Japan: Bonniers.
- Jung C.G. (1984) *Mitt liv*. Stockholm: W & W. (Org utg 1962).
- Kristensson Ugglå, B. (1994) *Kommunikation på bristningsgränsen*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag.
- Peck, R. (1956) 'Psychological Development in Second Half of Life', In Anderson, J.E., (Eds.) *Psychological Aspects of Aging*. New York: Menasha.
- Ricoeur, P. (1976) *Interpretation Theory: Discourse and the surplus of meaning*. Texas: The Texas Christian University Press, fourth printing.
- Ricoeur, P. (1993) *Från text till handling*. Stockholm: Brutus Östlings förlag.
- Söderberg, A., Norberg, A., Gilje, F. (1996) 'Meeting tragedy: interviews about situations of ethical difficulty in intensive care'. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12, 207-217.
- Tornstam, L. (1994) 'Gerotranscendence – A Theoretical and Empirical Exploration'. In Thomas, L.E., Eisenhandler, S.A., (Eds.) *Aging and the Religious Dimension*. Westport: Greenwood Publishing Group.
- Tornstam, L. (1997, a) 'Gerotranscendence: The Contemplative Dimension of Aging'. *Journal of Aging Studies*, 11.2, 143-154.
- Tornstam, L. (1997, b) 'Gerotranscendence in a Broad Cross Sectional Perspective'. *Journal of Aging and Identity*, 2, 17-36.
- Tornstam, L. (1997, c) 'Life Crises and Gerotranscendence'. *Journal of Aging an Identity*, 2, 117-131.
- Tornstam, L. (1998) *Åldrandets socialpsykologi*. Stockholm: Raben & Sjögren.
- Österman, A. (1991) *Människors egen historia. Om Nordiska museets frågelistor*. Uddevalla: Handböcker från Nordiska museet 2.

Att lyfta blicken. Estetikens innebörd inom psykiatrisk omvårdnad.

Eva Sundin

Inledning och syfte

Estetik beskrivs som en delkomponent inom omvårdnaden (Carper 1978), innefattande en estetisk dimension (Eriksson 1991), en estetisk omvårdnadssyn (Wikström, Theorell och Sandström 1993), ett estetiskt förhållningssätt (Wikström 1997), en estetisk vårdmiljö (Fridell 1998) med mera. Få studier finns som tar upp vilken innebörd och betydelse estetiken har inom den psykiatriska omvårdnaden, en kunskap som kan vara berikande för vården av människor med psykisk ohälsa. Syftet med denna studie var, att undersöka vilken innebörd sjuksköterskan lägger i estetik inom psykiatrisk omvårdnad, samt vilka möjligheter och hinder som finns för att skapa en estetisk vårdmiljö.

Estetik

Estetik härstammar från grekiskan ”aisthetiko´s, aisteheta” det sinnliga, det förnimbara (Nationalencyklopedin 1998) och ”asistha nomai”, jag förnimmer (Eriksson 1987). Traditionellt brukar estetiken beskrivas som läran om det

sköna (Bonniers svenska ordbok 1992). Denna benämning anses idag både föråldrad och alltför begränsad (Brunius 1986, Emt & Hermerén 1990, Hirn 1913/64, Nationalencyklopedin 1998). Istället talar man om att estetik har fler modifieringar än det sköna (Brunius 1986, Nationalencyklopedin 1998). Hirn (1913/64) som anses som Nordens störste estetiker beskriver estetiska uppenbarelseformer eller estetiska kategorier. De viktigaste estetiska uppenbarelseformerna är det sköna eller det idealeestetiska, det värdiga, det behagfulla, det sublima, det komiska och det tragiska (Brunius 1986, Hirn 1913/64). Estetiska företeelser har sysselsatt människors tanke så länge som konst har skapats och njutits och så länge man har förstått att beundra naturens eller livets skönhet (Hirn 1913/64). De äldsta yttringarna av estetisk reflektion som omtalas i den västerländska litteraturen stammar från antikens greker (Hirn 1913/64, Nationalencyklopedin 1998). De kände till, att estetiska upplevelser har en välgörande inverkan på patientens hälsa.

Estetik inom omvårdnaden

Florence Nightingale, som på många sätt var före sin tid, betonade miljöns betydelse i preventivt syfte för välbefinnande och tillfrisknande. Hon beskrev förhållandet mellan god hälsa och det estetiskt angenäma, det behagfulla, det smakfulla och det välordnade (Wikström 1997). Estetik i omvårdnaden beskrivs på två olika sätt. Det ena är där själva omvårdnaden ses som en konsthandling, ”the Art of Nursing” (Carper 1978, Chinn 1994, Chinn & Kramer 1995, Le Vasseur 1999, Nåden 1998), där fokus ligger på den omvårdande relationen. Det andra är där fokus ligger på fysisk miljö med estetiska uttrycksformer. Båda behövs för att åstadkomma estetik i omvårdnaden och de kompletterar varandra. I mötet mellan patient och sjuksköterska behövs sjuksköterskans förmåga att kunna utföra den konstfulla omvårdnaden. Dessutom behöver den fysiska miljön

på vårdavdelningen vara utformad för att stödja och ge förutsättningar för detta möte (Fridell 1998).

Det saknas enligt Wikström (1997) svensk forskning som närmare belyser estetikens betydelse för vårdtagarens välbefinnande, och den forskningen hör hemma inom omvårdnadsforskningens område. Hon betonar att forskning av detta slag kan ge värdefull kunskap om estetikens användbarhet i skilda omvårdnadshandlingar samt bidra till metodutveckling inom det estetiska fältet. Inom psykiatrisk vård görs satsningar för att omorganisera och förändra. Det ställer också nya stora krav på utformningen av psykiatrins fysiska vårdmiljö, menar Tydén (1993). Hur kommer kunskap om miljöns påverkan till användning för att öka människans upplevelse av välbefinnande (Forsgren 1998, van Dijk 1995) inom den psykiatriska omvårdnaden?

Metod

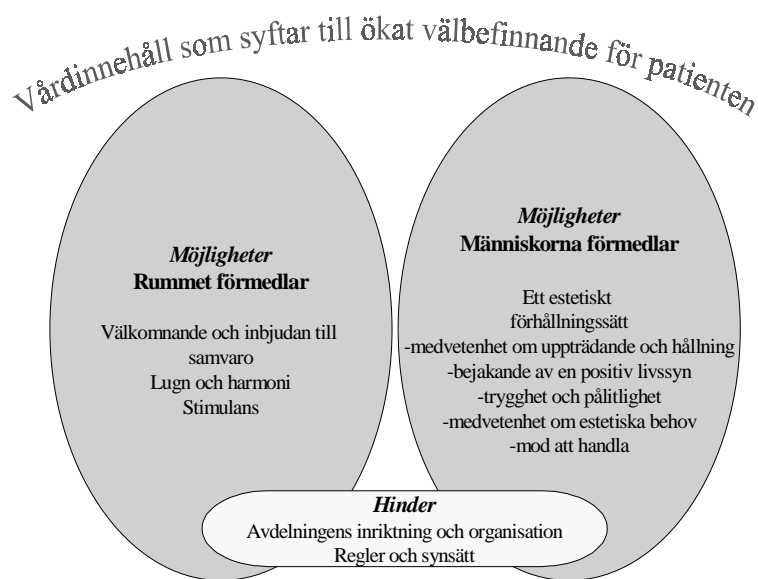
Tio sjuksköterskor inom psykiatrisk vård intervjuades. Giorgi (1985) har utvecklat en metod för fenomenologisk analys av givna beskrivningar. Den ligger till grund för meningskoncentrering, i vilken man strukturerar och analyserar materialet i naturliga meningsenheter och centrala teman (Kvale 1997).

Resultat

Den övergripande innebörden av estetik inom psykiatrisk omvårdnad är ett vårdinnehåll som syftar till ökat välbefinnande för patienten.

Möjligheter för att åstadkomma ett vårdinnehåll som syftar till ökat välbefinnande finns i det rummet förmedlar och det människorna förmedlar.

Rummet förmedlar välkomnande och inbjudan till samvaro, lugn och harmoni samt stimulans. Människorna, här i betydelsen psykiatrisk sjuksköterska, förmedlar ett estetiskt förhållningssätt som innebär en medvetenhet om uppträdande och hållning, bejakande av en positiv livssyn, trygghet och pålitlighet, medvetenhet om estetiska behov samt mod att handla. Hinder för att åstadkomma ett vårdinnehåll som syftar till ökat välbefinnande finns i avdelningens inriktning och organisation samt i regler och synsätt.



Figur 1. Estetikens innebörd inom psykiatrisk omvårdnad samt dess möjligheter och hinder.

Vårdinnehåll som syftar till ökat välbefinnande för patienten

Möjligheter för att åstadkomma ett vårdinnehåll som syftar till ökat välbefinnande finns i det rummet förmedlar och det människorna förmedlar.

Resultatet av undersökningen visar på att fysisk miljö och ett estetsikt förhållningssätt i vården ger möjligheter i omvårdanden, eftersom man uppfattar att det påverkar patientens välbefinnande.

Rummet förmedlar

Speciellt framhålls att det första intrycket är viktigt, det patienten ser och erfar när han kommer till avdelningen. Den fysiska miljön ska förmedla till patienten att du är välkommen hit, genom att vara mänsklig, ombonad, hemlik samt vara ren och fräsch. Den ska inbjuda till samvaro. Med miljön kan man underlätta vårdrelationen genom att möjliggöra tillfällen till naturliga samtal. På en psykiatrisk avdelning kan det ibland vara oroligt vilket kan uppfattas som hotfullt för patienten. Det är viktigt att uppfatta hur patienten påverkas av det och att försöka förmedla att det är lugnt och säkert, liksom att avdramatisera det svåra det kan innebära att bli inlagd på en psykiatrisk klinik.

Med den fysiska miljön kan olika aspekter åstadkomma en lugnande effekt. Det kan göras med avdelningens utformning, hur man inreder avdelningen, hur man medvetet använder färger, ljus och ljud liksom olika estetiska uttrycksmedel i omvårdanden. För en del patienter kan det vara avgörande om möjlighet finns att gå ner i varv och få vila, i en miljö där det inte finns så mycket som stör. Det bör även finnas möjligheter för patienten till avskildhet och en egen sfär. En genomtänkt fysisk miljö kan såväl inom- som utomhus vara ångestreducerande, skapa lugn och motverka aggression. Sinnenas betydelse för välbefinnandet poängteras och att det är betydelsefullt, att uppmärksamma det hos patienten. Den fysiska miljön bör utformas så, att den är estetiskt tilltalande och stimulerande.

Människorna förmedlar

I intervjuerna framkommer innebörden i vad människorna förmedlar som sjuksköterskans estetiska förhållningssätt. Man betonar betydelsen av att förstå och inse hur man med sitt förhållningssätt påverkar omvårdnaden av patienten och att man ständigt reflekterar över detta. Ett estetiskt förhållningssätt innebär,

att förmedla att man är intresserad och närvarande. Det görs bl.a. genom att vara med patienten, att finnas till hands och vara synlig. Att vara synlig förmedlar till patienten att jag är tillgänglig, jag finns här för dig. Den estetiska dimensionen i omvårdnaden innefattar både hur sjuksköterskan är liksom vad hon ger patienten. Sjuksköterskans uppträdande, hennes klädsel och utseende påverkar och kan förmedla något till patienten i fråga om närhet och distans. Ett mjukt och fint sätt hör ihop med estetik. Ett estetiskt förhållningssätt innebär även, att ha kunskap om hur man agerar och förhåller sig i omvårdnaden av patienten. Estetik är att ge patienten kärlek. Det innebär att försöka närma sig patienten, att gå in i en relation, att visa att man "jobbar med hjärtat". Man omnämner det som en förmåga, som en egenskap som hör ihop med personligheten, hur man ser på livet och vad man som personal själv tycker är viktigt.

En betydelsefull uppgift för den psykiatriska sjuksköterskan är, att försöka ge patienten möjligheter till ökat välbefinnande, trots det svåra. Man betonar vikten av att förmedla hopp till patienten. Det innebär att ge uppskattning, ge värme, ge glädje och att stå för det ljusa. Det handlar om sjuksköterskans förmåga att hitta det ljusa och samtidigt förmåga att förmedla det. Man måste även försöka leta efter det friska hos patienten och inte det som fattas. En förutsättning för tillfrisknande kan vara att få patienten delaktig i sin egen vård. Det är då av betydelse att patienten får styra innehållet. Man kan uppmuntra patienten att bry sig om sig själv och att försöka bibehålla och stimulera funktioner. Att ge patienten något, att man tillåter något, att man gör patienten nöjd. Det kan innebära att patienten får något att se fram emot och på så sätt förmedlas något positivt. Det kan vara att uppmärksamma patientens estetiska behov och behov av sysselsättning.

En god stämning på avdelningen förmedlar hopp och livsglädje. Att ha roligt tillsammans ger en känsla av välbefinnande. Det behövs mycket glädje, lek,

skratt och humor. Att vårdas på en psykiatrisk avdelning kan upplevas svårt. Att kombinera allvar och lek i omvårdanden beskrivs som att det kan vara befriande. Många betonar även att humor och närhet till skratt kan avdramatisera svåra situationer. Patienten på en psykiatrisk avdelning kan känna sig sårbar och otrygg. Det är därför betydelsefullt att personalen förmedlar trygghet, liksom förmåga att förmedla att patienten ska kunna lita på personalen i svåra situationer. Hur personalen samarbetar betonas som avgörande. Den psykiatriska sjuksköterskan påtalar att hon genom att vara medveten om den estetiska dimensionen har ett ansvar för vårdmiljön liksom för vårdinnehållet. Det kan innebära att tänka på t.ex. blommor, gardiner, färger och att göra det ombonat. Det innefattar att se till att såväl patientrummet liksom den fysiska miljön för övrigt är ”fin och varm”. Sjuksköterskan har ett ansvar att se till att det är rent och snyggt runt patienten liksom att patienten är ren och har rena kläder. Medvetenheten innebär att vara öppen för att estetik och estetiska uttryckssätt, för den enskilde patienten har olika betydelse och att tillgodose dessa behov i omvårdnaden. Ett estetiskt förhållningssätt innefattar, att uppfatta och efterhöra vad patienten behöver och anpassa den individuella vården därefter. Man påtalar även ett ansvar gentemot annan vårdpersonal. Medvetenheten om estetiska behov gör att sjuksköterskan kan få försvara sitt förhållningssätt och göra det man vet är riktigt i omvårdnaden av patienten, vilket kan upplevas som svårt. Man blir inte alltid respekterad för det och får ta emot kritik från övrig personal. Man får försvara det man gör, trots att man vet att det är riktigt. Sjuksköterskorna menar att det krävs mod för att göra det. Den psykiatriska sjuksköterskan måste våga vara öppen, våga vara fantasifull i omvårdnaden, anta utmaningar och våga göra bort sig. Det kan innebära, att man uppfattas som lite ”flummig” eller löjlig av annan personal. Att inte göra något känns också fel. Man måste kunna ”rannsaka sig själv”.

Hinder

Estetiska aspekter och säkerhetsaspekter kan kollidera och hänsyn måste tas till båda. Att värna om säkerheten handlar om att se till, att patienter eller personal inte skadas på något sätt och särskilt betonas suicidrisken. Det kan innebära svårigheter på en del avdelningar, eftersom patienter kan vara störande, oroliga eller aggressiva. Det påverkar i sin tur vad man kan åstadkomma med den fysiska miljön och även hur förhållningssättet blir hos personalen. Man beskriver att det ibland finns störande inslag på en psykiatrisk avdelning. Det kan upplevas störande för patienten med höga ljud, att man störs av medpatienter eller att det är rörigt på avdelningen. Störande kan även vara att patientens rum eller den övriga fysiska miljön på avdelningen är kal, trist och torftig. Det blir ibland oroligt och patienterna blir rädda. Personalens insatser och förhållningssätt blir då mer vaktande. Risk påtalas att det kan innebära att estetiska värden inte kan tas tillvara. Andra aspekter i organisationen som kan utgöra ett hinder är brist på tid och personalresurser. Fast man ser behov hos patienten, så upplever man att man inte kan göra så mycket som man borde eller skulle önska. Hur personalen organiserar arbetet kan även hindra, om det finns brist på utrymme för att göra annat än det schemalagda. Om personalen t.ex. inte ges möjligheter eller ger sig möjligheter att frångå rutiner. Ett hinder på mer övergripande nivå är, att vikten av estetik och en mer stimulerande miljö inte betonas i avdelningens eller klinikens organisation. Regler och synsätt kan upplevas styra och hindra. Regler som styr kan vara att personalen tycker olika, alltså ett slags ”interna uppgjorda regler och förhållningssätt”, att man i personalgruppen har olika inställning och synsätt och att man strävar åt olika håll. Olika kulturer styr och påverkar, vilket beskrivs som en kollision mellan mer gammaldags tänkande och nytänkande. Som gammaldags omnämns bl.a. uppfattningen att alla patienter ska ha lika mycket och samma typ av vård, alltså rättvist kontra individuellt. Som personal kan det innebära en konflikt att komma in i en miljö som inte känns bra, som upplevs som att ”gå tillbaka i tiden”. Man

menar att den psykiatriska vårdens historia påverkar hur personalen förhåller sig och att det kan förklara olikheter vad gäller olika personalgrupper. Att sluta reflektera eller som man uttrycker det att ”bli hemma-blind” ses som ett allvarligt hinder hos personalen. Likaså kan det vara så, att personal som arbetat en tid på samma arbetsplats inte ifrågasätter om det kunde vara annorlunda. Ett synsätt som nämns som brist på reflektion är, att patienten inte får må för gott och att omvårdnaden då inte syftar till att åstadkomma ökat välbefinnande. Ibland behöver patienten bara få vila. Man beskriver att detta inte riktigt alltid är accepterat på avdelningen eller av personalen, att patienten behöver få vila och njuta. Speciellt inte att njuta, menar man. För att påverka och förändra attityder och synsätt och motverka att man blir ”hemma-blind” framhålls betydelsen av utbildning, att byta miljö eller att byta arbetsplats. Det ger goda möjligheter till nya erfarenheter och till reflektion.

Konklusion

Studien visar att en estetisk vårdmiljö och ett estetiskt förhållningssätt i vården ger möjligheter i omvårdnaden, eftersom den psykiatriska sjuksköterskan uppfattar att det påverkar patientens välbefinnande. Det är därför av vikt att sjuksköterskan är medveten om vilka möjligheter och hinder som finns, för att åstadkomma detta. De möjligheter som ges att skapa en vårdmiljö som syftar till patientens ökade välbefinnande genom det rummet förmedlar och det människorna förmedlar kompletterar varandra och kan inte särskiljas. Det framkommer balans och sammanhang mellan resultatets olika teman, för att åstadkomma en estetisk vårdmiljö.

Mer kunskap behövs om vad det är som påverkar människan i vårdmiljön. Kunskap om estetikens innebörd kan höja kvaliteten på den psykiatriska

omvårdnaden. Betydelsen för omvårdnaden och implikationer för praxis kan vara att i ankomstsamtal och i planering av den enskilde patientens vård obligatoriskt fråga efter och notera betydelsen av estetik och att tillgodose dessa behov i omvårdnaden. Ett interventionsprogram där man använder sig av den forskning som gjorts inom området skulle ge konkret, värdefull kunskap om estetikens innebörd och betydelse. I vårdkonferenser, handledning med mera bör utrymme för dessa frågor skapas. Estetiska ronder där vårdpersonalen medvetet tittar på och reflekterar över den fysiska miljön där patienten vistas borde vara värdefullt. Vid omorganisationer och nybyggnationer kan kunskap om estetikens innebörd och betydelse för psykiatrisk omvårdnad användas i planeringen.

Referenser

- Bonniers svenska ordbok*. (1992). Stockholm: Bonnier Fakta Bokförlag AB.
- Brunius, T. (1986). *Estetik förr och nu*. Stockholm: Liber Förlag.
- Carper, B.A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23
- Chinn, P. (1994). Developing a Method for Aesthetic Knowing in nursing. I: Chinn, P & Watson, J (red). *Art and Aesthetics in nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- Chinn, P & Kramer, M. (1995). *Theory and nursing: a systematic approach*. London: Mosby year book.
- Emt, J & Hermerén, G. (1990). *Konst och filosofi*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell
- Eriksson, K. (1991). *Pausen*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Forsgren, T. (1998). "Som en smekning på själen". *En intervjustudie om estetikens betydelse för människan i vården*. Fördjupningsarbete i vårdpedagogik 61-80p. (Uppsats). Göteborgs universitet. Institutionen för vårdläro- och utbildning.

- Fridell, S. (1998). *Rum för vårdens möten*. Avhandling. Stockholm: Institutionen för arkitektur och stadsbyggnad. KTH.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Dequesne University Press.
- Hirn, Y. (1913/64). *Det estetiska livet*. Stockholm: Bokförlaget Prisma.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Le Vasseur, J. (1999). Toward an understanding of art in nursing. *Advances in Nursing Science*. 21(4), 48-63.
- Nationalencyklopedin* (1998). Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker AB.
- Nåden, D. (1998). *Når sykepleie er kunstutøvelse*. Avhandling. Åbo: Åbo akademi. Institutionen för vårdvetenskap.
- Tydén, U. (1993). *Att skapa miljö för vård*. Falun: Dalarnas forskningsråd.
- van Dijk, P. (1995). Combining aesthetics and practicality in health care architecture. *Journal of ambulatory management*. 18(4), 1-7.
- Wikström, B-M. Theorell, T & Sandström, S. (1993). Medical health and emotional effects of art stimulation in old age. A controlled intervention study concerning the effects of visual stimulation provided in the form of pictures. *Psychotherapy & Psychosomatics*. 60 (3-4), s.195-206.
- Wikström, B-M. (1997). *Estetik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

"Som en livbøye i opprørt hav..."

Skjerming - teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring

Jan Stensland Holte

Innledning

Denne artikkelen er et utdrag fra et arbeid gjort som en integrert del av *Prosjekt Undervisningsavdeling* som er basert på handlingsorientert forskning, og er en videreføring av resultatene fra tidligere intervjuundersøkelser med personalet ved to akuttavdelinger (Holte 2000). Prosjektet er et fireårig forsknings- og utviklingssamarbeid mellom Høgskolen i Hedmark, Avdeling for sykepleierutdanning og et psykiatrisk sykehus - representert ved Akuttposten. Prosjektet har publisert flere delstudier knyttet til miljøterapi og omsorg overfor maniske pasienter (Hummelvoll et.al. 2001) og samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten (Holst 2001).¹¹ I denne studien presenteres en videreutvikling av personalets tenkning og handling knyttet til intervensjonen skjerming som ble valgt som en fordypning av personalet selv.

¹¹ En mer utdypende beskrivelse finnes i artikkelen: Handlingsorientert forskningssamarbeid eksemplifisert ved Prosjekt Undervisningsavdeling ved Jan Kåre Hummelvoll.

Gjennom utviklingen av dette skjermingsprosjektet legges stor vekt på et nært samarbeid med personalet i tråd med den uttalte teoretiske forankringen i *Prosjekt Undervisningsavdeling* med det mål at personalet utvikler et funksjonelt språk for praksis (Hummelvoll 1999 og 2000).

Skjerming er en relativt hyppig anvendt metode i møtet med mennesker i en akutt psykotisk og/eller agitert tilstand som trenger et særlig beskyttet og beskyttende miljøbetingelser (Strand 1990).

Utviklingen av kunnskaper, ferdigheter og holdninger i det særegne omsorgstilbudet på en skjermingsenhet vil være av betydningen for behandlingstilbudet som helhet og prosjektet tilstreber å stimulere til refleksjon over eksisterende praksis for å forbedre denne intervensjonsmetoden.

Jeg har arbeidet med følgende spørsmålsstillinger:

Hvordan begrunner og gjennomfører personalet skjermingspraksisen på Akuttposten?

Hva karakteriserer ”skjermingskulturen” ved Akuttposten?

Hvordan kan en videreutvikle personalets kompetanse i forhold til skjerming slik at pasientenes integritet og verdighet ivaretas?

Hvordan opplever personalet å delta i skjermingsarbeidet?

Hvilke endringer/forbedringer etterlyser sykepleierne i skjermingsarbeidet?

Skjerming innebærer et alvorlig inngrep overfor den enkelte og derfor er det svært viktig at kriterier, begrunnelser for vedtak, gjennomføring og etterarbeid blir gjort ut fra en god faglig begrunnelse og med et engasjement for de detaljene som skaper trygghet og beskyttelse for den enkelte pasient.

Bakgrunn

Min faglige referanseramme er psykiatrisk sykepleie og er knyttet opp mot Hummelvoll’s klargjøring av denne virksomheten og denne forståelsen

gjenkjennes i målsetningen for Akuttposten (Hummelvoll 1997). Definisjonen beskriver hele det feltet som favner sykepleierens ansvar og utdyper det eksistensielle-holistiske menneskesynet og har et klart personorientert fokus. Tendensen som den naturvitenskapelige tradisjonen har til å gjøre mennesket til objekt og ikke medsubjekt i kunnskapsutvikling er framtrødende, og en må vore klar over de farene for tingliggjøring som slike reduksjonistiske modeller medfører (Andersson & Karlsson 1998)

Psykiatrisk behandling, og særlig den institusjonelle, innehar iboende tenkning og forklaringsmodeller som kan virke dehumaniserende, og psykiatrien kan med sin tilnærming ofte svikte med hensyn til å ivareta pasienten på en fullverdig måte (Bøe & Thommasen 2001). Et grunnleggende perspektiv som kan virke som en motvekt mot den belastende historien og sider ved den nåværende behandlingkulturen, er forståelsen og fokuseringen av mennesket som person (Andersson 2000, Monsen 1998).

En annen viktig motvekt mot tingliggjøringen er å lytte til pasientenes fortellinger om hvordan psykiatrisk behandling oppleves. Utviklingen av evnen til å undre seg sammen med pasienten over lidelsen og de mange sammenhenger i livet som skaper fortellingen om denne unike personen er det vesentlig å understøtte og stimulere (Andersen & Karlsson 1998, Austrem 1998).

Integritetsbegrepet er et nøkkelbegrep innen alle omsorgsteorier og internasjonale etiske koder og konvensjoner (Andersson 2000). Når et menneske ikke mestrer livet sitt, beveger seg i en selvdestruktiv retning uten nødvendig selvinnsikt, eller står i fare for å utsette andre for skade på grunn av sin psykiske tilstand, er det både etisk og juridisk nødvendig og legitimt å gripe inn.

Kartlegging av tenkning og opplevelser som pasienter og behandlere sitter inne med knyttet til hvordan de opplever å måtte bruke eller bli utsatt for tvangsbehandling (Olofsson 2000).

Sykepleieperspektivet her er møtet med mennesket i lidelsen. Det er vanlig innenfor sykepleieteori å beskrive og drøfte lidelsesperspektivet ut fra tre

kategorier (Eriksson 1993). De tre formene er: *Lidelsen som sykdom, lidelsen som eksistensiell utfordring, og lidelsen som følge av pleie og behandling.*

Metode

Det overordnede design for hele forsknings- og utviklingssamarbeidet er handlingsorientert, hermeneutisk aksjonsforskning, og fordi temaet som det forskes på er relativt lite utforsket både i psykiatrisk forskning og i psykiatrisk sykepleie, har denne rapporten et beskrivende, utforskende og kvalitativt design. For å belyse problemstillinger i praksisfeltet er handlingsorientert forskningssamarbeid et relevant design da hensikten er forskning for praksis, i praksis og sammen med praksis.

Fokusgruppeintervjuer vurderes som velegnet for undersøkelser av menneskers erfaringer, ønskemål eller vanskeligheter (Tillgreen & Wallin 1999) eller når man ønsker en dypere forståelse av meningsdannelse og holdninger til spesielle emner i en gruppe (Maunsbach & Delholm - Lambertsen 1997).

Studien er gjennomført på Akuttposten som har til sammen 22,6 stillinger. De representerer samlet et bredt spekter både i faglig sammensetning og tid ansatt ved posten, fra et halvt til 13 år. Den skal ta seg av, vurdere og behandle mennesker med akutte behov for psykiatrisk spesialistkompetanse, og skal sammen med en annen akuttpost dekke den lovpålagte øyeblikkelig-hjelpfunksjonen i fylket.

I denne studien inviterte forskeren til sammen 15 personer (syv sykepleiere, tre spesialsykepleiere, to hjelpepleiere og tre assistenter) til å delta i tre fokusgruppeintervjuer med to timers varighet. Under samtalen søkte man å sammenfatte kunnskaper om skjerming og erfaringer knyttet til det spesielle samværet med en psykotisk person inne på en slik enhet. Forskeren fungerte

som moderator og med veileder som observatør ved to av gruppene, og postens prosjektkoordinator som observatør ved den tredje.

Presentasjon og tolkning av funn

Det er viktig å være klar over at skjerming er en behandlingsintervensjon og oppmerksomheten på de `små avgjørende detaljene` i samspillet både før under og etter at skjermingsprosedyren gjennomføres er avgjørende. Evnen til å se detaljene i samspillssituasjonene fra ulike perspektiver og posisjoner er en forutsetning for å gjøre de vesentlige endringene som kan bidra til at pasienten opplever respekt, trygghet, sikkerhet og kontroll.

Psykiatrisk behandling og pleie kan ses som et etisk prosjekt og begrunnelsen for å overprøve en persons autonomi relateres til ikke-skade-prinsippet og til prinsippet om hypotetisk samtykke. En slik intervensjon medfører at personen delvis avstår fra autonomi og denne situasjonen krever både innlevende forståelse, klokskap og kjærlighet fra hjelperens side. Ikke alle former for paternalisme kan avvises, og dette gjelder genuin og ønsket paternalisme (Hummelvoll 1995).

En dynamisk refleksjonsmodell presenteres som sorterer handlinger og holdninger i samspillet sett fra tre ulike posisjoner. Hver posisjon uttrykker en grunnleggende etisk holdning i møtet med pasienten i spennet mellom overbeskyttelse og ansvarsfraskrivelse - inn mot balansepunktet – den ønskede eller genuine paternalismen. Modellen forstås slik at de ulike posisjonene kan være nødvendige og legitime i en gitt situasjon, men at målet i skjermingssituasjonen er å tilstrebe balanseposisjonen i retning av den ønskede paternalismen. I dette balansepunktet gis rom for et åpent og trygt møte som kan fremme en allianse mellom hjelperen og den hjelpetrequende som

forhåpentligvis kan beskytte mot psykosens 'herjinger', eller det som kan oppleves som et 'drøm i våken tilstand'. Målet for den totale behandlingen er selvsagt en dreining mot mest mulig selvstendigjøring, slik at behovet for den genuine eller ønskede paternalismen oppheves ved at pasienten gjenvinner kontroll og autonomi, både reelt og formelt.

For å finne dette gode balansepunktet må en ofte bevege seg mellom å intervenere tydelig og bestemt – for så 'å slippe opp', mellom det å 'gå foran' opp mot det å 'gå etter', for så å kunne finne relasjonen der en 'går sammen med'. Denne dynamiske bevegelsen krever både sanseskarphet, en trygg integrert faglighet, støtte i personalgruppa og moralsk mot (jfr. Andersson 2000). En slik posisjon kan man skape ved en undrende, respektfull grunnholdning og ved å prøve ut det som kommer fram i dialogen og samspillet, for så kanskje å bli 'invitert inn' til personen i og bak psykosen.

<p>"AUTONOMI" "selvbestemmelse"</p>	<p>DEN GENUINE el. ØNSKEDE PATERNALISME Hviler på et hypotetisk samtykke "medbestemmelse"</p>	<p>"UØNSKET PATERNALISME" "overbeskyttelse"</p>
<p>Den liberalistiske individorienterte kulturen Pasienten må alltid få bestemme selv, Han er eksperten på sin lidelse</p> <p>"Jeg-jeg" Enhver har rett til å skape sitt eget liv, men også til å "gå til grunne"</p> <p>Vennsapsrollen</p> <p>Symptomer kan være tilfriskning, og tegn på en sunn reaksjon En må få lov å leve ut sin "galskap" få lov å "blamere" seg det er et asyl/fristed</p> <p>Bare situasjons-og- skjønnsbasert-styring Overlater mest mulig til pasienten</p> <p>"Går etter.." lar pasienten finne veien selv</p>	<p>Den personorienterte og integrerende omsorgskulturen Et tydelig og felles ansvar for personen i lidelsen En lyttende undrende og dialogsøkende holdning</p> <p>"Jeg-du" Respekt for den unike personen i og bak lidelsen Personorientert humanistisk tilnærming med fokus på relasjonsbygging</p> <p>Omsorgsrollen</p> <p>Symptomer er også forsøk på å mestre et smertefullt liv, må ses i lys av hele personens liv mestringen kan bli et uheldig mønster "løsningen bli problemet"</p> <p>Prinsipper sammen med moden og reflektert situasjonsforståelse</p> <p>"Går ved siden av eller sammen med.." Likeverdig "Ansikt-til-ansikt"</p>	<p>Den psykiatrisk-medisinske behandlingskulturen Formynderi Ansvarsovertagelse Ekspertsyndromet, "vi vet best!" Generelle holdninger,</p> <p>"Jeg-det" Tingliggjøring Psykologisering Medikalisering Psykiatrisering</p> <p>Vokterrollen</p> <p>Symptomer er patologi- og derved tegn på sykdom som skal dempes kontrolleres behandles symptomfrihet=frisk</p> <p>Mange regler-forordninger som "er bestemt " prinsipper for prinsippenes skyld</p> <p>"Går foran" "Ovenfra-og-ned"</p>

Figur 1: Skjermingspraksisens ulike dynamiske posisjoner.

Jeg vil kort presentere de sju hovedtemaene som jeg fant i materialet og utdype to av dem.

Å etablere kontakt og 'finne den rette tonen' med akkurat denne personen gjøres ved en fin balansering av nærhet og avstand, finne tempo og bli tydelig for hverandre, er særlige utfordringer personalet trekker fram.

Å finne de riktige ordene, dvs. ordene som fremmer trygghet og tillit i motsetning til ord som provoserer, sårer og skaper avstand, er en utfordring i balansekunst.

Å finne den gode begrunnelsen for skjermingen kan være vanskelig ansikt til ansikt med pasienter som kanskje opplever den som en straff, eller som overhodet ikke forstår hvorfor de ble innlagt.

Å forstå galskapen for å kunne se personen bak er et behov flere av personalet trekker fram og tydeliggjør et klart ønske om å få fram pasienten som person.

Å skulle dele den psykotiskenes "virkelighet" eller opplevelser er en utfordring personalet står i når de har en tett oppfølging av en person med en psykotisk eller

Å finne den gode rollen i spennet mellom den tradisjonelle vokterrollen, med firkantede regler, tydelige forutsigbare sanksjoner preget av en klar ovenfra-og-nedad-holdning, og en tydeligere omsorgsrolle, med egenskaper som støttespiller, medspiller, trygghetsformidler er en fortløpende utfordring.

"For mitt vedkommende har bildet forandret seg for meg. I begynnelsen gikk jeg inn i det med målet om å ikke gjøre pasienten sint, husker jeg... jeg husker da at jeg var veldig opptatt å unngå å gjøre pasienten sint, og ikke så opptatt av å finne felles utgangspunkt, der som vi kunne ha noe felles, Innholdet for meg i dag når jeg deltar i skjerming, mer opptatt av at pasienten skal føle seg trygg, og selvsagt min trygghet, også, men at vi har et felles stå-sted, et sted å føle fellesskapet, at det ikke bare grensesetting og at man her må dysse ned sånn at de ikke blir sinte eller aggressiv. Det inneholder noe mer når man sitter sammen med pasienten nå enn det gjorde for meg i begynnelsen når jeg satt på skjerming. Jeg hadde ikke noen særlig faglig forankring i å forstå, jeg visste jo hva

psykose var, men noe utover det hadde jeg ikke noen formening om. Bildet mitt har forandret seg på den måten."
(Respondent D).

"Jeg forsøker å være veldig naturlig, men ikke sitte der sånn veldig autoritær, men møte pasienten som menneske ... forstå at han er en som er syk, men også har erfaringen, men altså å møte naturlig, med språket og stemmen, prøver å være så naturlig som mulig og opptre med sikkerhet."
(Respondent J).

"Det var en pasient som sa til meg, og det er ikke lenge siden da jeg var på skjerming, hun var veldig dårlig, og hun beskrev det sånn som hun hadde det at hun følte det som hun var `på et opprørt hav` som hun på en måte bare silte rundt på med en planke. Vi ble enige om på en måte at min oppgave inne der var å være ei bøye slik at hun på en måte fikk en slags `landkjenning`".
(Respondent D).

Hun foreslo selv viktigheten av å finne en bøye der ute, en som kunne bli med i noen av bølgene, men som har et tilstrekkelig solid bunnfeste og som kan peke på landkjenning. Dette var et godt bilde på hva hun opplevde i møtet med pleieren. Informantene tolket en slik fleksibel og sikker rolle ut fra egenskaper som å være trygg i seg selv og i miljøet, og en som hadde oversikt og realitetskontakt. Slike egenskaper behøves når pasienten opplever mye indre kaos.

Å by på seg selv, bli personer for hverandre er behov for likeverdighet som en del pasienter uttrykker når det gjelder å dele eller fortelle om seg og sitt og savner en jevnbyrdighet i det å bli personer for hverandre.

"Pasienten spør ... dere vil vi skal fortelle alt om oss sjøl ... vi skal si uansett hva det er så skal det frem, men dere, ikke ett ord! Da må en jo forklare litt om holdninger og regler og slikt."
(Respondent F).

De ønsker å få slippe å stadig måtte blottlegge seg uten 'å få noe tilbake'. I forhold til dette behovet kommer ulike holdninger og synspunkter til uttrykk i personalgruppa.

"Jo jeg kan nok gi litt av meg sjøl.. selv om det har vært første besøk til pasienten ... og det blir jo litt konkret slik som L sier nå, men det kommer alltid som svar på spørsmål fra pasienten ... hvis pasienten da kan du si ... på en måte verge seg sjøl mot `utfisking` av informasjon at pasienten har snudd litt på det og.. om hvordan du lever og sånn så har du gitt litt konkret for å ... få han litt på glid for å få noe å prate om. Og jeg har ikke opplevd det som noe negativt ... noen gang i alle de åra."
(Respondent G).

Enkelte er svært forsiktige med å bli personer uansett situasjon, i frykt for å bli privat. Noen forteller en del om seg selv og andre igjen deler av seg selv der de opplever det naturlig. Alle er opptatt av at hensynet til pasienten er det viktigste.

"For kanskje pasienten har nok med sitt eget, så at ikke du på en måte skal lesse ditt og over i fanget på pasienten. For det er jo ofte slik at mange tar jo andres problemer innover seg, det har vi jo sett i korridorene her at mange pasienter tar jo andre pasienter innover seg og en kan jo tenke at det ville dem ha gjort med oss, med vårt også hvis dem skulle hatt det å bære på samtidig."
(Respondent I).

Det er enighet om at man må passe seg vel for å ikke belaste pasienten med sitt eget privatliv slik at det oppstår en uheldig sammenblanding. Det er vesentlig med riktig 'timing' og situasjonsforståelse, og flere opplever at nok ikke alle temaer er egnet til 'avsløring' eller deling. Noen benytter seg av å bli mer personlig noe mer strategisk, enten for å skape kontakt eller kartlegge pasientens livssituasjon:

Det virker som det gjelder å finne sitt eget trygghetsnivå i forhold til det å bli en person og flere ønsker å kunne ta dette opp og skape åpenhet i pleiegruppa om

når og eventuelt hvordan en slik nærhet til pasienten er gunstig. Noen opplever at det å skille mellom å dele og det å utlevere seg selv, kan være en viktig distinksjon. Det var nok flere som mente at det å 'by litt på meg selv som menneske' synliggjør en holdning der pleieren viser respekt og nærværenhet og som derfor viser innlevelse i pasientens situasjon her og nå.

Det kommer tilsyne at en holdning om 'å romme' den andre både som pasient og person er en klar holdning i pleiegruppa selv om det er ulike syn på innhold og hvordan det bør gjennomføres.

Det som de fleste er enige om er at denne prosessen bør komme etter hvert og ikke i den forvirringen som kan prege de første møtene. En skal også være forsiktig med hva en deler da det kan komme tilbake i en sårende eller truende form, dersom pasienten blir utrygg eller psykotisk. Situasjoner kan oppstå der personalet plutselig opplever seg presset eller 'fanget inn i' en mer privat omgangstone og tematikk. Slike opplevelser kan virke både truende og blottleggende og det krever personlig veiledning og integrasjon for å kunne beskytte seg selv og sette grenser på en naturlig måte. Samtidig fortelles det også om situasjoner der det å fortelle noe om seg selv plutselig åpner for et genuint møte med personen bak og i lidelsen.

Konklusjon

Å arbeide med mennesker som befinner seg i en psykotisk, regrediert eller desintegreert tilstand stiller spesielle krav til pleieren og behandlingsmiljøet som helhet. Det er naturlig å tenke seg at slike utfordringer vil kreve særlige ferdigheter i å etablere kontakt, for å nå fram til og 'romme denne fremmedartede verden' på en omsorgsfull og aksepterende måte. I dette møtet skal det så bygges opp en allianse som henter styrke og engasjement fra

kunnskaper, men også fra ens egen personlige integritet og miljøets etiske refleksjon og kompetanse.

Det 'å stå' i aggressive utbrudd og negative projeksjoner, som naturlige og forståelige utslag av sykdomslidelsen, samtidig som det tilstrebes å skape et forhold preget av samarbeid og respekt, krever en type kompetanse som bygges opp både på individ- og gruppenivå over tid.

Betydningen av å oppleve respekt i møtet med Akuttposten og skjerming som god beskyttelse og omsorg, kan være et vesentlig bidrag til det åpne samarbeidsklimaet som kan styrke arbeidet med sammenhengende psykiatritjenester og forebygge unødig bruk av tvang.

Kompetanse i akuttpsykiatrien særpreges altså av en innfølelse balansekunst. Det levende balansepunktet må tilstrebes i arbeidet med å fremme den viktige relasjonen som vi vet kan dempe følelsen av overgrep, og styrke pasientens integritet og følelse av egenverd. Daglige utfordringer synes å være: *'passe nær, passe utforskende, passe avgrensende, passe lyttende, passe bestemt, passe morsom, passe personlig'* osv.

Det å utvikle et språk for denne balansekunsten som både kan speile og bevisstgjøre denne situasjonsavhengige og funksjonelle kompetansen i personalgruppa, må ses på som et vesentlig område til videre fordykning, og det er å håpe at drøftingsmodellen kan være til hjelp i dette arbeidet.

Referanser:

Alty A. (1997). Nurses' learning experience and expressed opinions regarding seclusion practice within one NHS trust. *Journal of Advanced Nursing* no. 25: 786-793.

Andersen A.J. & Karlsson B. (1998). *Psykiatri i endring – Forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

- Andersson M. (2000). Se Människan, I: Eriksson K., Lindstrøm U.Å. (red) (2000). *Gryning, en vårdvetenskapelig antologi*. Åbo: Institutionen for vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Austrem L. M. (1998). *Møte med psykiatrien, - Erfaringer frå pasientar, pårørende og fagfolk*. Oslo: Samlaget.
- Axelsen E. Dalsgaard. (1997). *Symptomet som ressurs*. Oslo: Pax Forlag as.
- Bjørkly S. (1995). Open-area seclusion in long-term treatment of aggressive and disruptive psychotic patients, an introduction to a ward procedure. *Psychol Reports feb.: nr 76:147-157*.
- Brudal P.J. (1999) *Psykosier og psykoseterapi. En modell for psykiatriens hverdag*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Bøe D.T. & Thommasen A. (2000) *Mot en mer menneskelig psykiatri. Fra autoritet og kontroll til dialog og deltagelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksson K. & Lindstrøm U.Å. (red) (2000). *Gryning, en vårdvetenskapelig antologi*. Åbo: Institutionen for vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Eriksson K. (1993). *Møten med lidanden*. Åbo: Institutionen for vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Holte J. Stensland (2000). *Skjerming - teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Notat nr. 2-2000.
- Holte J. Stensland (2001). "Som en livbøye i opprørt hav..." *Skjerming - teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 4-2001.
- Holst, H. (2001): "Hører de ikke hva vi sier?" *En studie om samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 1.
- Hummelvoll J.K. (1995). *Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv. En studie av hvordan en holistisk-eksistensiell sykepleiemodell bidrar til folkehelsemodell*. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan.

- 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* 2/1996. Vol 16 No. 2:25-32.
- Hummelvoll J.K. (1997). *Helt- ikke stykkevis og delt*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Hummelvoll J.K. & Røsset, O. (1999). *De nødvendige idealer og de slitsomme realiteter – fokus på akuttpsykiatrien*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 17 –1999.
- Hummelvoll J.K., Sunde A-S. & Severinsson E. (2000). *Om å møte mennesker mer manisk lidelse – en intervensjonsstudie fra akuttpsykiatrien*. Elverum : Rapport nr 3-2000. Høgskolen i Hedmark.
- Maunsbach M. & Delholm-Lambertsen B. (1997). Det fokuserede gruppeinterview og deltagerobservasjon. *Nordisk Medisin*, 4: 126-128.
- Monsen N.K. (1998). *Velferd uten ansikt. En filosofisk analyse av velferdsstaten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Morgan D.L. (1988). *Focus Groups as Qualitative Research*. California: Sage Publications.
- Morrison R.S. & Peoples L. (1999). Using Focus Group Methodology in Nursing. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. Volum 30, Number 2 March/April.
- Olofsson B. (2000). *Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians*. Umeå Universitet. Dissertation No 655
- Reason P. (1994). Three Approaches to Participative Inquiry. Art I: Denzin N.K., Lincoln Y.S. (eds) *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Strand L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal A/S.

Teising M. (2000). 'Sister I am going crazy, help me !' Psychodynamic-oriented care in psychotic patients in inpatient treatment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7: 449-954.

Tillgren P. & Wallin E. (1999). Fokusgrupper - historik, struktur och tillämpning. *Socialmedicinsk tidsskrift* nr 4: 312 - 321.

Del II

Design og Metode

Att studera livsvärlden - reflektioner kring kvalitativ forskning

Birgitta Hedelin

Inledning

Var vi än befinner oss i livet fördjupas, vidgas och förändras vårt sätt att se på och förstå den värld vi lever i. Genom att göra personliga erfarenheter fördjupas vår kunskap vilket gör att kan vi ställa nya frågor, andra sorts frågor, och söka svar på dem på för var oss nya sätt. Ju mer vi vet upptäcker vi att det finns så oändligt mycket mer vi vill och skulle kunna veta.

Vad innebär det att veta? Vi kan inte veta någonting vare sig om företeelser i världen omkring oss eller om oss själva om vi inte tänker på och begrundar våra erfarenheter och upplevelser, om vi inte reflekterar (jfr Bengtsson 1998). Att reflektera innebär att vi riktar vårt medvetande mot något, att vi sätter ord på och strukturerar de erfarenheter vi gjort som personer i världen. Merleau-Ponty uttrycker det så här:

”All min kunskap om världen, även min vetenskapliga kunskap, vet jag utifrån min egen speciella synvinkel eller utifrån en upplevelse av världen utan vilken vetenskapens symboler skulle vara meningslösa. Vetenskapens

hela värld är byggd på den levda världen ... (Merleau-Ponty 1995, viii, egen översättning)

Jag vill i detta kapitel beskriva mina personliga reflektioner när det gäller kvalitativ forskning i allmänhet och livsvärldsansatsen i synnerhet, alltså den fenomenologiska och hermeneutiska traditionen. Begreppet fenomenologi används huvudsakligen i vid betydelse, även om skillnader och likheter mellan fenomenologin och hermeneutiken kommer att diskuteras.

Perspektivet bakom metoden

Kvalitativa metoder har fått en växande och allt mer framträdande plats i omvårdnadsforskning därför att de gett oss djupare förståelse för erfarenheter och företeelser som har med hälsa, ohälsa, lidande och vård att göra. Det har lett till att kvalitativa metoder också med tiden mötts av ökad respekt, trots den kritik som ofta framkastats från traditionellt vetenskapligt / positivistiskt håll. Diskussionen om nyttan och berättigandet av kvalitativ forskning relaterat till kvantitativ forskning känns inte längre aktuell. Behovet av både och, både kvantitativa och kvalitativa metoder, framstår allt tydligare eftersom syftet med de olika forskningstraditionerna är olika. De olika typer av kunskap som utvecklas om människors komplexa livsbetingelser behöver varken konkurrera eller sättas i ett motsatsförhållande till varandra eftersom de svarar mot olika behov, intressen och mål. Den nödvändiga utgångspunkten är medvetenhet om perspektivet det vill säga att det synsätt som ligger till grund för att de frågeställningar som ställs i forskningen, de metoder som väljs för datainsamling och analys stämmer överens med det underliggande perspektivet (Larsson 1994). Frågan är om perspektivfrågor och grundläggande värderingar är klart formulerade i all forskningsverksamhet. Det verkar ofta som om perspektivet är

implicit och självklart när man formulerar forskningsfråga och väljer metod. Är det verkligen alltid det?

Vad är det för perspektiv som ligger till grund för kvalitativ forskning, eller annorlunda uttryckt, vilken vetenskapsteoretisk grund, vilka grundläggande värderingar, ligger bakom kvalitativa metoder? Det är humanvetenskapens verklighetssyn, människosyn, kunskapssyn som leder fram till en bestämd vetenskapssyn och metodval (Barbosa da Silva & Wahlberg 1994).

Verklighetssynen som är pluralistisk vilket innebär att den är komplex och differentierad. Verkligheten måste förstås utifrån helhet snarare än att reduceras och avgränsas till delar. Helheten är mångfacetterad och omfattar mer än summan av delarna.

Människan som art är unik på grund av sin förmåga att skapa mening och handla utifrån sina mål och förutsättningar. Människan är också unik som person genom sina mångskiftande personliga erfarenheter, önskemål och motiv och att hon påverkas av den tid och den sociala situation hon lever i. Eftersom människan är unik räcker det inte att mäta, göra generella antaganden och söka lagbundenheter om människan som biologisk varelse. Vill man förstå hennes innersta väsen och motivet för hennes handlingar, det rent mänskliga, måste metoder som leder till djupare förståelse användas (Barbosa da Silva & Wahlgren 1994).

Kunskap innebär att förstå på olika plan. Förståelse sker alltid i ett sammanhang som föregår förklaring och förutsägelse. Kunskap baseras på mer än sinnesdata - det direkt observerbara. Ett krav på kunskap är intersubjektivitet, d.v.s. att en person kan förstå en annan person, ett annat subjekt (jfr Husserl, 1992) och att

kunskap därmed är möjlig att kommunicera. Intersubjektivitet utgör ett kriterium för objektivitet i kunskapsteoretisk mening inom kvalitativ forskning.

Vetenskapssynen innebär bland annat frågan om olika perspektiv inom vetenskapen kan komplettera varandra. Vissa (Heidegger 1993, Ricoeur 1993) menar att perspektiven kan komplettera varandra på grund av att förståelse är det centrala inom all vetenskap medan andra (ex Kuhn 1992, Leininger 1992) menar att olika perspektiv aldrig kan leda till utveckling och kunskapstillväxt.

Att välj att arbeta med en kvalitativ metod i forskningen innebär att de grundläggande utgångspunkter som ovan presenterats accepteras. Men även mellan de olika kvalitativa metoderna finns väsentliga skillnader i vetenskaplig hemvist, syfte, datainsamlingsförfarande och analys.

Fenomenologin och livsvärlden

Den moderna fenomenologin utvecklades av Husserl med filosofin som grund. Fenomenologin har beskrivits som både filosofi och metod. Husserl betecknar fenomenologin som *”en vetenskap, ett sammanhang av vetenskapliga discipliner; fenomenologin betecknar samtidigt och framför allt en metod och en tankehållning: den specifikt filosofiska tankehållningen och den specifikt filosofiska metoden”* (Husserl 1989 sid 64). Fenomenologin söker djupare förståelse för innebörd och mening i mänskligt liv och mänskliga erfarenheter. En mening som alltid är preliminär, aldrig absolut. Det handlar om en personlig förståelse, en inifrån - förståelse, av meningsinnehåll i icke-lingvistisk betydelse (Barbosa da Silva & Ohre 1996). van Manen (2001) tar ”handen” som exempel; Fenomenologins intresse är inte handen som biologiskt eller fysiologiskt objekt, inte dess olika delar eller funktion utan handen som subjekt – handens mening

och innebörd. Den vårdande handen, den diagnostiserande handen, den förevisande handen, den bestraffande, den smekande, och den tröstande.

Livsvärlden - alla erfarenheters grund

Husserl beskrev 'livsvärlden' första gången 1916, ett begrepp som kom att bli centralt i modern filosofi och vetenskap. Han hade först kallat den för 'den naturliga erfarenheten' eller 'den naturliga inställningen'. Med livsvärld menade Husserl den värld vi tar för given, som är grund för alla våra erfarenheter och upplevelser, som vi ser som självklar och som finns hos oss utan att vi reflekterar över den. Husserl menade att livsvärlden är grunden för all kunskap. Genom att "gå tillbaka till sakerna", kan vi få kunskap om fenomenens innersta mening, dess väsen, kärna eller essens, det som skiljer något från något annat. Men fenomenen, "sakerna", kan bara nås genom ett subjekt, genom att en person beskriver sina erfarenheter och upplevelser i livsvärlden. Husserl menade att genom att sätta allt världsligt inom parentes, skulle livsvärlden överskridas och ge kunskap om fenomenens innersta väsen, en kunskap som var absolut, ren och sträng, oberoende av tid, rum och existens. Vi skulle därigenom nå "*den rena och så att säga stumma erfarenheten, vars egen mening det nu först gäller att bringa till rent uttryck*" (Husserl 1992 sid.77). Hans mål var att kunskapen om livsvärldens beskaffenhet skulle utgöra en grund för all vetenskap.

Vetenskap som inte utgick från denna grund saknade, enligt Husserl, empiriskt underlag (Husserl 1989, Husserl 1992, Bengtsson 1993, Bengtsson 1999).

Heidegger vidareutvecklade livsvärldsbegreppet. Han menade, till skillnad från Husserl, att livsvärlden inte kan överskridas. Vi kan aldrig komma ifrån eller gå 'bakom' livsvärlden som Heidegger kallade vara-i-världen. Vara-i-världen är levd erfarenhet som vi själva kan påverka och som påverkar oss. Liv och värld kan aldrig skiljas åt utan står i ett ömsesidigt förhållande. Bindesträcken symboliserar att vara och värld hänger ihop, är sammanflätade med varandra.

Det är i den levda världen som mening skapas (Bengtsson 1999, Heidegger 1993).

Merleau-Ponty inspirerades av Husserl och Heidegger och menade att livsvärlden är där *"vi först lärde oss vad en skog och en äng och en flod är"* (Merleau-Ponty 1995 sid. ix). Han betonade i sitt livsvärldsbegrepp vändningen mot världen och kallar det *"vara-till-världen"* eller *"till-världen-varo"*. Det är genom den *"levda kroppen"* vi får tillgång till och interagerar med livsvärlden. Men det är inte *"den levande kroppen"* som biologiskt system utan ett annat kroppsbegrepp som innefattar såväl kroppsliga som själsliga aspekter (Bengtsson 1999, Merleau-Ponty 1995).

Ett annat uttryck för livsvärlden är *"vardagsvärld"* som Schütz utvecklade i sin fenomenologiska vardagssociologi (Bengtsson 1997).

Sammanfattningsvis kan vi se att livsvärlden är

- oundgänglig, självklar och oflekterad. Den utgör grunden för alla våra tankar, upplevelser och all vår varseblivning. Den är lika självklar för oss som att *"en fisk inser inte att den är i vatten förrän den hamnar på land"* (Sander 2000).
- beroende av existens - tid, kultur, sociala förhållanden, enligt Husserls efterträdare. Van Manen (1998) menar t ex att studera livsvärlden är att studera den *"levda erfarenheten"* som omfattar *"lived time, lived space, lived body och lived human relation"* (s 101).
- både personlig och kollektiv, individuell och generell. En person kan aldrig helt och fullständigt förstå en annan persons levda erfarenhet men

med språkets hjälp kan erfarenheten kommuniceras och till viss del förstås av andra. Kunskapen om livsvärlden blir därmed giltig genom att upplevelsen kan förutsättas ha funnits även hos andra, den kan vara en möjlig mänsklig erfarenhet.

Ett centralt begrepp inom fenomenologin och därmed också i livsvärldsansatsen är `intersubjektivitet` som innebär förmågan att förstå ett annat subjekt, att dela erfarenheter och därmed fördjupa och vidga den egna erfarenheten. Ett annat begrepp är `intentionalitet` som avser vår, subjektets, vändningen mot objekten, sakerna, fenomenen, i livsvärlden. När vi tänker tänker vi på något, när vi skrattar skrattar vi åt något, när vi längtar längtar vi efter något, som därmed får innebörd och mening för oss (Jfr noema och noesis i bla Bengtsson 1998, Bjurvill 1995).

Hur kan livsvärlden studeras?

Den levda erfarenheten

Livsvärlden kan studeras genom beskrivningar av personers levda erfarenhet, deras personliga, konkreta upplevelser. Husserl skulle kanske uttrycka det som att vi studerar fenomenen genom subjektets beskrivningar vilka ger oss tillgång till fenomenets essens och innersta väsen. Enklare uttryckt kan man säga att fenomenologin studerar möjliga mänskliga erfarenheter och upplevelser ur ett inifrån – perspektiv (van Manen 1998). Genom att fråga människor om deras konkreta erfarenheter och upplevelser av den företeelse vi vill studera får vi också vetskap om vilken mening och innebörd de lägger i sina erfarenheter.

Frågan är vad vi frågar efter när vi ber om beskrivningar av konkreta upplevelser? Vad är att uppleva, att erfara? Var skapas mening? Är det i

situationen – den konkret levda - eller i reflektionen efteråt? Att erfara, uppleva i ögonblicket, är pre-reflektivt, det sker spontant och intuitivt men när vi tänker på, reflekterar över, vad vi varit med om använder vi ord, begrepp och symboler. Vi försöker ge upplevelsen en struktur och ett sammanhang där händelsens mening och innebörd skapas, mot bakgrund av våra tidigare erfarenheter. Fenomenologi är således alltid retrospektiv, den innebär att se tillbaka, den bygger på minnen (van Manen 2001). När vi reflekterar går den direkta upplevelsen förlorad. Ofta sker upplevelse och reflektion samtidigt men varje gång vi berättar om en upplevelse förändras berättelsen eftersom även våra tidigare berättelser införlivas med våra minnen och ger fördjupad förståelse av upplevelsen (se t ex Öhlen 2000). Skulle då berättelserna i själva verket vara en förfälskning av verkligheten? Det är viktigt att i detta sammanhang inte blanda ihop den fenomenologiska sanningen med den empiriska sanningen eller den logiska sanningen (Barbosa da Silva & Wahlberg 1994). Fenomenologin studerar möjliga mänskliga upplevelser och intresserar sig inte primärt för att eller hur något faktiskt inträffat. Vi skapar vår personliga mening ständigt – meningen, innebörden är aldrig statisk utan vi omprövar och fördjupar den ständigt – när vi reflekterar, gör nya erfarenheter, i mötet med andra personer, när vi läser skönlitteratur eller fördjupar oss i teoretisk kunskap, när vi lever.

I en studie av äldre kvinnors psykiska hälsa (Hedelin & Strandmark 2001) visade det sig att berättandet var mycket betydelsefullt. Genom att berätta för andra kunde kvinnorna dels bekräfta sin egen existens och sitt värde och samtidigt få bekräftelse från andra. Att dela sin livshistoria med andra bidrog även till att blicka tillbaka, summera och ge mening i det liv man levte.

Den som kan beskriva sina upplevelser

Vi måste vända oss till `erfarna´ personer d.v.s. de som har upplevt, erfarit, den situation eller det fenomen vi vill studera. Men det räcker inte. De måste också

ha förmågan att beskriva företeelsen så noggrant och konkret som möjligt. Därför väljer vi noga vilka personer vi ska tillfråga. Detta är både en förutsättning för att få rika beskrivningar och en risk att denna "elite-bias" hotar studiens tillförlitlighet (Sandelowski 1968, Morse 1991). Genom att dessa "erfarna" personer ombeds beskriva sina upplevelser, ge skriftliga eller muntliga berättelser, delta i kvalitativa intervjuer, som snarare är samtal och dialog än regelrätta intervjuer, ge sin livshistorier eller skriva dagböcker vill vi fånga den levda upplevelsen så konkret ochoreflekterad som möjligt.

Det fenomenologiska förhållningssättet

Flera författare har beskrivit olika tillvägagångssätt för att studera livsvärlden. Några av dem är Spiegelberg (1984), van Manen (1997), och Giorgi (1985) som alla beskrivit den fenomenologiska forskningsmetoden som flera på varandra följande steg. Samtidigt framhåller de att arbetssättet snarare är ett specifikt förhållningssätt. Förhållningssättet innebär en särskild sorts uppmärksamhet, en attityd av öppenhet, följsamhet och ödmjukhet till det "som visar sig" för att använda Husserls ord. Forskarens förmåga till intuition och reflektion är därför viktiga förutsättningar för att upptäcka "det förunderliga i det självklara" (Sander 2000). Heidegger (1973) menar att det fenomenologiska förhållningssättet kan vi inte läsa oss till teoretiskt, det måste praktiseras. Förhållningssättet innebär även en etisk dimension, ett ansvar – att svara ann – till de personer som ger oss tillträde till sin livsvärld, att respektera den som gjort upplevelsen (Öhlen 2000). En upplevelse kan aldrig ifrågasättas.

Hur kan livsvärlden synliggöras?

Hittills har fenomenologin, i denna framställning, betraktas i vid bemärkelse och någon uppdelning mellan fenomenologi och hermeneutik har inte gjorts. Ett skäl har varit att den moderna hermeneutiken har sina rötter i Husserls fenomenologi men splittrades upp i olika inriktningar på grund av meningsskiljaktigheter om

den transendentala fenomenologin. Den idé-historiska grunden för modern hermeneutik lades i kritiken mot Husserls tankar om en vetenskap som inte var beroende av existens, historia, kontext och som kunde nås genom att överskrida livsvärlden (se t ex Bengtsson 1998). Kritiken kom att utveckla den hermeneutiska inriktningen genom bla Heidegger, Riccour och Gadamer samt den existensfilosofiska inriktningen med bla Merleau-Ponty och Sartre. Fenomenologi kan därmed omfatta två huvud inriktningar; den beskrivande fenomenologin och den tolkande fenomenologin.

Grunden för den beskrivande fenomenologin finns i Husserls transcendentala fenomenologi som bygger på subjektets beskrivningar. Den tolkande fenomenologin har benämnts på olika sätt; fenomenologisk hermeneutik, hermeneutisk fenomenologi eller enbart hermeneutik men skillnaderna mellan dem har inte varit tydliga. Både i den beskrivande fenomenologin och i den tolkande fenomenologin/hermeneutiken syftar analysen av de givna berättelserna till att synliggöra det osynliga, att avtäcka, artikulera och uppenbara mening och innebörd i fenomen eller mänskliga upplevelser.

En avgörande skillnad mellan beskrivande fenomenologi och hermeneutik är att fenomenologin betonar reduktion och rena beskrivningar medan hermeneutiken betonar för-förståelse och tolkning. Är dessa skillnader i begrepps bilden väsensskilda och omöjliga att överskrida eller handlar det närliggande begrepp? Det gäller till exempel innebörden av Husserls begrepp "appresentationer" (appresentationer – ad – till). Husserl (1989, 1992) menade att när vi varseblir ett objekt sker det genom vad som direkt presenterar sig för oss, vad vi ser, direkt uppenbarar, men samtidigt medpresenteras annat som inte är direkt givet.

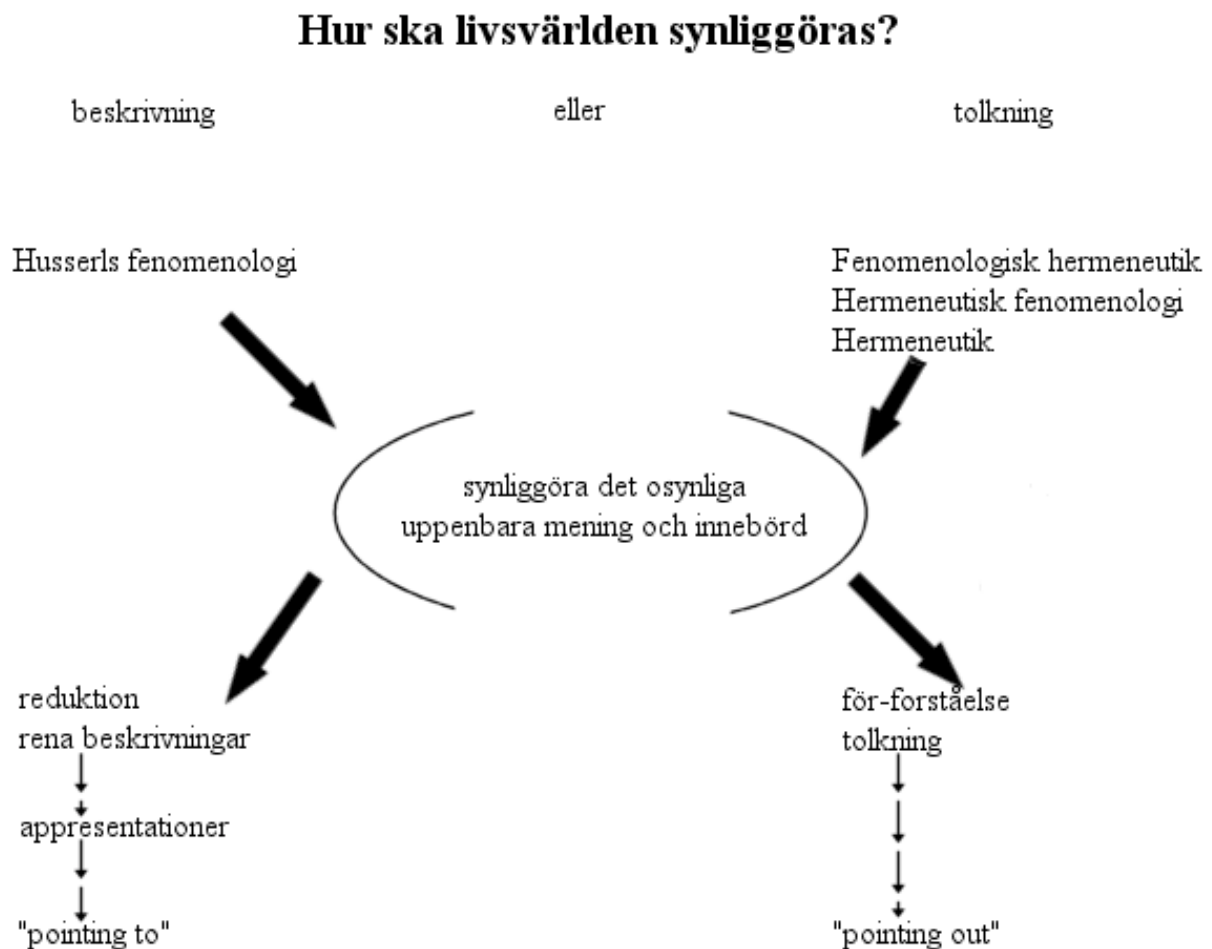
Ett exempel kan utgöras av forskning kring psykisk hälsa och depression hos äldre kvinnor (Hedelin & Strandmark 2001a, Hedelin & Strandmark 2001b).

Kvinnornas relation till andra framstod som centralt i såväl innebörden av psykisk hälsa som psykisk ohälsa. Det som skilde i deras beskrivningar var att relationer till andra gav bekräftelse av existens och värde och därmed hälsa och välbefinnande medan andra beskrev relationer till andra som en kränkning av självbild och värde och därmed ohälsa och depression. Kan den innebörd som kvinnorna lade i relationen till andra hänföras till begreppet appresentation – vad som medpresenterades innebördsmissigt i deras medvetande när de beskrev relationen till andra? Eller handlar det om för-förståelse, en förväntan att relationer är bekräftande eller kränkande? Finns det ett samband mellan för-förståelsen och vad som medpresenteras i personens medvetande?

Ett annat exempel är närheten mellan begreppen reduktionen och tolkning. Giorgi (1985) som företräder den beskrivande fenomenologin menar att reduktion sker på olika nivåer i en forskningsprocess. Bland annat när subjektet väljer ut en situation bland många andra som han/hon tar som exempel på den konkreta levda erfarenhet som efterfrågas. Samma situation måste också av forskaren tas som ett exempel på företeelsen. Kan inte begreppet ”reduktion” i detta sammanhang kopplas till ”tolkning”? Subjektet tolkar forskarens fråga och väljer att beskriva en viss företeelse som han/hon menar motsvara det efterfrågade.

Ytterligare ett exempel kan tas från Giorgi (1985) analysmetod. Det tredje steget i analysen innebär att subjektets vardagsspråk ska transformeras till forskarens språk och vetenskapliga perspektiv samtidigt som forskaren sätter sina personliga erfarenheter och teoretisk kunskap inom parentes. Finns inte även här en närhet mellan tolkning, beskrivning och reduktion även om begreppen som sådana definieras mycket olika?

Gadamer (1986 i van Manen 1997) gör skillnad mellan två olika typer av tolkning ”pointing to” och ”pointing out”. Det första innebär att ’ta fram’ ’peka på’ vad texten förmedlar, vad som visar sig utan att ge någon ytterligare innebörd. Pointing out däremot innebär att ge, tolka in, olika meningar i texten. Kan det första motsvara den beskrivande fenomenologin medan det andra sättet skulle motsvara det vi kallar tolkande fenomenologi och hermeneutik? Se figur 1 över den beskrivande och tolkande fenomenologin.



Figur 1. Beskrivande och tolkande fenomenologi.

Barbosa da Silva och Ore (1996) menar att det inte finns någon grundläggande motsättning mellan den hermeneutiska principen om förståelse och den fenomenologiska beskrivningen, det är bara fenomenologins inriktning på förutsättningslös beskrivning som kommer i konflikt med förståelsegrunden

inom hermeneutiken. Kirkevold (2000) frågar sig om det är möjligt och meningsfullt att dela upp kvalitativ forskning på linjen mellan fenomenologi och hermeneutik. Är den grundläggande skillnaden mellan beskrivande och tolkande forskning mer en språklig än filosofisk skillnad? Husserl försökte under hela sitt liv visa att rena beskrivningar var möjliga att nå (Merleau-Ponty 1995) men det framstår allt mer tydligt att den mångfacetterade livsvärlden kan aldrig beskrivas ren och fristående från sitt sammanhang och de personer som beskriver den.

Livsvärlden som sammanflätning mellan filosofi, metod och praxis

Kan man använda fenomenologin till att studera patienters erfarenhet utifrån omvårdnadens intresse eller handlar det om att söka essensen i specifika fenomen som filosofins intresse? Crotty (1996) har riktat skarp kritik mot det sätt som fenomenologin används inom omvårdnadsforskning, pedagogik och psykologi. Han menar bland annat att det utvecklats en speciell "nursing phenomenology" som inte bör göra anspråk på kan kallas fenomenologi. Crotty skriver "*Learning and understanding peoples' subjective experiences has an obvious and multi-faced importance, as well as very practical implications, not least in 'helping' profession such as nursing*" "To what extent, if any, is this research phenomenological" (a.a sid 24)". Giorgi (2000) liksom van Manen (2001) framhåller att det är viktigt att skilja på filosofi och metod. Van Manen (2001) menar att det är fenomenologi som praxis som används inom omvårdnadsforskning och pedagogisk forskning.

Livsvärldsansatsen kan även utgöra praxis inte bara i omvårdnadsforskningen utan även som grund i omvårdnad och omsorgsarbete. Här kan endast ges några reflektioner kring livsvärldens, inifrånperspektivets, betydelse i omvårdnaden.

Patientens beskrivningar av sin levda erfarenhet ger vårdaren förståelse för den innebörd patienten lägger i hälsa, ohälsa och lidande och utgör därmed en förutsättning för vårdprocessen och hälsofrämjande arbete. Det kräver att vårdaren har en särskild sorts uppmärksamhet, en attityd av öppenhet, följsamhet och ödmjukhet till det som patienten beskriver (jfr det fenomenologiska förhållningssättet). Också i omvårdnaden behöver vårdaren intuition och reflektion, en pendling mellan närhet och distans, mellan teori och praktik, mellan det unika och det generella, mellan helhet och del (jfr den hermeneutiska spiralen) för att komma nära och förstå patientens levda erfarenhet i så stor utsträckning som möjligt för att ge en god omvårdnad. Det handlar om att använda sin för-förståelse, sätta egna personliga behov och önskemål inom parentes och att tolka patientens budskap. Det förutsätter även ett etiskt ansvar, att ta patienten på allvar och inte ifrågasätta upplevelsen. En viktig omvårdnadshandling är att få patienten att berätta om sina erfarenheter och att ge sig tid att verkligen lyssna på berättelsen. Genom att hjälpa patienten sätta ord på och reflektera över sina upplevelser av lidande, hälsa och vård kan patienten finna mening i sin situation. Grundläggande för livsvärldsansatsen i omvårdnad, liksom i kvalitativ forskning, är det humanistiska perspektivet på människan som unik och verkligheten som komplex, där varken människan eller verkligheten kan reduceras.

Konklusion

Budskapet i denna reflexion över livsvärlden och kvalitativ har varit att

- valet av en kvalitativ forskningsmetod är det sista ledet i en rad grundläggande ställningstaganden om världen, vetenskapen och människans natur. Forskningens inre logik hör samman med dessa

grundläggande antaganden. Det finns alltid en mer eller mindre medveten och uttalad grund för hur forskningsintresset riktas.

- livsvärlden är den specifika och gemensamma utgångspunkten för all våra levda erfarenhet. I livsvärlden finns allt, från de mest triviala och vardagliga småttigheterna till de stora övergripande, existentiella frågorna, allt materiellt, naturligt och universellt. Här finns källan till all glädje och oro till alla handlingar och allt vetande. I livsvärlden finns också hälsa, sjukdom, lidande, behandling, omvårdnad och den mening och innebörd detta har för oss.
- kunskap är alltid personlig. Vi kan inte beskriva någonting på något annat sätt än vi själva förstått det. De sammanflätningar av beskrivande och tolkande fenomenologi som gjorts här är inte förenliga med rättrogen fenomenologi och hermeneutik. Det vittnar om en eklektisk inställning. Jag har trots det valt att dela med mig av de tankar jag nu har omkring dessa frågor med vetenskapen om att innebörd och mening förändras och fördjupas.

Referenser

- Barbosa da Silva, A. & Ore, K. (1996) *Hva er religionsfenomenologi. En kritisk studie av religionsstudiet*. Stavanger: Religionshögskolens forlag.
- Barbosa da Silva, A. & Wahlberg V. (1994) Vetenskapsteoretisk grund för kvalitativ metod. I: Starrin, B. & Svensson, P-G. (red) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson, J. (1999) *Med livsvärlden som grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson, J. (1998) *Fenomenologiska utflykter*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.

- Bengtsson, J. (1993) *Sammanflätningar Husserls och Merleau-Pontys fenomenologi*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.
- Bjurvill, C. (1995) *Fenomenologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Crotty, M. (1996) *Phenomenology in nursing research*. Melbourne: Churchill Livingstone.
- Giorgi, A. (2000) Concerning the Application of Phenomenology to Caring Research. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 11-15.
- Giorgi, A (1985) *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburgh: Dequesne University Press.
- Hedelin B., Strandmark, M. (2001) The meaning of mental health from elderly women's perspectives: a basis for health promotion. *Perspective in Psychiatric Care*, vol 37, 7-14.
- Hedelin, B., Strandmark, M. (2001) The meaning of depression from the life-world perspective of elderly women. *Issues in Mental Health Nursing* 22:401-420.
- Heidegger, M. (1993) *Varat och tiden*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.
- Husserl, E. (1992) *Cartecianska meditationer. En inledning till fenomenologin*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.
- Husserl, E. (1989) *Fenomenologins idé*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.
- Kirkevold, M. (2000) Editorial. Qualitative Methods in Caring Sciences: Time for critical reflection and dialogue. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 1-2.
- Kuhn, T. (1992) *De vetenskapliga revolutionernas struktur*. Stockholm: Thales.
- Larsson, S. (1994) Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. I Starrin, B. & Svensson P-G. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Leininger, M. (1992) Current issues, problems and trends to advance qualitative paradigmatic research methods in the future. *Qualitative Health Research* 2, 392-415.

- van Manen, M. (2001) *Muntlig kommunikation*, Workshop vid International conference in Qualitative Health Research, Edmonton, Canada i februari.
- van Manen, M. (1998) *Researching Lived Experience*. The althouse press. University of Western Ontario, Ontario, Canada.
- Merleau- Ponty, M. (1995). *Phenomenology of perception*. London: Routledge
- Morse J.M. (1991) Strategies for sampling. I: Morse J.M. (red) *Qualitative Nursing Research A contemporary dialogue*. sid. 127-145. London: Sage Publications Inc.
- Ricoeur, P. (1993) *Från text till handling*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag, Symposium AB.
- Sandelowski, M. (1986) The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing science* 8(3), 27-37.
- Sander, Å. (2000) *Personlig kommunikation*. Forskarutbildningskurs i Fenomenologi, Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg.
- Spiegelberg, H. (1984) *The phenomenological movement: a historical introduction*. Haag: Martinus Nijhoff Publishers.
- Öhlén, J. (2000) *Att vara i en fristad. Berättelser om lindrat lidande inom palliativ vård*. Doktorsavhandling. Institutionen för vårdpedagogik. Göteborgs universitet.

Handlingsorientert forskningssamarbeid eksemplifisert ved Prosjekt Undervisningsavdeling

JanKåre Hummelvoll

Innledning

”De nødvendige idealer og de slitsomme realiteter – fokus på akuttpsykiatrien” (Hummelvoll & Rösset 1999) er tittelen på en forskningsrapport som var et resultat av feltstudier ved en psykiatrisk akuttpost vinteren 1999. Feltstudien skulle gi grunndata for videre forskningssamarbeid mellom Høgskolen i Hedmark og Sanderud sykehus. Den gav innsyn i akuttpsykiatriens forutsetninger, muligheter og begrensninger – samt personalets opplevelse av sin arbeidssituasjon. En slik praksisnær forskning realitetsorienterer forskeren i forhold til praksisfeltets rammebetingelser. Tredje observasjonsdag finnes følgende refleksjon i feltnotatene:

Jeg merker etter denne dagen hvor viktig det er (for meg som lærer) å få nærkontakt med praksis. Jeg ser de daglige utfordringer som man er fritatt for når man ikke er underlagt 'handlingstvang' i den kliniske situasjon. Jeg føler ydmykhet i forhold til kompleksiteten i praksis, og for alle de avgjørelser som må fattes som nest beste eller tredje beste løsning. Balansen mellom de nødvendige idealer (forstått som faglige og personlige verdier – sammenkoblet med 'skolekunnskap') og realitetene må være besværlige å håndtere – hvis man da ikke har vært på stedet så lenge at man ikke lenger stiller spørsmål ved egen praksis.

Dialektikken mellom praksis og teori har med andre ord blitt levende og har bidratt til en avansert form for voksenopplæring for både forsker og ansatte.

Utgangspunktet for forskningssamarbeidet var personalets ønske om kompetanseutvikling – noe som forutsetter en kunnskapsproduksjon som oppleves relevant for de som arbeider i det kliniske felt.¹²

Relasjonen mellom høgskolenes profesjonsutdanninger og praksisfelt er preget av gjensidig avhengighet: Høgskolen trenger 'jording' i den praktiske virkelighet hvor studenter møter gode rollemodeller, og praksisfeltet behøver stadig tilpasning og forfining av sine metoder og organisasjonsformer for å gi god behandling og pleie – samt å fremstå på en måte som sikrer tilstrekkelig rekruttering av kvalifiserte og motiverte kandidater. Nettopp denne gjensidige avhengighet er et produktivt utgangspunkt for samarbeid. Et nærliggende bidrag fra høgskolens side er tilbud om praksisnær forskning kjennetegnet av *handlingsorientert forskningssamarbeid*. Et bilde av hvordan det oppleves å delta i et slikt samarbeid – etter ca. et halvt år - fremstilles slik av en av personalet:

Utover høsten var personalet nedkjørt på grunn av stort arbeidspress – noe som førte til misnøye og flere sykmeldinger. I denne perioden begynte posten å ta i bruk metoder for prosessforbedring – samtidig som observasjonene i forbindelse med Prosjekt Undervisningsavdeling tok til. Vi følte krav fra mange hold og opplevde at vi ikke gjorde en god nok jobb – og at det vi hadde gjort tidligere ikke var bra nok. Situasjonen ble prekær og pasienttallet måtte reduseres. Forskerne var i situasjonen - i miljøet med pasientene, på møtene våre og hørte våre diskusjoner. Vi ble sett og observert med faglige øyne utenfra. De så noe annet enn vi så. Vi kunne henvende og rådføre oss med dem. Det har vært godt i denne perioden. Egentlig forbauser det meg etter mange år i posten at det fortsatt er så mange nye problemstillinger som trenger drøfting og

¹² Med kompetanse menes her *personbaserte egenskaper som kan bidra til å løse oppgaver på bestemte områder* (NOU 1994:8). Denne definisjonen kan operasjonaliseres slik at personbaserte egenskaper innebærer: *kunnskaper, ferdigheter, innsikt, erfaringer og holdninger som setter en i stand til å mestre en situasjon eller løse en oppgave innen et saksområde* – her forstått som psykiatrifeltet (Hummelvoll & Røsset 1998).

refleksjon i personalgruppa. Men to pasienter er ikke identiske – blir det heller aldri. Dette er en utfordring for oss – og det er en ressurs å ha med ”Prosjekt Undervisningsavdeling” i arbeidsfellesskapet.

Hensikten med denne artikkelen er å klargjøre innholdet i handlingsorientert forskningssamarbeid. Dette gjøres ved først ved å kommentere sentrale kjennetegn på aksjonsforskning. Deretter presenteres en teoretisk modell for handlingsorientert forskningssamarbeid ('co-operative inquiry'). Den praktiske anvendelse av modellen illustreres gjennom ”Prosjekt Undervisningsavdeling”. Til slutt drøftes validitetsspørsmål knyttet til handlingsorientert forskningssamarbeid.

Aksjonsforskning

Aksjonsforskning eller handlingsorientert forskning kan kort defineres som forskning hvor praktisk handling inngår. Det er flere former for aksjonsforskning som bygger på delvis forskjellig teoretisk grunnlag – hvorav *emansipatorisk* (frigjørende) aksjonsforskning og *deltagerorientert* (eller til og med deltagerstyrt) forskning er de vanligste. Den første formen er primært rettet mot underprivilegerte grupper hvor metoden er dialog, kritisk bevisstgjøring og sosial aksjon med grupper i deres miljø, mens den andre er orientert mot grupper som i utgangspunktet opplever at de kan påvirke sin situasjon og forbedre den, og metoden er etablering av forskningsgrupper preget av erfaringsdeling, refleksjon og aksjon. Felles for aksjonsforskningsmodellene er at man arbeider åpent, direkte og i samarbeid med aktørene i det aktuelle forskningsfelt.

Deltagerorientert aksjonsforskning har etter hvert oppnådd både oppmerksomhet og akseptasjon ikke minst innen helserelatert forskning. Mens den tradisjonelle helseforskning søker å skape '*kunnskap for forståelse*' er fokus innen deltagerorientert forskning først og fremst å utvikle '*kunnskap for handling*' (jfr.

Cornwall & Jewkes 1995). I deltagerorientert aksjonsforskning har man en 'bottom-up' tilnærming hvor fokus ligger på lokalt definerte prioriteringer og perspektiver. Hovedelementet i denne forskningsstrategien ligger ikke i metodene som brukes, men i forskernes holdninger – noe som i sin tur bestemmer hvordan og for hvem forskningen blir utformet og gjennomført. Hovedforskjellen mellom denne tilnærmingen og de tradisjonelle har å gjøre med hvor makt og innflytelse er plassert i de ulike fasene av forskningsprosessen. Deltagerorientert aksjonsforskning er kjennetegnet av at den er reflektiv, fleksibel og prosessuell – i motsetning til mer lineære designs i tradisjonelle tilnærminger. Hovedstyrken i deltagerorienteringen ligger i at man utforsker lokal kunnskap og lokale oppfatninger – og at muligheten for å skape relevant kunnskap derved øker. I praksis er likevel forholdet mellom ytterpunktene i forskningsorienteringene glidende (Cornwall & Jewkes 1995). Et karakteristisk trekk ved deltagerorienteringen er at man gjerne anvender tradisjonelle forskningsmetoder på nye måter med aksjonsformål sammen med 'lokalbefolkningen'. I løpet av en forskningsprosess vil graden av deltagelse variere. Den viktigste forskjellen mellom tradisjonell forskning og deltagerorientert aksjonsforskning sentrerer om hvordan og av hvem forskningsspørsmålene blir formulert – og ved og for hvem forskningsresultatene blir brukt.

Forskerrollen i de ulike varianter av aksjonsforskning er preget av forskjellige dilemma (jfr. Westlander 2000). Disse dreier seg om *etiske* forhold det må tas stilling til, dvs. dels aksjonsforskerens egne vurderinger relatert til etikken i den praktiske virksomheten, dels om aksjonsforskerens troverdighet (konfidensialitet, upartiskhet osv). Videre handler dilemmaene om *målene* for forskningen – dvs. om man skal forankre arbeidet i sine vitenskapelige interesser eller om man skal rette arbeidet mot praktisk hjelp og problemløsning.

Westlander (2000) presenterer følgende skisse av dette potensielle motsetningsforholdet:

Den rendyrkede forskningsinnrettede forsker	Den rendyrkede serviceinnrettede forsker
Samler data med primær verdi for et vitenskapelig arbeid – med risiko for liten bruksverdi for feltet/praktikeren	Samler data av stor praktisk (men liten vitenskapelig) verdi
Respekterer den tid som trengs for å gjøre en vitenskapelig vel underbygget analyse innen man fatter beslutning om tiltak	Underordner seg den knappe tid som er til disposisjon for å komme frem til en rimelig godt underbygget praktisk problemløsning

Figur 1. Spenningsforhold mellom forskerroller

I dette spenningsfeltet må forskeren fatte beslutninger om hva som skal være det primære ansvar. God forskning kan gjøres om forskeren forhandler seg frem til mer tid og ressurser før analyse og tolkning fremlegges.

Et tredje dilemma kan oppstå i forhold til *initiativet* til forskningen. Kommer det fra oppdragsgivere (hvor forskeren blir en 'teknisk problemløser') eller kommer det fra forskeren (med forskningens frihet)? Den opprinnelige problemformuleringen kan imidlertid endres etter at aksjonsforskeren har gjennomført den innledende diagnostiske analysen – slik at forskeren deretter får styring med det videre arbeid. Generelt vil spekteret av forskningsroller kunne fremstilles slik (jfr. Chisholm & Elden 1993):

Forskerdominert	versus	Samarbeidsorientert
Forskermodellen akseptert		- Modell utviklet i fellesskap
Informasjon som er skapt av forskeren benyttes		- Informasjon utviklet i fellesskap benyttes
Forskeren foretar alle viktige avgjørelser i forskningsprosessen		- Forsker og medforskere foretar felles beslutninger i forskningsprosessen

Fig. 2. Forskerrollen i aksjonsforskning

Handlingsorientert forskningssamarbeid

Den tilnærmingen som Prosjekt Undervisningsavdeling (se senere) er inspirert av er 'co-operative inquiry' (dvs. handlingsorientert forskningssamarbeid) – slik den er beskrevet av Reason og Heron (1986) og Reason (1988, 1994). Denne versjonen av aksjonsforskning har sine røtter i humanistisk psykologi (for eksempel Maslow, Rogers og Heron).

Grunnlagstenkning: Handlingsorientert forskningssamarbeid er utviklet som en reaksjon mot ortodokse (positivistiske) forskningsmetoder som betraktes som uegnede når det gjelder forskning på personer fordi subjektene selvbestemmelse blir underminert (jfr. Reason 1988). Ortodoks vitenskapelig metode (særlig eksperimenter, surveys og strukturert observasjoner) sikter bevisst mot å ekskludere subjektene fra alle valg som har med forskningstemaet å gjøre. Det forhindrer dem i å påvirke metodevalg og delta i den kreative tenkning som skal til for å skape mening i resultatene. Dette betraktes som forskerens ansvar. Ved en slik tilnærming bidrar forskeren gjennom sine metoder til å gjøre verden fattigere og i ytterste konsekvens vil dette mekaniske

verdensbildet tendere mot å behandle alle levende vesener som ting som kan manipuleres og utnyttes.

Mens ortodokse forskere forutsetter at de selv er 'selv-styrte', og de det forskes på som 'andre-styrte, betraktes alle involverte i 'co-operative inquiry' som selv-styrte personer som bidrar både til kreativ tenkning og til forskningsprosessen. Forskningstilnærmingen bygger på tre interrelaterte aspekter, nemlig 1) deltagende og holistisk viten, 2) kritisk subjektivitet og 3) kunnskap-i-handling (jfr. Reason 1988).

Deltagende og helhetlig viten er en bevegelse bort fra objektivitetens distansering og atskilthet.¹³ Dette paradigmet inneholder begreper som *helhet*, *kompleksitet* og *deltagelse*. Deltagelse er en innbefattet del av helheten: man kan ikke virkelig forstå helhetens struktur uten at man aksepterer den mening helheten har for alle deler som samvirker. På samme måte som helhet innbefatter deltagelse, så betyr deltagelse *empati* (forstått som en tilnærmet identifikasjon med det som er gjenstand for vår oppmerksomhet) – og empati medfører *ansvar*. Vi kan ikke egentlig delta i helheten uten at vi tar ansvar for det.

Fokuseringen av helhet betyr at man verken er interessert i fragmentert kunnskap eller teoretisk kunnskap som er skilt fra praksis og erfaring. Man søker kunnskap-i-handling som omfatter så mye av deltagerens erfaring som mulig. Dette betyr at aspekter ved et fenomen forstås dypt fordi man kjenner fenomenet ut fra deltagelse i systemet som helhet – og det ses ikke på som

¹³ Heron (1988) påpeker at det naturvitenskapelige verdensbildet av årsak-virkning har brakt frem enorme materielle goder gjennom utvikling av vitenskap og teknologi, men utviklingen har også en mørk side: økologisk ødeleggelse, menneskelig og sosial fragmentering og åndelig fattigdom. Han hevder at denne mekaniske metaforen holder på å bryte sammen, og at samfunnet er i en epistemologisk krise fordi vi nøler med å ta den bevisst inn over oss – selv om vi er klar over at den 'offisielle kunnskap' er utilstrekkelig.

avhengige eller uavhengige variabler slik tilfellet er i eksperimentell vitenskap. Helhetstilnærmingen fører til en en form for teoribygging og forståelse som er deskriptiv og systemisk (dvs. mettede beskrivelser eller sammenlenket teori). Dette skaper en fortettet 'kunnskapsvev'.

Kritisk subjektivitet er en kvalitet i vår bevissthet som hjelper oss til å overstige splittelsen mellom objektivitet og subjektivitet. Det betyr at man verken undertrykker ens primære, naive subjektive opplevelse og erfaring eller at man overveldes eller lar seg rive med av den. I stedet fokuseres erfaringen bevisst som en del av forskningsprosessen. I denne kritiske bevissthet er man klar over at den enkelte ser verden som 'sin verden' og ikke som 'verden'. Følgelig vektlegges den individuelle opplevelse og erfaring.

Kunnskap-i-handling innebærer at kunnskap skapes i og for handling – heller enn i og for refleksjon. Dette er ikke noe nytt, allerede Kurt Lewin spissformulerte dette poenget gjennom å hevde at "det er ikke noe så praktisk som en god teori". Dette betyr ikke at man ikke skriver bøker og artikler for vitenskapelige formål, men man understreker at betydningsfull kunnskap er den praktiske kunnskap som er forbundet med nye ferdigheter og 'praksiser'. Følgelig vil handlingsorientert forskningssamarbeid være preget av at granskning, utdanning og sosial aksjon integreres i forskningsprosessen. I denne tilnærmingen vil validitetsspørsmål være meget sentrale i og med at man baserer forskningen på et høyt nivå av selv-kunnskap, selv-refleksjon og kritikk blant de som forsker sammen (se senere under validitet).

Forskningstilnærmingen hviler på to sentrale ideer, nemlig a) at mennesker betraktes som *selvbestemmende*, dvs som skapere ('authors') av sine egne handlinger (til en viss grad reelt og i større grad potensielt) og b) en utvidet *forståelse av kunnskap* (Reason & Heron 1986).

Å hevde at mennesker er selvbestemmende betyr at deres intensjoner, hensikter og overlagte valg er grunnen til deres handlinger. Man kan bare gjennomføre forskning knyttet til personer (i egentlig mening) hvis man nærmer seg dem som selvbestemmende – noe som betyr at det de gjør, opplever og erfarer som følge av forskningen - på avgjørende måte må bli bestemt av dem selv. I en slik forskningstilnærming er alle involverte både *med-forskere* (hvor de med sin tenkning og avgjørelser bidrar til å skape ideer, utforming og gjennomføring av prosjektet og å trekke konklusjoner fra erfaringene) – og *med-subjekter* som deltar i den virksomhet som studeres.

Når det gjelder forståelsen av kunnskap hevder Reason (1994) at det hovedsakelig finnes tre former: 1) *erfaringskunnskap* som nås gjennom direkte møter med personer, steder og ting, 2) *praktisk kunnskap* som har å gjøre med hvordan man gjør noe (kunnskap som vises gjennom ferdigheter eller kompetanse) og 3) *påstandskunnskap* (teoretisk kunnskap) som er kunnskap om noe og som uttrykkes gjennom påstander og teorier. I forskning rettet mot personer må påstandskunnskap som kommer frem i forskningskonklusjonene være avledet fra og rotfestet i subjektene erfarings- og praksiskunnskap.

Metode: Selve kjernen i 'co-operative inquiry' er en bevisst og selv-kritisk bevegelse mellom erfaring og refleksjon som gjennomgår flere sykluser hvor ideer, praksis og erfaring blir systematisk finslipet og forbedret. I beskrivelsen av forskningsprosessen kan man skille mellom fire faser (Reason & Heron 1986, Reason 1990 og 1994):

Fase 1: Forskeren og med-forskerne enes om hva de vil utforske, dvs. hvilke ideer og teorier de vil ta inn i forskningen. Noen foreløpige problemstillinger identifiseres. Med-forskerne kan for eksempel bli enige om å prøve ut i praksis bestemte metoder, ferdigheter, tilnærminger eller å endre organisering og rammer for sin praksis. I fellesskap kommer man frem til hvordan man skal

observere, måle eller på andre måter samle erfaringer for videre refleksjon og rapportering. I denne fasen anvendes primært *påstandskunnskap/teoretisk kunnskap* ('propositional knowledge').

Fase 2: Her bestemmes hvordan forskningsaksjonen skal gjennomføres. Man anvender ideer og prosedyrer i den daglige virksomhet. Resultatene av holdninger og handlinger observeres og registreres. Både selv-observasjon og observasjon av hverandres virksomhet benyttes. I denne fasen er man primært innen området for *praktisk kunnskap*.

Fase 3: Kunnskapsanvendelsen fører med-forskerne inn i fordypning av sin praksis som med-subjekter. De møter den praktiske virkelighet direkte og mest mulig forutsetningsløst i forhold til de ideer og oppfatninger som de startet med i fase 1. På denne måten åpner de for nye erfaringer og prøver å skille ut hva som egentlig hender. Deltagerne kan kjenne seg opprømt over ny interesse og engasjement i forhold til pasientgruppen, eller kjenne seg utmattet i forhold til hverdagslige problemer og vansker. Noen vil glemme at de er med i et forskningsprosjekt – noe som kan vise seg i at de ikke rapporterer det man har blitt enige om skal gjøres. Denne fasen med full fordypning i praksis er avgjørende for forskningsprosessen, og det er her – i den daglige praksis – at de kan utvikle en åpenhet for det som skjer med dem selv og andre. Denne fasen involverer primært *erfaringskunnskap*.

Fase 4: Etter å ha engasjert seg dypt i praksis og erfaringer i fase 2 og 3 går forskeren og med-forskerne tilbake til en refleksjon over de opprinnelige forskningsspørsmålene i fase 1 og ser disse i lys av de erfaringer som er gjort for å skape mening i disse. Det vil bety at man avviser, reviderer eller videreutvikler de ideer og modeller som de startet forskningen med. Denne refleksjonen involverer både kognitiv og intuitiv forståelse som først og fremst uttrykkes i påstandskunnskap, men fremstillingen kan også innebære bruk av fortellinger, kasuistikker og lignende. Også selve forskningsdesignet kan modifiseres slik at det best mulig fanger opp de erfaringer som er gjort. Denne fasen involverer

med andre ord en *kritisk granskning av påstandskunnskapen og den praksis* som ble valgt i fase 1.

Prosjekt Undervisningsavdeling – et eksempel på handlingsorientert forskningssamarbeid

Prosjekt Undervisningsavdeling har tre formål, foruten avdelingens primære behandlings- og omsorgsmandat, nemlig 1) systematisk programutvikling og forskning, 2) videreutvikling av personalets kompetanse og 3) å gi helse- og sosialfagsstudenter et fruktbart læringsmiljø.

Undervisningsavdelingens teoretiske forankring og forskningsdesign:

Den teoretiske forankring knyttet til det kliniske arbeid er *sosialpsykiatrisk* (jfr. Fleck 1990, Sørgaard 1993) for å møte menneskers behov for sammenhengende psykiatritjenester, pasienters og pårørendes behov for informasjon og undervisning – og primærhelsetjenestens behov for kvalifisert rådgivning og veiledning. Avdelingens sykepleietjeneste baserer dessuten sin tenkning om relasjonsarbeidet på et *humanistisk-eksistensielt menneskesyn* (jfr. Lindström 1994, Hall 1996, Barker et al 1998, Barbosa da Silva 1998, Hummelvoll 1997).¹⁴

¹⁴ Med humanistisk menes blant annet at mennesket betraktes som enestående, dvs. autonomt, rasjonelt, sosialt og åndelig vesen. Det innebærer at mennesket skal møtes med respekt for dets integritet og verdighet. Med eksistensielt menes det som angår menneskets eksistens og livssituasjon, dvs. problemer og utfordringer mennesket møter knyttet til bl.a. viljens frihet og valgets ansvar. Den humanistisk-eksistensielle tilnærming til menneskets situasjon er preget av et helhetssyn – hvor både individualitet, relasjoner, nettverk, omgivelser og livssyn fokuseres.

Konkret medfører dette grunnsynet at man møter pasienten som *person*, noe som innebærer at hans/hennes sivile liv blir trukket inn i vurderingen av hvilken sykepleie og behandling som skal gis. Det betyr at man er opptatt av å forstå pasienten ut fra den livssituasjon han/hun befinner seg i, hvilke virkninger lidelsen har på livsutfoldelse og funksjonsevne, og hva lidelsen betyr for den enkelte. Hovedidéen for pasientarbeidet er at pasienten ut fra sin aktuelle kapasitet deltar i planlegging og gjennomføring av egen behandling for å *komme på sporet igjen* (evt. finne nye spor) av sitt 'livsprosjekt'. Når pasienten ikke er i stand til aktivt samarbeid, handler personalet ut fra prinsippet om *hypotetisk samtykke*, dvs. at man handler slik at man kan tenke seg at pasienten ville gitt sitt samtykke om han/hun hadde kunnet. Selv om selvbestemmelsesrett er en viktig verdi i det humanistisk-eksistensielle menneskesyn, vil noe av denne autonomien bli begrenset under sykdom. Allerede det faktum at man ber om hjelp, innebærer at man oppgir noe av sin egenkontroll. Slik sett vil sykdom/lidelse kunne medføre en reduksjon av viljes- og handlingsfriheten (Kalkas & Sarvimäki 1987). Ved innleggelse og behandling mot ens vilje, blir dette problemet enda større. For personalet på Akuttposten blir det følgelig viktig å forstå at denne begrensningen i pasientens handlingsmuligheter iblant skader hans/hennes menneskelighet, og at man derfor søker å hjelpe pasienten til å forbedre sin situasjon.

Prosjektets pedagogiske idé er at undervisningen skal bidra til økt bevissthet i forhold til mulighetene som finnes i posten for kunnskapsutvikling, og gjennom systematisk bruk av refleksjon frigjøre, omdanne og verbalisere denne kunnskapen slik at den kan deles med andre. Hovedidéen er med andre ord at undervisningen skal bidra til at den enkelte yrkesutøver erverver *et funksjonelt språk for sin praksis* (Hummelvoll & Røsset 1998). I undervisningssituasjonen er man delvis fristilt fra praksis. Man får mulighet til å se sin virksomhet i et nytt perspektiv (dvs. gjøre det kjente fremmed) samtidig som teorien som presenteres

kan relateres til praksis (dvs. gjøre det fremmede kjent). Disse to bevegelsene i undervisningen er vesentlige forutsetninger for at personalets erfaringsbaserte kunnskap skal bli reflektert og artikulert slik at det blir en kunnskap som kan virke begrunnende og veiledende for praksis. Man trenger med andre ord både undervisningstema som er overordnet og fristilt fra den konkrete praksissituasjon og som har allmenn forklaringsverdi i forhold til sentrale problemstillinger man møter i psykiatrien – og tema som er forankret postens virkelighet som kan bidra til ny forståelse av en praksis som oppleves som kjent. Slik sett kan man oppnå en praksisrelevant undervisning.

Forskningsdesignet er handlingsorientert forskningssamarbeid basert på en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming.¹⁵ Det sentrale her er at forskeren agerer i forskningssituasjonen. Forskeren er aktiv i en prosess, som forandres mens den pågår – i stedet for å være en utenforstående observatør til det som skjer. Data skapes i den kliniske virkelighet innen rammen av akuttpsykiatrien. Personalet deltar aktivt i bestemmelsen av hvilke tema som skal granskes og hvilke prosjekter som skal iverksettes. På denne måten blir strategien en forskning *i* praksis og *for* og *med* praksis. En vesentlig del av intervensjonen er undervisning. Personalet vil gjennom et ukentlig undervisningsopplegg (temaer som er forankret i posthverdagens faglige og etiske utfordringer) delta i en

¹⁵ Den fenomenologiske metode kombinert med hermeneutikk (dvs. hermeneutisk fenomenologi) blir benyttet for å forstå (meningsfortolke) og beskrive menneskers 'levde erfaringer' eller fenomener. Ved hjelp av denne tilnærmingen forsøker man å beskrive fenomenene så presist og nøyaktig som mulig og å analysere deres essensielle egenskaper ved hjelp av den fenomenologiske reduksjon (jfr. Barbosa da Silva & Andersson 1996, Kvale 1997). Dette vil være en relevant tilnærming til både prosessnotater (tekstanalyse), fokusgrupper og kvalitative forskningsintervjuer.

refleksjonsprosess knyttet til erfaring med videreutvikling av kompetanse som mål. De forskningsmetoder som anvendes er etnografisk metode med deltagende observasjon og intervjuer, kvalitative forskningsintervjuer, spørreskjema, fokusgrupper og prosessnotater (forskningsdagbok).

Prosjektfaser

Prosjektet strekker seg over fire år – og kan karakteriseres på bakgrunn av fire faser:

1. Forberedelsesfasen: I april 1998 forelå en utredning ”Fag og Forskning for Fremtidens Helse”, Høgskolen i Hedmark, Avdeling for sykepleierutdanning. I dette dokumentet presenteres bl.a. avdelingens FoU-profil – og psykiatrisk sykepleie blir et prioritert satsningsområde. En ’undervisningsavdeling’ ble foreslått etablert som prosjekt for å sikre praksisnær forskning – og fremme kompetansehevning hos personalet.

Det ble utarbeidet en prosjektbeskrivelse, og ledelsen ved sykehuset ble kontaktet med forespørsel om forskningssamarbeid. Det positive gjensvar førte til at to akuttposter fikk tilbud om prosjektsamarbeid. En av postene (heretter kalt Akuttposten) ønsket delta. Prosjektet ble godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk. Samtidig ble det utarbeidet en intensjonsavtale mellom høgskolen og sykehuset. Det ble søkt Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet om en stipendiatstilling (innvilget for tre år) samtidig som Avdeling for sykepleierutdanning fikk tildelt en professor II stilling innen psykiatrisk sykepleie.

2. Orienteringsfasen: (Januar 1999 – august 1999). I januar ble det undertegnet en *intensjonsavtale* mellom Høgskolen i Hedmark og Sanderud sykehus – med Akuttposten som forskningsarena. I mars samme år ble første møte i prosjektets *referansegruppe* holdt. Denne gruppen består av representanter fra Fylkeslegen og Fylkeshelsesjefen, to representanter for Mental Helse, ledelsen for høgskolen

og sykehuset, representant for Akuttposten og lederen for prosjektet. En slik bredt sammensatt referansegruppe har vist seg både å fungere som et korrigerende 'utenfra-blikk', et faglig sikkerhetsnett og som en utdannings- og helsepolitisk legitimering.

En *feltstudie* (deskriptivt og eksplorativt design med deltagende observasjon) ble gjennomført i perioden januar – mars. Hensikten var å få en dypere forståelse av den 'virkelighet' som personalet og pasienter arbeider under og opplever innen rammen av Akuttpostens tilgjengelige ressurser og rammebetingelser. Studien representerte en 'baseline-beskrivelse' som identifiserte sentrale problemområder som kunne gjøres til gjenstand for forskning og klargjorde videre områder personalets ønsket å videreutvikle sin kompetanse i forhold til (jfr. Hummelvoll & Røsset 1999). Undervisnings- og forskningstema ble bestemt i personalgruppen på basis av rapporten fra feltstudien. Forskerroller ble 'forhandlet' frem og samarbeidsrelasjoner ble etablert. Samtidig gjennomførte en videreutdanningsstudent et del-prosjekt om tenkningsgrunnlagets gjennomslag i Akuttpostens sykepleiedokumentasjonen.

3. Aksjonsfasen: (August 1999 - desember 2001). Her fokuseres de tre formålene som er nevnt foran. Aksjonen består primært av en vekselvirkning mellom erfaring og refleksjon, og metodene som anvendes er dialog- og refleksjonspreget undervisning, erfaringsseminarer, fokusgrupper og rapporter. De prosjekter som er i gang er følgende:

Målsetting og tenkningsgrunnlag. Et sentralt virkemiddel i utviklingen av en felles postkultur er formulering av målsetting og tenkningsgrunnlag.

Akuttpostens målsetting ble diskutert og bearbeidet høsten 1999 og godkjent for ett år. Målsettingen ble benyttet aktivt i undervisningen for å aktualisere den og gjøre den enkelte medarbeider forpliktet av den. Ny revisjon ble gjort i januar 2000 med ytterligere klargjøring av postens tenkningsgrunnlag. Målsettingen

evalueres i på nytt august 2001. Et studentprosjekt om postens miljøarbeid foreligger (juni 2001).

Kompetanseheving i det kliniske felt. Hensikten med intervensjonsperioden (september 1999 – desember 2001) er å stimulere videre kompetanseutvikling hos personalet. Målet for undervisning er at den skal bidra til å videreutvikle den enkeltes praktiske yrkest teori (dvs. kunnskaper, erfaringer, holdninger og etisk refleksjon). Ved å tilføre kunnskap, og reflektere denne inn i den enkeltes praktiske yrkest teori (Lauvås & Handal 1990), vil yrkeskompetansen stimuleres. Tanken er at en velutviklet yrkeskompetanse ¹⁶ skaper større trygghet i situasjoner hvor man er underlagt handlingstvang. For å sikre høy faglig kvalitet i Akuttposten, trenger man å videreutvikle det faglige grunnlaget som pasientarbeidet hviler på. Det forutsetter en positiv innstilling til nylæring og refleksjon. Hovedmetodene for vedlikehold og videreutvikling av kompetanse vil være undervisning og veiledning. I og med at forskningsresultater i sykepleie i liten grad har blitt omsatt i handling/praksis (Kirkevold 1996, s. 105), er det viktig at forskningen er forankret i problemstillinger personalet har behov for å få belyst. Undervisningsopplegget vil derfor *inkludere ny forskning* og drøfte om resultatene er relevante og anvendbare i posten. Samtidig er det avgjørende for kompetanseutvikling at *den erfaringsbaserte kunnskap*, som ofte er uuttalt, blir fokusert og kritisk gransket både i personalgruppen og hos den enkelte

¹⁶ Yrkeskompetanse utvikles (foruten i grunnutdanning) gjennom læring i arbeidssituasjonen og gjennom etter- og videreutdanning. Yrkeskompetansen henger tett sammen med opplevd *yrkesidentitet*. Med yrkesidentitet forstås en opplevelse av seg selv som en person som kan utøve et yrke med kyndighet og ansvar og som er seg bevisst sine ressurser og begrensninger (jfr. Severinsson 1990). Yrkesidentitet kan vurderes i forhold til tre dimensjoner: *kunnskap, metodisk kompetanse, verdier og holdninger*. For å kunne utvikle yrkesidentitet er det nødvendig med kunnskaper, praktiske ferdigheter og etisk refleksjon i forhold til sin egen profesjon. Følgelig vil kompetanse og yrkesidentitet henge nøye sammen.

yrkesutøver. *Dialogen* blir hovedmetoden og holdningen til undervisning skal preges av *deltagerstyrt læring*.

'*Mani-prosjektet*'. Dette prosjektet vil vare hele samarbeidsperioden. En rapport foreligger som presenterer personalets forståelse av mani som fenomen og lidelse – og som sammenfatter deres erfarings- og teoretisk baserte kunnskap om hvordan mennesker med denne lidelsen best kan møtes (Hummelvoll, Sunde & Severinsson 2000). Et studentprosjekt med fokus på livskvalitet hos hjemmeboende personer med stemningssvingninger ble gjennomført høsten 1999. Et doktorgradsprosjekt startet våren 2000. Preliminær tittel: "*Mani som fenomen og lidelse. Pasienters opplevelser og erfaringer som grunnlag for kunnskaps- og metodeutvikling i psykisk helsearbeid.*" Denne studien inneholder også en implementeringsdel hvor pasientenes opplevelser og erfaringer – sammen med personalets kunnskap (jfr. Hummelvoll, Sunde & Severinsson 2001) skal sammenholdes for å danne grunnlag for kunnskaps- og metodeutvikling relatert til omsorg og behandling.

Skjerming – teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring. To studentprosjekter har kartlagt aktuell tenkning og praksis knyttet til skjerming som behandlingsmetode ved to akuttposter på sykehuset. Data fra disse prosjektene analyseres videre og settes inn i en teoretisk sammenheng av en høgskolelærer. Notat foreligger (Holte 2000). Den anbefalte praksis som skisseres her ble utprøvd og evaluert høsten 2000. Notatet – samt erfaringsmateriale fra personalet (gjennom fokusgrupper) - danner grunnlag for rapport august 2001.

Organisering og samarbeid – fokus på kommunale psykiatritjenester. Dette er en del av temaområdet: 'Sammenhengende psykiatritjenester'. En høgskolelærer har gjennomført et semistrukturert intervju med leger, helse-og

sosialsjefer, psykiatriske sykepleiere og representanter for kulturetaten i to kommuner. Rapport foreligger (Holst 2001). Temaet fokuseres videre ved å utvikle funksjonelle samarbeidsformer mellom Akuttposten og de to kommunene. Dette har skjedd gjennom informasjonsmøter og seminarer (høst 2000 og vår 2001), og en konkret praksismodell for kommunikasjon og samarbeid er under utvikling. Temaet skal følges opp i et nytt og omfattende forskningsprosjekt etter at Prosjekt Undervisningsavdeling er avsluttet. Baselinedata for dette prosjektet er gjennomført ved et studentprosjekt (juni 2001).

4. Evalueringsfase: starter august 2001 (parallelt med siste del av aksjonsfasen) og fortsetter 2002. Denne fasen knyttes til konsolidering og videreutvikling av praksisrelevant kunnskap – samt å stimulere personalet til fortsatt granskning av etablert praksis (jfr. FoU-områdene som er nevnt under aksjonsfasen). Det betyr at fasen preges av evaluering og metodologisk refleksjon knyttet til den handlingsorienterte forskning som er gjennomført. Den konkrete gjennomføringen av evalueringen vil bli drøftet i prosjektets referansegruppe og med avdelingsledelsen og medforskerne. Tentative forskningsspørsmål er:

Hvilke opplevelser og erfaringer har personalet hatt i forhold til å delta i et lengrevarende handlingsorientert forskningssamarbeid?

Hvilke virkninger har prosjektdeltagelsen hatt for personalets opplevelse av kompetanse i det daglige arbeid med pasientene?

Hvilke sentrale vitenskapsteoretiske, metodologiske og metodiske erkjennelser genereres i forbindelse med denne handlingsorienterte, praksisnære forskning?

Som det går frem av beskrivelsen, har Prosjekt Undervisningsavdeling fulgt fasene i 'co-operative inquiry' tilnærmedesvis (se foran). Tilnærmedesvis fordi flere prosjekter har blitt gjennomført dels parallelt (målsettingsprosjekt og mani- og skjermingsprosjektet), dels suksessivt (feltforskninger, studentprosjekter,

etisk refleksjon og stress i arbeidssituasjonen). I enkelte av prosjektene har personalet primært vært med-subjekter (feltforskning) mens i de fleste prosjektene har de vært både med-forskere og med-subjekter. Prosjektleders *forskerrolle* har variert fra ren forsker til serviceorientert fagressurs.

I det store og hele har forskerens rolle fulgt hovedtendensene i aksjonsforskning (jfr. Sjøstedt 2001), nemlig

- å motivere til deltagelse
- vektlegge likeverdighet mellom forsker og medforskere/subjekter
- å fremføre sitt budskap (dvs. hensikt med forskningen, metodevalg og analysemåte) på en forståelig måte
- å følge med (leve med) i prosessen – variere mellom å gå ved siden av og vise vei (mulige veier)
- å skape et godt forskningsklima – hvor aktørene klart ser sin egen betydning i prosessen – og at man opplever seg deltagende i et felles prosjekt. En vesentlig funksjon for forskeren er å bidra til at deltagerne opplever glede i og av forskningen
- å fungere som en 'avansert sekretær'.

Særlig den siste rollen (avansert sekretær) har vært viktig for å sørge for fremdrift i prosjektet gjennom å utforme dokumenter (rapporter, vitenskapelige artikler og prosessnotater). Før publikasjon legges dokumentene frem til vurdering og kommentarer fra med-forskerne – og synspunktene som kommer frem får konsekvenser for den endelige ferdigstillelse av publikasjonen. Et klart aksjonsmoment ligger i at det forventes at personalet leser det skriftlige materialet, og på et definert tidspunkt starter den nye, begrunnede og omforente praksis. Dernest følger en ny fase med videre dialog og refleksjon for ytterligere å konsolidere og forfine praksiskunnskapen og forståelsen knyttet til forskningstemaet. Ved at man legger opp til en forpliktende fremdriftsplan for forskningsarbeidet, som også inkluderer et tidspunkt for publikasjon og ny

handling, erfaring og refleksjon – vil forskeren (som avansert sekretær) ha en *'pace-maker-funksjon'* gjennom publikasjonene.

Forutsetningen for et funksjonelt samarbeid er at forskningsplanlegging og aksjon skjer i samarbeid med personelet - gjerne representert ved en *prosjektledergruppe*. I Prosjekt Undervisningsavdeling har gruppen bestått av postens medisinske og sykepleiefaglige ledelse, lokal prosjektkoordinator og prosjektleder. Blant medforskerne bør det være en *prosjektkoordinator* – som bl.a. representerer hukommelse for prosjektets idé. Denne rollen har vist seg å være helt avgjørende for å forankre prosjektet i Akuttpostens daglige liv.

Validitet i handlingsorientert forskningssamarbeid

Troverdigheten av kvalitativ forskning er primært et spørsmål om validitet. Som i kvalitativ forskning generelt, vil validiteten i handlingsorientert forskningssamarbeid måtte evalueres gjennom hele forskningsprosessen. Ett av *hovedproblemene i handlingsorientert* forskning er å påvise at en forandring virkelig har skjedd – dvs. en forandring som *ikke* kunne ha skjedd uten forskerens innsats (Sjöstedt 2001). Validitet forutsetter at en systematisk datasamling som inneholder de viktigste *bevis* som trengs for å påvise hvor viktige forandringer har funnet sted i praksis og i læringsprosessen. I Akuttposten har det vært gjennomført regelmessig undervisning i hele prosjektperioden. I tillegg har kunnskapsutvikling skjedd gjennom fokusgrupper med notat og rapporter – samt vitenskapelige artikler. De to første har blitt publisert til avtalte tidspunkter – og har dannet grunnlag for videre utprøving av anbefalt praksis og refleksjon i forhold til praksis. Ut over dette har man midt i semesteret hatt halvdagsseminarer (refleksjonsseminarer) og heldagsseminaret ved slutten av hvert halvår. Her har man søkt å oppnå konsensus og konsolidering av praksis – samt å stake ut kursen for videre arbeid.

Forskerens prosessnotater (forskningsdagbok) dekker hele prosjektperioden, det samme gjør referater fra referansegruppen og referater fra undervisningen. Til sammen gir disse historiske data fra prosessen som utgjør et vesentlig materiale for refleksjoner over viktige hendelser som har innvirket på forskningsarbeidet/resultater. I det handlingsorienterte forskningssamarbeidet som er valgt er det ikke primært virkninger – i betydningen årsak-virkning – som er gjenstand for granskning, men derimot *påvirkninger*. Ulike forandringer har skjedd gjennom forskjellige aksjoner som har bevirket endring – dels i organisering av arbeidet, dels i holdninger og handlinger i personalgruppen både på det individuelle og kollektive plan.

Heron (1988, s. 41) påpeker at når konklusjoner i handlingsorientert forskningssamarbeid skal vurderes i forhold til validitet, må de kjennetegnes av å være godt fundert – dvs. i erfaring. Han sier at erfaring alltid er erfaring av noe. En erfaring er en måte å konstruere eller å gi mening til erfaringens innhold. Derfor er den 'virkelige verden' allerede skapt av oss. Vi kan aldri nå den utenfor våre begreper for å finne ut om våre funn samsvarer med den. Å si at et funn er grunnet i erfaring, vil si at det samsvarer med hvordan vi skaper innholdet i denne erfaringen. I denne sammenheng vil man kunne vurdere den kommunikative og pragmatiske validitet i resultatene fra forskningen i Prosjekt Undervisningsavdeling ut fra personalets *eierfølelse* i forhold til prosjektet.

Heron (s. 44) trekker frem følgende *validitetsprosedyrer*:

- 1) Forskningssykluser (dvs. feed-back sløyfer mellom refleksjon og erfaring)
- 2) Det bør være en balanse mellom divergens (avvik/forskjeller) og konvergens (likhet/enighet)
- 3) Det bør være en balanse mellom refleksjon og erfaring (man oppnår lav validitet hvis liten tid er avsatt til refleksjon)

4) Kaos versus orden (om man aksepterer kaos vil det fremme orden – derfor behøver man å ha en viss grad av toleranse for tvetydighet og perioder med forvirring).

5) Vedlikehold av et autentisk samarbeidsforhold.

6) Parentes-setting (evnen til å parentes-sette er en mental ferdighet som er helt avgjørende i erfaringsfasen om man skal kunne oppdage nye ting).

Når det gjelder *forskningssykluser*, trengs en nærmere presisering. En forskningssyklus ('research cycling') består av en toveis tilbakekoblingsløyfe som er både positiv og negativ – fra erfaring til ideer og fra ideer til erfaring. I den negative eller korrigerende tilbakekobling ('feedback') blir innholdet av den erfaringsmessige tolkning av forskningsspørsmålet forenklet, klargjort og korrigert. Den positive eller adderende feedback bidrar til at innholdet i den erfaringsmessige tolkning av forskningsspørsmålet(ene) blir utdypet og mer videreutviklet. Når man skal øke validiteten av konklusjonene i handlingsorientert forskningssamarbeid er det tre gjensidig avhengige prosedyrer som må tas i betraktning (Heron 1988 s. 45 ff), nemlig på individuelt, kollektivt og interaktivt nivå. *Individuell forskningsrefleksjon* innebærer at hver (med)forsker er sin egen kontroll; toveis feedbacksløyfer mellom refleksjon og erfaring skjer for hver person atskilt fra andre medforskere. *Kollektiv forskningsrefleksjon* innebærer at forskerne opererer som en gruppe i alle faser av forskningsprosessen. De reflekterer og gjør erfaringer sammen – eller gjør individuelle ting side ved side. Det som er avgjørende i den kollektive refleksjon er at alle stemmer blir hørt og at alle deltar i 'erfaringsarbeidet'. *Interaktiv forskningsrefleksjon* innebærer at man søker en balanse mellom enkelte aspekter ved den individuelle og den kollektive forskningsrefleksjon. En eller flere atskilte individuelle erfaringer og refleksjoner kan følges av en kollektiv forskningsrefleksjon – hvor hver enkelt deltagers funn deles og så kommenteres og diskuteres av andre. Dette har skjedd i flere av prosjektene i

Undervisningsavdelingen (mani, skjerming), mens den kollektive refleksjon har vært dominerende i forhold til utvikling av modifisering av postens målsetting. Heron (1988) antar at det beste forskningssamarbeid oppnås hvis både den individuelle og den kollektive refleksjonsprosess kombineres (intervjuer, fortellinger, fokusgrupper og erfaringsseminarer).

Konklusjon

Jeg har ikke i denne presentasjonen oppholdt meg grundig ved det handlingsorienterte forskningssamarbeids vitenskapelige status – heller ikke de problemer som knytter seg til selve aksjonsdelen (for eksempel når forskeren forlater forskerrollen til fordel for praktikerrollen). Jeg har forsøkt å vise med mitt eksempel fra Prosjekt Undervisningsavdeling at handlingsorientert forskning kan være velegnet til å utvikle praksisrelevant kunnskap og til å bygge bro mellom praksis og teori. Handlingsorientert forskningssamarbeid forutsetter tålmodighet, realisme og engasjement hos forsker og medforskere – samt at man ikke lar seg slå ut av de plagsomme realiteter.

Når man arbeider med handlingsorientert forskningssamarbeid er det nødvendig at forskeren har en empatisk forståelse for de utfordringer som personalet står i hverdagen på en akuttpsykiatrisk avdeling – og gir denne forståelsen til kjenne – samtidig som man bidrar til å opprettholde en rasjonell tilnærming til problemene gjennom et 'utenfra-perspektiv' som setter problemene inn i en systemkontekst. På denne måten er forskeren både en av gruppen og en fremmed. Vekslingen mellom nærhet og distanse er dermed en forutsetning for at forskeren og forskningen ikke skal bli 'nærsynt'. En utfordring for forskeren blir dermed å unngå at man blir revet med av situasjonsavhengige følelser og

oppfatninger, men i stedet søker å se ut over den aktuelle situasjon og opprettholde hukommelsen for prosjektets langsiktige mål.

Selv om handlingsorientert forskningssamarbeid er lokal forskning med vekt på å utvikle 'kunnskap for handling', vil det i tråd med en postmoderne tenkning være slik at *lokal erfaring kan gi sentral kunnskap*. Dermed vil man også skape 'kunnskap for forståelse'.

Foruten de 'undervisningssykehjem' som er knyttet til universitetene i Norge, representerer Prosjekt Undervisningsavdeling noe nytt i norsk og nordisk sammenheng. Internasjonalt finnes imidlertid paralleller ved etablering av "Nursing Development Units" (jfr. Cannard 1997, Manning-Barret 1997).

Prosjektet har potensialer til å kunne utvikle solid kunnskap om virkningene av et nært samarbeid mellom høgskole og praksisfelt. Det forutsetter at forsknings- og samarbeidsprosessen granskes kritisk og at man nøye søker å få frem de ulike aktørers opplevelser og erfaringer med denne formen for handlingsorientert forskning.

På det lokale plan vil høgskolens studenter dra nytte av forskningsprosjektet gjennom undervisningsprogram og publikasjoner. Slik sett vil de få innsikt i ulike sider av forskningsprosessen – fra problemformulering til ferdig rapport/artikkel. I et videre perspektiv vil resultatene av dette forskningsprosjektet kunne bidra både til økt kunnskap om virkninger handlingsorientert forskning i det kliniske felt - og til forskningsbasert kunnskap om kompetanseutvikling i psykiatrisk sykepleie/psykisk helsearbeid som man antar vil ha overføringsverdi for kompetanseutvikling i andre profesjoner.

Referanser

Barbosa da Silva A. & Andersson M. (1996). *Vetenskap och människosyn i sjukvården. En introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik*. Malmø: SHSTF Forskning och Utveckling, Rapport nr. 40.

- Barbosa da Silva A. (1998). Et holistisk paradigme for psykiatri i utvikling. Hummelvoll's holistiske sykepleiemodell og dens menneskesyn. Art. i: Andersen A.J.W.& Karlsson B. (red.). *Psykiatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Barker P.J., Reynolds W.& Stevenson C. (1998). The Human Science Basis of Psychiatric Nursing: Theory and Practice. *Perspectives in Psychiatric Care*, 34(1): 5-14.
- Cannard G. (1997). The Emergence of a Nursing Development Unit in the Republic of Ireland – developments at Tullamore. *European Nurse*, 2(4):229-233.
- Chrisholm R.F.& Elden M. (1993). Features of emerging action research. *Human Relations*, 46(2): 275-297.
- Cornwall A, & Jewkes R. (1995). What is participatory research? *Soc. Sci. Med*, 41(12): 1667-1676.
- Fleck S. (1990). Social psychiatry – an overview. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 25:48-55.
- Hall B.A. (1996). The Psychiatric Model: A Critical Analysis of its Undermining Effects on Nursing in Chronic Mental Illness. *Adv Nurs Sci*. 18(3): 16-26.
- Heron J. (1988). Validity in Co-operative Inquiry. In: Reason P. (ed.). *Human Inquiry in Action. Developments in New Paradigm Research*. London: SAGE Publications.
- Hummelvoll J.K. (1997). Psykiatrisk sykepleie – en holistisk-eksistensiell tilnærming. Art. i: Hummelvoll J.K.& Lindström U. Å. (red.). *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Hummelvoll J.K. & Røsset O. (1998). *Videreutdanning i psykiatrisk sykepleie – en evaluering av utdanningens praksisrelevans*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 9.

- Hummelvoll J.K. & Røsset O. (1999). *De nødvendige idealer og de slitsomme realiteter – fokus på akuttpsykiatrien*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 17.
- Hummelvoll J.K. & Severinsson E. (2001). Imperative ideals and the strenuous reality –focusing on acute psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8: 17-24.
- Hummelvoll J.K. & Severinsson E. (2001). Coping with the everyday reality – Mental health professionals' reflections on the care provided in an acute psychiatric ward. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*. 10,16-166.
- Hummelvoll J.K., Sunde A-S.Y. & Severinsson (2000). *Om å møte mennesker med manisk lidelse – en intervensjonsstudie fra akuttpsykiatrien*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 3.
- Institutt for sykepleievitenskap (1998). *Nasjonal plan for etablering av undervisningssykehjem*. Oslo: Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet.
- Kalkas H. & Sarvimäki A. (1987). *Omvårdnadens etiske grunder*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Kirkevold M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kvale S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lauvås P. & Handal G. (1990). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen Forlag.
- Lindström U.Å. (1994). *Psykiatrisk vårdlära*. Stockholm: Liber Utbildning.
- Manning-Barrett V. (1997). The Challenges of Setting up a Nursing Development Unit – The Nurse Manager's Perspective. *European Nurse*, 2(4):223-227.
- Norges offentlige utredninger nr. 8 (1994). *Kompetanseutvikling i arbeidet for psykisk utviklingshemmede*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Reason P. & Heron J. (1986). Research with people: The paradigm of co-operative experiential inquiry. *Person Centered Review*, 1: 456-475.

- Reason P. (1988). *Human Inquiry in Action*. London: SAGE Publications.
- Reason P. (1994). Three Approaches to Participative Inquiry. Art. i: Denzin N.K., Lincoln Y.S. (eds.). *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Severinsson E. (1990). *Förnyelse.Handledning i vårdarbete*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Sjöstedt E. (2001). *Det första mötet mellan sjuksköterska och patient i psykiatrisk vård*. (Lic.avhandling) Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, arbetsterapi och äldrevårdsforskning.
- Sørgaard K.W. (1993). Familien. Møtested mellom sosialpsykiatri og familieterapi. *Fokus på familien*, 1: 28-48.
- Westlander G. (2000). Forskarroller i varianter av aktionsforskning. *Nordisk Psykologi*, 52 (3): 197- 216.

Vedlegg

Publikasjoner fra Prosjekt Undervisningsavdeling (september 2001)

Vitenskapelige artikler

Hummelvoll, J.K. & Severinsson, E (2001): "Imperative ideals and the strenuous reality: focusing on acute psychiatry." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 8: 17-24.

Hummelvoll, J.K. & Severinsson, E (2001): Coping with everyday reality – mental health professionals reflections on the care provided in an acute psychiatric ward." *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*. 10: 156-166.

Severinsson, E. & Hummelvoll, J.K (2001): "Factors influencing job satisfaction and ethical dilemmas in acute psychiatric care." *Nursing and Health Sciences*, 3: 81-90.

Hummelvoll, J.K. & Severinsson, E: "Nursing staffs' perceptions of persons suffering from mania in acute psychiatric care." (Submitted June 2001)

I tillegg er tre vitenskapelige artikler i prosess.

Rapporter

Hummelvoll, J.K. & Røsset, O. (1999): *De nødvendige idealer og de slitsomme realiteter – fokus på akuttpsykiatrien*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 17.

Hummevoll, J.K., Yri Sunde, A-S & Severinsson, E. (2001): *Om å møte mennesker med manisk lidelse – en intervensjonsstudie fra akuttpsykiatrien*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 3.

Holst, H. (2001): *"Hører de ikke hva vi sier?" En studie om samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 1.

Holte, J.S. (2001). ”Som en livbøye i et opprørt hav...” *Skjerming – teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 4.

Hummelvoll, J.K. (2001). *Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien. Evaluering av personalets opplevelser og erfaringer fra deltagelse i Prosjekt Undervisningsavdeling*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 6. (I samarbeid med Odd Auglænd, Arve Holmelid, Tone Pedersen og Anne-Sofie Yri Sunde)

Notat

Holte, J.S. (2000). *Skjerming – teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Notat nr. 2.

Studentrapporter

Krøgh, B. (1999). *Hvilke konsekvenser får valg av behandlingsgrunnsyn for utøvelsen av psykiatrisk sykepleie, og hvilke strukturelle hindringer finnes for å møte pasienten som person?* Elverum: Høgskolen i Hedmark, Videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Bugge, J.W. (2000). *Som et Vestlandslandskap – Om mennesker med manisk-depressiv lidelse, deres livskvalitet og psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Videreutdanning i psykiatrisk sykepleie.

Farstad, A.M. (2000). *Skjerming: En teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring. Tilstandsrapport fra en akuttpsykiatrisk post*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Jørstad, S. (2000). *Skjerming – en vurdering av eksisterende praksis*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Bjørnløw, A.G. & Nybakken, R. (2001). *Miljøterapi i akuttpsykiatrien*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Linde K.R. & Ringås, T.B. (2001). *Liberio – eller en hardt presset forsvarsfører? Opplevelser, vanskeligheter og utfordringer ved å jobbe som psykisk helsearbeider i kommunehelsetjenesten.*

Elverum: Høgskolen i Hedmark, Videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Doktorgradsprosjekt (dr.polit, Universitetet i Oslo)

Karlsson, B. (påbegynt 1999). Prosjekttittel: *Pasienters opplevelser og erfaringer med mani som fenomen og lidelse – og som grunnlag for kunnskaps- og metodeutvikling i psykiatrisk sykepleie.*

Det kvalitative forskningsintervju

Et kunnskapsmessig konstruksjonsarbeid

Torbjørn H. Andersen

Personlige erfaringer med kvalitative intervju er basis for denne artikkelen. Erfaringene er hentet fra et bestemt felt, nemlig seksuelle overgrep mot gutter. Dette er tema for en hovedfagsavhandling i sosialt arbeid (Andersen 1998) og en påbegynt doktorgradsavhandling. Erfaringene blir i artikkelen forsøksvis satt inn i en ramme som er hentet fra Steinar Kvaales (1997) bok *Det kvalitative forskningsintervju*. Hensikten er både å dele mine erfaringer med andre og å peke på forskerens rolle i konstruksjonen av den virkeligheten som bla.a. kalles forskningsresultater. Sagt på en annen måte: forskeren er en del av den virkeligheten han selv undersøker. Jeg forstår min posisjon som inspirert av hermeneutikk, sosialkonstruksjonisme og reflektiv sosiologi. Dette vil bli nærmere utdypet i artikkelen.

Kvale (1997) deler opp intervju-undersøkelsen i syv stadier: tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, verifisering og rapportering. I all hovedsak vil jeg befatte meg med de tre første stadiene i denne listen nemlig *tematisering, planlegging og intervjuing*. Før jeg tar fatt på de nevnte stadiene vil jeg gi noen generelle kommentarer til det kvalitative forskningsintervjuet som sådan.

Det kvalitative intervjuet.

Karakteristika

«Målet med det kvalitative intervjuet er å legge forholdene til rette for en samtale der informantenes tanker, meninger, holdninger, resonnement, følelser, motiver, historier, livsverden med relevans til det forskningsspørsmålet vi søker mer kunnskap om, kan komme frem» (Friis & Vaglum 1999 s.162).

«Forskningsintervjuet er basert på den hverdagslige samtale eller konversasjon, men er en faglig konversasjon..... det halvstrukturerte livsverden-intervjuet... definert som et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene» (Kvale 1997 s.20).

Intervjuet som samtale

Det kvalitative intervjuet karakteriseres som en sam-tale. Iflg Kvale er det basert på «den hverdagslige samtale» som «form», men er i innhold og målsetting en faglig konversasjon. Nærmere bestemt er det en samtale om virkeligheten slik den intervjuede ser den og med relevans til de forskningsspørsmål vi søker mer kunnskap om. Vi har på forhånd satt en ramme for hvilke områder som er av interesse, gjerne beskrevet ved en intervjuguide. Vi vil være interessert i den andres livsverdenbeskrivelse innenfor disse områdene, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene ut fra et gitt teoretisk perspektiv. Hensikten med samtalen er altså ikke bare å få hverdagsbeskrivelser sånn i sin alminnelighet. Intensjonen er å sette beskrivelsene inn i en teoretisk ramme.

Valg av virkelighet

«Det kvalitative» kan ikke defineres eller innholdsbestemmes «i og for seg». Det står alltid i en kontekst og må forstås i lys av denne. Som forskere er vi

underlagt samme betingelser som andre mennesker. Vi vil alltid plassere det vi observerer i forhold til kategorier vi allerede er fortrolige med. Vi er både avhengige av og begrenset av våre fordommer, som Gadamer sier. Dette er noe de fleste vet, men kanskje ikke alltid like bevisst. Bourdieu snakker om at «Krafta i det føreåtkonstruerte ligg i det forholdet at sidan det er innskrive i tinga og i hovuda, så framstår det som noko sjølvsgagt, noko som ikkje blir lagt merke til fordi det kjem av seg sjølv. Brotet med det føreåtkonstruerte er i røynda ei *omdanning av blikket...*» (Bourdieu & Wacquant. 1993 s. 234). Bruddet med « det føreåtkonstruerte» kan gjøres ved hjelp av teori. Ved å se verden gjennom en bestemt teori, kan man fremmedgjøre seg fra noen av sine «innelysende sannheter» og stille andre spørsmål til materialet enn man kan gjøre ut fra ens hverdagsforståelse.

Ut fra dette er det tre viktige poeng å ta hensyn til i forbindelse med kvalitative intervju:

- Å være klar over at vi *alltid* har en forforståelse i møte med informanten. Denne bør vi i størst mulig grad være bevisst, både i forberedelse og gjennomføring av intervju og i analyse av materialet.
- Med denne bevisstheten, opptre slik at den som blir intervjuet i størst mulig grad får *fortalt sin historie* uten at vi som intervjuere ”dikterer” den.
- Å ikke blande sammen informantens historie og forståelse og egne tolkninger og reformuleringer

Foranstående kan summeres opp ved hjelp av følgende sitat:

“As inquierers and researchers, we create worlds through the questions that we ask coupled with what we and others regard as reasonable responses to our questions” (Steier 1991, s.1)

De to hovedmomentene – egen forforståelse og rom for informantens fortelling - ligger i bunnen for det jeg vil poengtere i fortsettelsen.

Tematisering

Når det gjelder de tre første stadiene til Kvale, kan to av disse – *tematisering* og *planlegging* – være noe vanskelig å holde fra hverandre. Jeg forsøker. Selv om det er forskjell på forberedelsen i kvalitativ og kvantitativ forskning, så er det ikke forskjell på nødvendigheten av forberedelse. For å si det med Repstad:

Å gå inn i et felt uten noen tanker på forhånd, og bare med generell nysgjerrighet som niste, høres sympatisk ut, men vil trolig resultere i at man ikke finner noe særlig. Den som stiller opp utelukkende med et åpent sinn, vil trolig også komme ut av prosjektet med nokså tomme hender (Repstad 1993, s.85)

Bakgrunnen for valg av tema og tematisering

Her snakker Kvale om spørsmålene *hva, hvorfor og hvordan* som må besvares. Dette innebærer: a) å innhente forhåndskunnskap om emnet, b) klargjøre formålet med studien og c) ta avgjørelse om metode for kunnskapsinnhenting og analyse. Svaret på *hvordan spørsmålet* avhenger av svaret på de to første. Hva som gjør at man tar fatt på et tema kan være høyst ulikt, fra et relativt bredt felt man er engasjert i til et snevrere spørsmål man går rundt og funderer på. Når jeg i hovedfagsavhandlingen arbeidet med menn som i oppveksten hadde vært utsatt for seksuelle overgrep, hadde det delvis utgangspunkt i erfaringer fra arbeidet innen familierapi. Jeg hadde og har en klar oppfatning av at menn og maskulinitet er omgitt av oppfatninger der maskulin dominans fungerer som ”hovedvirkelighet” og har karakter av en selvsagthet som minner om det Bourdieu (1996) kaller *doxa*¹⁷: allmenne sannheter, «det vil si det ingen stiller

¹⁷ Doxa (gr.) tro, jfr. doxologi (teologisk) tros-lære. Også benyttet om allment godtatte forestillinger, folkemening”.

spørsmålstegn ved» (s. 46). Det som kan kalles mannsforskning er i sin begynnelse og fremdeles bærer denne forskningen preg av etablerte forestillinger om menn og maskulinitet (Gullvåg Holter 1999).

Jeg ble opptatt av å finne ut mer om menn i andre posisjoner enn de tradisjonelle dominansposisjonene. Det er vanskelig å finne et sterkere uttrykk for en dominertposisjon enn det å være seksuelt overgrepsutsatt. At jeg i den sammenhengen valgte å fokusere det religiøse feltet, hadde klar sammenheng med min egen bakgrunn og forankring i det feltet. Dette var en virkelighet jeg trodde jeg kjente og som i følge sin logikk tar sterk avstand fra seksuelle overgrep. Jeg ville prøve å finne ut hvordan seksuelle overgrep ble forklart, forstått og mestret av mennene og miljøet det skjedde i. Jeg kunne ha valgt et annet miljø som på annet grunnlag like markert ville ta avstand fra den slags, for eksempel et motorsportmiljø (motocross) som jeg også har kjennskap til.

Tema for doktorgradsarbeidet har sprunget ut av erfaringene med hovedfagsavhandlingen. Fra å være interessert i hvordan overgrepserfaringene farges av en nærmere definert kontekst, har jeg blitt interessert i hvordan ulike kontekster kan bidra til konstruksjon av ulike virkeligheter i vid forstand. Dette gjenspeiles i arbeidstittlen på mitt doktorgradsprosjekt: *«Menn som har vært utsatt for seksuelle overgrep i oppveksten. En kvalitativ studie av sosiale og kulturelle faktorer innvirkning på virkelighetsskaping og mestring»*.

Karakteren av det tema jeg ønsker å studere, gjør at jeg finner det naturlig å velge intervjuet som metode.

Planlegging: Egne erfaringer, forforståelse og forberedelse

Biografisk forforståelse

I arbeidet med hovedfagsprosjektet (Andersen 1998) ble det tidlig-etablerte grunnlaget for min forforståelse samtidig en slags nøkkel til å nærme seg feltet. Noe av starten var en «ny-refleksjon» over min bakgrunn i bedehusmiljø og

hvordan seksuelle overgrep/overgripere ble omtalt i den sammenhengen. Dette ledet videre til et forsøk på å gjennomtenke min dagsaktuelle oppfatning av dette. Som «alle andre» har jeg hatt forestillinger seksuelle overgrep (mot gutter) i kristne religiøse sammenhenger som et marginalt fenomen, forestillinger som har blitt utfordret de seneste år. Min oppfatning nå er at fenomenet snarere er marginalisert. Hva angår doktorgradsarbeidet er forforståelsen selvsagt betydelig preget av hovedfagsavhandlingen.

Faglig og teoretisk forforståelse

Intervju som *Inter-view*: en forsker er ikke bare en *fortellingsfinner*, men også *fortellingskaper* (Kvale 1997 s.133). Et ønske om autensitet kan ikke bortforklare gjenfortellerfunksjonen. Den manifesterer seg allerede i intervjusituasjonen gjennom de spørsmålene man stiller (se Steier 1991). *Forskeren er sånn sett en som skaper det han finner*. Han er med på å prege fortellingene. Et intervju settes sammen til en sammenhengende fortelling, noe utelates mens noe annet får status som nøkkelement.

«En tekst deler verden i to; det som faller innenfor og det som faller utenfor fortellingen. Når en konstruerer en fortelling, konstruerer en samtidig en moral, hva er rett, godt, sant å fortelle» (Kvalsвик,1998).

Morale binder elementene sammen og det skapes en fortellingsstruktur, en logikk, en ramme for framstillingen. Dette er i ennå sterkere grad tilfelle når fortellingene skal analyseres. Noe velges ut som forgrunn og noe annet skal fungere som bakgrunn. Ut fra en slik forståelse oppleves ikke uttrykksmåter som *innhenting av data, funn* eller lignende som dekkende når en skal beskrive forskningsprosessen.

Forforståelse i endring

I forbindelse med hovedfagsavhandlingen nærmet jeg meg følgelig det religiøse feltet og overgrepssrommet med bakgrunn i egen biografi og kjennskap til det religiøse feltet, den smule erfaring jeg hadde som terapeut i overgrepssammenheng, en del litteratur og for øvrig alminnelig kunnskap om emnet. Tilnærmingen fortsatte i form av samtaler med sjelesørgere og profesjonelle kirkelige, ansatte i det offentlige hjelpeapparatet som jeg visste hadde vært engasjert i problemer relevante for mitt prosjekt. Jeg samtalte også med «alminnelige» lekfolk, dvs. ikke ansatt i kristen virksomhet, men aktive i menighet. I tillegg brukte jeg en ung mann jeg tidligere hadde hatt kontakt med i egenskap av terapeut som konsulent. Hans overgrepserfaringer og erfaringer fra møtet med meg som terapeut svært nyttig informasjon. Samtidig fungerte han som en «prøveinformant. Jeg brukte selvsagt også litteratur om sjelesorg samt faglitteratur som spesifikt behandler overgrep mot gutter. Det siste er det lite av på skandinavisk. Dette gjelder i ennå større grad overgrep i en sjelesørgerisk kontekst. Av den grunn måtte jeg i stor grad ty til amerikanske og engelske kilder. Resultatet av dette ble en intervjuguide, som vel og merke var en guide.

Da jeg påbegynte doktorgradsarbeidet, hadde jeg bakgrunn i hovedfagsavhandlingen. Det er selvsagt nyttig, men jeg har måttet arbeide for å holde en balanse mellom avstand og nærhet til dette arbeidet. I doktorgradsarbeidet legger jeg langt større vekt på maskulinitetsteori enn tilfellet er i hovedfagsavhandlingen. Det innebærer også at før jeg påbegynte intervjuarbeidet, hadde jeg fylt på med nyere litteratur om kjønnsforskning. Jeg hadde også vært observatør i en to-dagers rettsak som ga en del nyttig informasjon.

Intervjuing

I forbindelse med hovedfagsavhandlingen hadde jeg satt 7 – 10 informanter som et ønsket antall og endte opp med 6 (en trakk seg). I doktorgradsarbeidet har jeg satt 15 informanter som et tak. Så langt har jeg intervjuet 6 menn, hvorav en har vært intervjuet to ganger. Et for stort utvalg kan lett bli u håndterlig mht. mengde informasjon.

I begge tilfeller er det stor aldersspredning fra under 30 til over 70 år. Jeg har også i begge tilfeller hatt ønske om å få kontakt med menn som har «en tiden etter overgrepet» erfaring. Både når det gjelder hovedfagsavhandlingen og doktorgradsprosjektet har rekruttering skjedd via mellom-menn (personer og institusjoner)

I doktorgradssammenheng benyttet jeg i tillegg avisannonse og avisartikkel. Dette siste har også verdi som informasjon om menneskers forhold til selve fenomenet. Jeg har fått en del interessante tilbakemeldinger fra personer som har lagt merke til annonsen og artikkelen.

Intervjuguide

Intervjuguiden kan beskrives som et uttrykk for forskerens forforståelse. Den forutsetter en halvstrukturert intervjuform (Kvale 1997), nærmere bestemt halvstrukturert livsverden-intervju.

Intervjuguiden defineres av Kvale som en tema-liste med *områder som på forhånd ble vurdert som interessante*. I Kvales språkbruk er spørsmålene tematisk relaterte til intervjuemnet, til de teoretiske begrepene som ligger til grunn for undersøkelsen, og (delvis) til den påfølgende analysen. En hovedintensjon for meg i arbeidet med intervjuguiden er å søke å fange inn både *person og kontekst*, vel og merke slik begge deler tar seg ut gjennom informantens briller – la det unike i hver informants opplevelse få fortrinn foran det som måtte være av generaliserbar kunnskap. For øvrig er guiden nyttig for å minne om:

- hva som har «steget fram» som viktige områder i forarbeid og sonderinger i feltet
- virke disiplinerende i intervjusamtalen
- sikre et minimum av fellesområder ved senere bearbeiding av materialet.

Intervjusituasjonen – noen utfordringer

Kvalitative intervju ligger nær opp til en arbeidsform jeg er fortrolig med.

Bevissthet på forskjeller mellom terapeuten og forskeren i intervjusituasjonen blir understreket av flere (se f.eks. Levin 1994). En utdyping av forskjeller på klinisk intervju og forskningsintervju finnes i Friis og Vaglum (1999). Her kommer det selvsagt an på hvordan man forstår et klinisk intervju. Ikke minst ligger forskjellen i definisjon av situasjonen.

En samtale er et relasjonelt produkt. Intervjuene bærer preg av sam – tale, med informanten som ekspert på det samtalen dreide seg om. Selv har jeg intensjoner om en posisjon beslektet med *lærlingrollen*.

«Lærlingrollen alltid vil være til stede i et forskningsprosjekt hvis vi aksepterer at det å studerer folk nødvendigvis innebærer å lære fra dem» (Wadel 1991 s. 34).

I hovedfagsavhandlingen gjorde jeg ett intervju med hver informant. I doktorgradsarbeidet holder jeg døren åpen for to eller flere intervju pr. informant. Dette er innebygd i kontrakten. Oppfølgingsintervjuet kan også ha form av telefonintervju. Jeg lar informantene foreslå møtested. Intervjuene varierer i lengde, men starter med en informasjonssekvens om prosjektet med muligheter for oppklaring/utdyping. I en avslutningssekvens blir informanten spurt om det er ting jeg hadde glemt å spørre og som han synes det er viktig å få fram eller om det er noe han lurer på i forbindelse med prosjektet. I tillegg kan informantene kontakte meg dersom de kom på noe de ønsket å dele med meg som de har kommet på eller som var glemt under intervjuet. Dette har en del benyttet seg av. Under intervjuene benyttes båndopptaker. Båndene skrives ut

av undertegnede. Dette er en god måte å gjenskape intervjuene på og få dem under huden.

Noen erfaringer i forbindelse med intervjusituasjonen

Selv om jeg snakker i nåtid, referer jeg her både til hovedfagsavhandlingen og doktorgradsarbeidet.

Det har vist seg ganske uproblematisk å dekke områdene som er satt opp på forhånd. Den relative vekten av hvert tema varierer fra intervju til intervju. Det fortøner seg også slik at hver samtale har sin egen logikk som bestemmer rekkefølgen på tema, og de er ulike mht. bruk av tid og med ulikt særpreg.

Informantene som gruppe framtrår som svært uensartet. Det som måtte ha vært av frykt på forhånd for vansker med å samtale om et slikt sensitivt tema, har vist seg ubegrunnet. Problemet er snarere motsatt.

I forbindelse med doktorgradsarbeidet har jeg eksperimentert litt med en kombinasjon av ustrukturerte og halvstrukturerte intervju. To av informantene har hatt et markert behov for å gi sin fortelling, uavhengig av mine spørsmål. I stedet for å strukturere det, har jeg latt dem bestemme hva som er viktig å få sagt. Ut fra avtalen om oppfølgingsintervju, går jeg så igjennom transkripsjonen for å se hva som er kommet med, sett i relasjon til intervjuguiden. Dette søker jeg da å få dekket i suppleringsintervju. Det som da samtidig skjer er at jeg ser nye momenter som kan være viktige å ta med i suppleringsintervjuet og også momenter å ta med i møte med nye informanter.

Noe som er ganske slående er variasjonen i informantenes (tilsynelatende) emosjonelle nærhet/avstand til overgrepshendelsene, slik det kommer til uttrykk i intervjusituasjonen. Det varierer fra en velartikulert og «distansert» betraktning via et engasjement for saken, til å gi uttrykk for sterke følelser. Jevnt over formidler informantene en tydelig vilje til å få meg til å forstå hva det dreier seg om. Flere uttrykker et ønske om å bidra til «saken», med den innsikten de hadde oppnådd gjennom egne erfaringer.

Det er et to momenter jeg ønsker å kommentere litt mer spesielt i forbindelse med intervjusituasjonen. Begge har å gjøre med at fenomenet jeg beskjeftiger meg med er svært sensitivt. Fra visse hold har det vært uttrykt bekymring for at jeg skal komme i skade for å re-aktivisere traumer hos de jeg intervjuer. Jeg vil være den første til å hevde viktigheten av å opptre etisk i slike situasjoner. Med det mener jeg at man skal bestrebe seg på å opptre på en måte som ikke er til skade for informanten. Det er av stor viktighet å være var for hvor grensene går i hvert enkelt tilfelle. Her har jeg hatt god nytte av den erfaring jeg har som terapeut. På den annen side har man selvsagt ingen garanti for at en informant ikke kan oppleve behov for samtale eller terapeutisk kontakt etter å ha snakket om overgrepsopplevelsene, kanskje for første gang. Selv har jeg inngått avtale med en psykiater om henvisning dersom behovet skulle oppstå.

Når det er sagt, jeg har fått to typer tilbakemeldinger som sier noe om en annen side ved dette.

Flere har takket meg fordi jeg viser interesse for deres situasjon og den skjulte virkeligheten de representerer. Jeg har også fått tilbakemeldinger fra informanter som gir uttrykk for at intervjuet har hjulpet dem til å komme videre i sin egen bearbeiding av overgrepserfaringene. Dette retter også oppmerksomheten mot et annet spørsmål som har vært reist på konferansen. Det kan være at vi blir oppmerksom på et område der det er behov for forskning, for eksempel at en bestemt gruppe mennesker har behov for at deres situasjon blir belyst med tanke på hjelpetiltak. Er det da etisk riktig å la det ligge ?

Noen teoretiske refleksjoner

Det følgende er noen teoretiske refleksjoner rundt noen begreper og perspektiver jeg oppfatter som sentrale i beskrivelsen av det kvalitative forskningsintervjuet.

Virkeligheten som sosialt konstruert

Mening skapes i følge (sosial)konstruksjonismen ved at mennesker kollektivt genererer beskrivelser og forklaringer i språk. Slik sett er kunnskap en sosial konstruksjon, inter-avhengig og ikke uavhengig, noe som finner sted mellom mennesker snarere enn i mennesker. Konstruksjonen er en sosial prosess, forankret i språk og ikke i ens hode. Konstruksjons- og organiseringsprosessen er nøkkelen til å forstå hvordan og hvilken virkelighet som konstrueres:

We live in and through the narrative identities that we develop in conversation with one another (Anderson & Goolishian 1992, s. 28) These socially constructed narrative realities give meaning and organization to one's experience (s.29).

Kart og terreng

Intervjuene har til hensikt å få del i informantenes beskrivelser av overgrepshendelse og kontekst, deres forståelse og forklaring. Gjennom beretningene forteller personene om hvilke handlingsmuligheter de opplever (opplevde) å ha i den virkeligheten de er (var) en del av. Til tross for en del sammenfallende beskrivelser av erfaringer, miljø mv., viser beretningene at *habitus* er høyst forskjellig fra et individ til et annet. Det er så å si spesialdesignet for den enkelte. *Habitus er «det prinsippet som avlar strategiar som gjer agentane i stand til å møte svært ulike situasjonar....er skapande, oppfinnande, men innanfor grensene av sine strukturar» (Bourdieu og Wacquant 1993 s. 34, 36).* Habitus er å betrakte som en handlingsberedskap der reaksjonene avhenger av så vel individ som situasjon.

En nøkkel til å forstå hvordan seksuelle overgrep kan skje i en gitt kontekst, ligger i relasjonen mellom *habitus* og felt. Det er ikke slik at feltet innbyr til overgrep eller at en person har en slags offer*habitus*. Beretningene viser stor grad av variasjon og forståelsen må søkes i relasjonen mellom *habitus* og felt.

Uttrykt på en polemisk måte: gitt den riktige relasjonen er overgrep mulig i hvilket som helst felt.

Nye kart

Gjennom intervjuene gis en del i første-person beretninger om hva som i feltet tillegges verdi og nyter respekt, hvilke posisjoner som er strategiske (dominerende), hvem som anses for å være skikket til å besette posisjonene osv. Informantenes beretning fører til en endring i (forsker)oppfatningen av feltet, en hermeneutisk sirkeleffekt. Informantens erfaringer og beskrivelser av disse blir forståelige i lys av feltet og vice versa. Feltets egen logikk korresponderer med agentenes habitus, de muliggjør hverandre. Habitus er på den ene siden et produkt av den sosiale verden individet lever i, det sosialt kroppsliggjorte. Motsatt er habitus med på å konstituere feltet som en forståelig verden der det finns meninger og verdier som det er bryet verd å investere i. «Det er fordi denne verda har produsert meg, fordi den har produsert dei tankekategoriene som eg brukar for å forstå verda, at det for meg verkar som verda er sjølvsgagt, evident» (Bourdieu og Wacquant 1993 s. 113).

Refleksivitet – selvrefleksivitet.

Refleksivitet som begrep kan benyttes på ulike måter¹⁸. Helt enkelt kan det beskrives som at noe folder seg tilbake eller snur seg tilbake på seg selv. I denne sammenhengen innebærer det å benytte samme mål på seg selv som forsker som på de en utforsker. Forskeren er en del av det som utforskes. (Selv)-refleksivitet innebærer i siste instans at forskningsresultatet peker tilbake mot forskeren selv, forskeren forteller historien om seg selv gjennom andre.

¹⁸ Refleksiv (adj.) betyr i følge Gyldendals fremmedordbok tilbakevisende eller tilbakevirkende. I sin beskrivelse av begrepet konkluderer Sosiologisk leksikon (1997) med at tross ulike posisjoner til de forskere (samfunnsvitenskapelig) som anvender begrepet, er fellesnevneren et kritisk hermeneutisk perspektiv.

Avslutning

Forskning kan beskrives som en prosess der forskeren skaper en virkelighet av de virkeligheter han undersøker. Produktet er en sosial konstruksjon forskeren selv er en del av. Referansen er ikke en verden «der ute» men forskerens egen konstruksjonsprosess.

Følgelig kan man vanskelig snakke om *representasjon* av en ytre (objektiv) realitet. Forskeren er selv en del av sin konstruksjon - en del av det han selv studerer - ikke en betrakter av et «funn». Beskrivelser av sosiale system (kategorier og standarder) vi som forskere benytter for å skape orden og forståelse i møte med et fenomen, er innbakt i forståelsesmodeller hentet fra «forskerfellesskapet». Vi er deltakere i konstruksjon og bevarelse av disse ved å benytte, og derved opprettholde, kategorier og vedtatte (språklige) konvensjoner innenfor fellesskapet. Å studere andres måter å konstruere virkeligheten på, danner ikke noe unntak.

Referanser

Anderson, Harlene og Goolishian, Harold. (1992) *The client is the expert: a not-knowing approach to therapy*. I: Sheila McNamee and Kenneth Gergen (eds.) *Therapy as social construction*. London: Sage Publications.

Andersen, Torbjørn H. (1998) *Under en lukket himmel. Unge gutter utsatt for seksuelle overgrep i en kristen sjelesorgsammenheng: virkelighetsskapning og mestrings*. Hovedoppgave i sosialt arbeid høsten 1988, HIO avd. ØKS.

Bordieu Pierre Loïc Wacquant. (1993) *Den kritiske ettertanke: grunnlag for en samfunnsanalyse*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Friis, Svein, Vaglum Per. (1999) *Fra idé til prosjekt – en innføring i klinisk forskning* Oslo: Tano Aschehoug.

Gullvåg Holter, Øystein. (1999) *Mannsforskning i Norge: en forskningsoversikt*. Oslo: Norges forskningsråd, kultur og samfunn.

- Kvale, Steinar. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Levin, Irene. (1994) *Stefamilien: variasjon og mangfold*. Oslo: Aventura Forlag.
- Repstad; Pål. (1993) *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Steier, Frederick. (1991) Introduction. Research as self-reflexivity , self reflexivity as social process. In: *Research and reflexivity*. Frederick Steier (ed). London: Sage Publications.
- Wadel, Cato. (1991)*Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: SEEK .

Presentasjon av forfatterne:

Elisabeth Severinsson, RPN;RNT;MNSc;DrPH; Professor ved Høgskolen i Hedmark avd. for helse- og sosialfag, Elverum og første- amanuensis ved Universitetet i Oslo, Institut for sykepleievitenskap.

Torbjørn H. Andersen, cand.polit i sosialt arbeid, doktorand ved Høgskolen i Gjøvik, avd. for helsefag.

Astrid Halså, sosiolog og doktorand ved Høgskolen i Lillehammer.

Marika Maruszczak, PhD, universitetslektor i gerontologi, Högskolan i Dalarna, Falun, Sverige.

Marit Helene Hem, psykiatrisk sykepleier, Cand.san, høgskolelektor ved Høgskolen i Østfold, avd. for helsefag, Fredrikstad.

Jan Stensland Holte, Psykiatrisk sykepleier, prosjektmedarbeider prosjekt undervisningsavdeling, høgskolelærer ved Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse- og sosialfag, Elverum.

Eva Sundin, psykiatrisk sykepleier, universitetslærer, Avdelningschef Psykiatriska kliniken, Karlstad, Sverige.

Birgitta Hedelin, RPN, DrPH, RNT, universitetslektor, Karlstads Universitetet, Sverige.

Jan Kåre Hummelvoll, RPN, RNT, BA, DrPh, første-amanuensis ved Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse- og sosialfag, Elverum og professor II ved Høgskolen i Gjøvik, avdeling for helsefag.

Arild Granerud, psykiatrisk sykepleier, MPH, høskolelektor ved Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse- og sosialfag, Elverum.