



*Bengt Karlsson*

**Mani som fenomen og lidelse – pasient- og personalerfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie**



Det medisinske fakultet,  
Institutt for sykepleievitenskap  
og helsefag, Universitet i Oslo,  
2004

BARNAS BLODGRUPPER

... foreldrenes blodgrupper er kjent.

Morens blodgruppe

	A	B	AB
Hvilken som helst gruppe	A og B og AB	A og B og AB	A og B og AB
... som helst gruppe	O	B	A og B og AB

Bloedgrupper barnet kan tilhøre

ved det kongelige ... i det ...

yndelsen af ... Maaned

Christia.

*Bengt Karlsson*

**Mani som fenomen og lidelse – pasient- og  
personalerfaringer som grunnlag for  
kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie**

Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo, 2004

© Bengt Karlsson

benkarl@online.no

ISBN 82-8086-006-1

## Sammendrag

### Mani som fenomen og lidelse – pasient- og personalerfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie

*Hensikt:* Den overordnede hensikt med avhandlingen er: 1. å beskrive og forstå mani som fenomen og lidelse og 2. å bidra til kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie relatert til den aktuelle pasientgruppen.

*Bakgrunn:* Avhandlingen inngår i Prosjekt Undervisningsavdeling (PU) som er et fireårig (1999-2002) samarbeid om forskning og fagutvikling mellom et psykiatrisk sykehus og Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse- og sosialfag. Avhandlingen retter seg mot en av PUs hovedmålsettinger om systematisk forskning og videreutvikling av personalets kompetanse i en psykiatrisk akuttpost. Akuttpostens personale ønsket å utvikle spesiell kompetanse knyttet til omsorg for pasienter med stemningslidelser. For å realisere denne ambisjonen var det behov for systematisert pasientkunnskap om mani som fenomen og lidelse – og å få kunnskap om pasientenes erfaringer med sykehusinnleggelse. Denne kunnskapen skulle så relateres til personalets fagkunnskap for å videreutvikle kunnskapsgrunnlaget i psykiatrisk sykepleie relatert til denne lidelsen.

*Design:* Avhandlingen faller inn under PU's overordnede design som er handlingsorientert forskningssamarbeid ('co-operative inquiry') med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Studien har et kvalitativt, eksplorativt og deskriptivt design og består av to delstudier. Delstudie I bygger på kvalitative forskningsintervjuer og hermeneutisk analyse og tolkning av 11 tidligere pasienters erfaringer med mani som fenomen og lidelse og deres erfaringer med å være innlagt pasient. Delstudie II baseres på fem fokusgruppeintervjuer og hermeneutisk analyse og fortolkning av personalets beskrivelser og forståelse av den erfaringsbaserte pasientkunnskap i relasjon til egen fagkunnskap.

*Resultat:* Virksomheten og kulturen ved Akuttposten har et mønster av spenningsfylte motsetninger og dilemmaer. Kravet om behandlingseffektivitet og pasientgjennomstrømming står i motsetning til en helhetlig og human forståelse og tilnærming til omsorg og behandling. Pasientenes erfaringer med mani er preget av sterke følelser, engasjement og livskraft. Mani er en kraftfull psykisk og fysisk opplevelse av å være i livet eller å føle seg lammet av ikke livgivende krefter. Opplevelsene varierer fra berusende mestring til lammende, angstfylt isolasjon. Opplevelsen av å ha, ikke ha eller bli fratatt kontroll i eget liv og bli respektert av andre er sentrale dimensjoner i manien. Personens verdighet og integritet knyttes til opplevelser av krenkelse og overgrep fra hjelperne. Pasientene opplever ikke at lidelsen begrenser deres livsutfoldelse, selvaktelse eller relasjonelle forhold. Familien er en meget viktig, men tvetydig støttespiller for pasienten. Relasjoner til venner, medpasienter og Gud gir avlastning og styrke. Noen erfarer innleggelse i sykehus som beskyttende i form av trygghet, vern og som et fristed. Andre opplever innleggelsen som integritetskrenkende og frihetsberøvende – som maktovergrep og som neglisjering av egen mestringskompetanse. Den erfaringsbaserte pasientkunnskapen synes å forløse personalets erfaringsbaserte fagkunnskap om mani som fenomen og lidelse, og pasienters opplevelse av å være innlagt. Artikulering av personalets erfaringsbaserte fagkunnskap legitimerer temaer som tidligere har vært fremmede eller forbudte. Omsorgens tvetydighet fremstår tydelig i utøvelsen av psykiatrisk sykepleie. Begreper og praksiser knyttet til makt og kunnskap, muligheter for krenkelser og overgrep, respekt, verdighet, gjensidighet og tillit, aksentueres i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Personalet reflekterer over omsorgsrelasjonens kraft og muligheter.

*Nøkkelord:* Akuttpsykiatri, erfaringsbasert kunnskap, kunnskapsutvikling, mani, pasienterfaringer, psykiatrisk sykepleie.

## Summary

### **The phenomena of mani and suffering – patients' and nurses' experiences as a basis for knowledge development in psychiatric nursing**

*Objective:* The aim of this thesis was: 1) to describe and understand the phenomena of mania and suffering and 2) to contribute to knowledge development in psychiatric nursing related to patients' suffering from mania.

*Background:* The thesis is a part of a four-year research collaboration (Project Teaching Ward – PTW between Hedmark University College, Faculty of Health Studies, and an acute ward at a psychiatric hospital in the Eastern part of Norway). The thesis serves one of PTW's main objectives, namely, to further the staffs' professional competence in an acute psychiatric setting by means of collaborative research. The staff wished to develop specialised skills in the caring of patients suffering from *mood disorders*. In order to realise this ambition, it was necessary to acquire systematic patient knowledge of the phenomena of mania and suffering as well as patients' experiences of hospitalisation. This knowledge can then be related to the staffs' perceptions of the same phenomena in order to increase the body of knowledge on psychiatric nursing related to this suffering.

*Design:* The overall design of PTW is co-operative inquiry with a hermeneutic-phenomenological approach. The study consists of two substudies, based on a qualitative, explorative and descriptive design. Substudy I is founded on qualitative interviews and hermeneutic analysis and is an interpretation of the experiences of mania as a phenomenon and suffering, and hospitalisation of 11 former patients. Substudy II is based on five focus group interviews as well as hermeneutic analysis and interpretation of the staffs' descriptions and understanding of the experience-based patient knowledge related to their own experiential, professional knowledge.

*Results:* The nursing activities and culture at the acute ward show a pattern of contrasts and contradictions characterised by tensions, as well as a pattern of dilemmas. The necessity for efficient treatment and patient turnover is directly opposed to a holistic and humanistic understanding and approach to care and treatment. Patients' experiences of mania are characterised by strong emotions, engagement and vitality. Mania is a powerful psychological and physical experience of *being* alive or feeling paralysed by self-destructive forces. The experiences fluctuate between elated mastery and paralysed, anxious isolation. The experiences of having or being deprived of control over one's own life, and not being respected by others, are central dimensions of mania. The person's dignity and integrity are related to experiences of being humiliated and infringed by the staff. Patients do not experience that the suffering limits their ability to enjoy life, have good self-esteem or good relationships. The family is a very important – but ambiguous – support for the patient. Relationships with friends, fellow patients and God provide relief and strength. Some patients experience hospitalisation as a protection in terms of safety and care – and as an asylum. Others experience hospitalisation as a violation of their integrity and a loss of liberty – similar to power abuse and disregard of their own ability to cope. Experiential patient knowledge seems to stimulate the staffs' experience-based knowledge of the phenomena of mania and suffering and how patients feel to be hospitalised. The articulation of the staffs' experience-based knowledge legitimises themes that have previously been either unknown or tabooed. The contradictions within caring are manifested in the practice of psychiatric nursing. Concepts and practices related to power and knowledge, possibilities of violations and infringements, respect, dignity, mutuality and trust are accentuated in the patient-nurse relationship. The staff reflect over the power of the caring relationship and its implicit possibilities.

*Keywords:* Acute psychiatry, experience-based knowledge, knowledge development, mania, patients' experiences, psychiatric nursing,

## Takk!

Det er mange som fortjener en takk når jeg nå er i ferd med å avslutte arbeidet med denne avhandlingen. Først og fremst gjelder det pasienter og personalet ved Akuttposten, som raust har gitt av sine opplevelser og erfaringer. En stor takk også til alle andre medforskere og samarbeidspartnere i Prosjekt Undervisningsavdeling.

Min hovedveileder Jan Kåre Hummelvoll og min biveileder Elisabeth Severinsson har vist stor tålmodighet og delt av sine faglige kunnskaper i alle deler av arbeidet. En stor takk til begge.

Andre som har gitt sentrale faglige og entusiastiske innspill i arbeidet, er Birgitta Hedelin, Anders Johan Wickstrøm Andersen, Sigrun Hvalvik, Kari Kvigne, Trond Hatling, Bjørn Aastebøl, Marit Kirkevold og Per Nortvedt. De to sistnevnte har, sammen med medstudenter på dr.gradsseminarene ved ISV, representert en smeltedigel av faglighet og masse humor. Strålende!

Jeg vil også takke Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse- og sosialfag for å ha lagt forholdene meget godt til rette i hele prosjektperioden. En spesiell takk til biblioteket ved Heidi Kristiansen. Tusen takk også til Bjørg Foss for svært verdifull hjelp med språkbearbeiding i siste runde av arbeidet.

En stor takk til Elisabeth, Ida, Jenny og Emma for kontinuerlige oppmuntringer og påminnelser om hva livet egentlig dreier seg om. Den aller største takken går til Anny Karlsson – for alt!

*Bengt Karlsson*

«Sett din lit til tre ting, og bare tre:

Tvil, Ufullkommenhet og Kjærlighet, som forkludrer alt.»

(I. Burkey, 2002)

## Innhold

<i>Kapittel 1 Innledning</i> .....	1
1.1 Introduksjon til avhandlingens tema .....	1
1.1.1 Et historisk perspektiv .....	2
1.2 Metodologi og kontekst .....	5
1.3 Valg av forskningstema, forskningsdesign og metode .....	6
1.4 Studiens hensikt og forskningsspørsmål .....	8
1.5 Terminologiske presiseringer .....	11
1.6 Avhandlingens oppbygging .....	13
<b>Del I Kunnskapsteoretisk utgangspunkt</b> .....	<b>14</b>
<i>Kapittel 2 Forskerparadigmet</i> .....	14
2.1 Valg av forskerparadigme .....	14
2.2 Om forforståelse .....	17
2.3 Ontologiske antakelser .....	19
2.4 Epistemologiske antakelser .....	27
2.4.1 Livsverden – om det erfarne livet i verden .....	31
2.5 Metodologiske antakelser .....	37
2.5.1 Dialogen om den levde erfaringen .....	40
<i>Kapittel 3 Sykepleievitenskapelig perspektiv</i> .....	43
3.1 En humanvitenskapelig posisjon .....	45
3.2 Avhandlingens tema relatert til psykiatrisk sykepleie .....	46
3.3 Psykiatrisk sykepleie – grunnlagsproblemer og perspektiver .....	49
3.4 Psykiatrisk sykepleie og stemningslidelser – to forskningsperspektiver .....	55
3.5 Tidligere forskning i psykiatrisk sykepleie på stemningslidelser i et medisinsk-psykiatrisk perspektiv .....	57
3.6 Tidligere forskning i psykiatrisk sykepleie på stemningslidelser i et humanvitenskapelig perspektiv .....	62
3.6.1 Om å utforske pasientens verden .....	63

**Del 2 Metodologiske vurderinger og begrunnelser ..... 82**

*Kapittel 4 Avhandlingens forskningsdesign ..... 82*

4.1 Avhandlingens kontekst: Prosjekt Undervisningsavdeling og Akuttposten ..... 82

4.2 Avhandlingens empiriske studier ..... 84

4.3 Begrunnelser for metodologisk tilnærming ..... 87

4.3.1 Det handlingsorienterte forsknings samarbeidet ..... 87

4.3.2 Avhandlingens empiriske tilnærming ..... 88

4.4 Planlegging, gjennomføring og analyse av de empiriske studiene ..... 100

4.4.1 Delstudie I ..... 100

4.4.2 Delstudie II ..... 107

4.5 Validitet i kvalitativ forskning ..... 113

4.6 Delstudiens gyldighet og relevans ..... 116

4.7 Forskningsetiske overveielser ..... 124

**Del 3 Presentasjon og tolkning av funn ..... 130**

*Kapittel 5 Tidligere pasienters opplevelser og erfaringer med mani som fenomen og lidelse og som innlagt pasient ..... 130*

5.1 Opplevelser av mani ..... 130

5.1.1 Kontroll ..... 131

5.1.2 Stemninger ..... 132

5.1.3 Vitalitet og tomhet ..... 134

5.1.4 Sykdom og sårbarhet ..... 135

5.2 Opplevelser av maniens konsekvenser ..... 137

5.2.1 Relasjoner ..... 137

5.2.2 Selvaktelse ..... 140

5.2.3 Sårbarhet og følsomhet ..... 141

5.2.4 Forsoningsarbeid ..... 142

5.3 Opplevelser som innlagt pasient ..... 144

5.3.1 Beskyttelse ..... 145

5.3.2 Integritetskrenkelser ..... 147

5.3.3 Lindrende og manglende omsorg ..... 149

5.3.4 Etterbehandlingen ..... 150

Konklusjon – Delstudie I ..... 153



<i>Kapittel 6 Pasienterfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling blant personalet ved Akuttposten</i> .....	155
6.1 Forståelse av mani som fenomen og lidelse .....	155
6.1.1 Maniens mangfold .....	157
6.1.2 Brytningstiden .....	159
6.1.3 Skam og tvil .....	161
6.1.4 Nære relasjoner.....	163
6.2 Konsekvenser for klinisk praksis .....	164
6.2.1 Bevissthet om omsorgens tvetydighet.....	165
6.2.2 Omsorgsrelasjonens kraft .....	169
6.2.3 Faglig medmenneskelighet .....	171
6.2.4 Samtalen.....	174
6.2.5 Rutiner .....	176
Konklusjon – Delstudie II .....	178
<i>Kapittel 7 En helhetlig tolkning: Det mellommenneskelige livsbruset</i> .....	179
7.1 Dimensjoner ved å erfare det menneskelige livsbruset .....	184
7.1.1 Livsbruset: rusende mestring og sviktende selvstyring .....	184
7.1.2 Menneskelige brytninger: vitalitet og tomhet .....	187
7.1.3 Kontakt med mennesker: sårbarhet og følsomhet .....	190
7.1.4 Relasjoner: verdighet og respekt .....	191
7.1.5 Forsoning: normalitet og sykdom.....	194
7.2 Psykiatrisk sykepleie som ivaretar det mellommenneskelige livsbruset .....	196
7.2.1 Individualitet og personorientering.....	196
7.2.2 Situasjonsforståelse og følsomhet .....	197
7.2.3 Omsorgsrelasjonens kraft og muligheter.....	198
7.2.4 Faglighet og medmenneskelighet .....	200
7.2.5 Erfaringsdeling og kunnskap.....	203
<b>Del 4: Diskusjon, kritikk og slutninger .....</b>	<b>205</b>
<i>Kapittel 8 Diskusjon og kritisk granskning</i> .....	205
8.1 Innledning .....	205
8.2 Kritikk av eget forskerparadigme.....	206

8.3 Studiens implikasjoner for kunnskaping med utgangspunkt i personers livsverden .....	213
8.4 Studiens implikasjoner for kunnskaping om mani som fenomen og lidelse.....	218
8.4.1 Mani som fenomen.....	218
8.4.2 Mani som lidelse .....	223
8.5 Studiens implikasjoner for kunnskapsgrunnlaget i psykiatrisk sykepleie .....	232
8.5.1 Teoretisk forståelse .....	233
8.5.2 Klinisk tilnærming .....	236
8.5.3 Videre fagutvikling og forskning .....	253
<i>Litteratur</i> .....	274

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Følgelbrev og invitasjon til deltakelse i Delstudie I

Vedlegg 2: Godkjenning fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion I (REK)

Vedlegg 3: Erklæring om informert samtykke

Vedlegg 4: Informasjonsskriv til pasienter og ansatte ved Akuttposten

Vedlegg 5: Intervjuguide – Delstudie I

Vedlegg 6: Invitasjon til deltakelse i fokusgrupper – Delstudie II

Vedlegg 7: Invitasjon til fokusgruppeseminar – Delstudie II

Vedlegg 8: Preliminær analyse Delstudie I brukt som guide i 1. fokusgruppeintervjuer – Delstudie II

Vedlegg 9: Preliminær analyse av 1. fokusgruppeintervjuer brukt som guide i 2. intervju – Delstudie II

Vedlegg 10: Preliminær analyse av 1. og 2. fokusgruppeintervjuer brukt som guide i 5. intervju – Delstudie II

## **Oversikt over tabeller**

Tabell 1: Delstudienes tidsmessige og prosessuelle utvikling, s. 87

Tabell 2: Delstudienes innhold, deltakere og metoder, s. 88

Tabell 3: Delstudie I: Mani som fenomen, s. 264

Tabell 4: Delstudie I: Mani som lidelse, s. 267

Tabell 5: Delstudie I: Å være innlagt pasient, s. 270

Tabell 6: Delstudie II: Forståelse av mani som fenomen og lidelse, s. 274

Tabell 7: Delstudie II: Konsekvenser for klinisk praksis, s. 277

# KAPITTEL 1

## Innledning

### 1.1 Introduksjon til avhandlingens tema

*Jag är inte heller kapabel att övertyga dig om att det jag lider av inte är någon sjukdom, det är ett beteende som överskrider det som betraktas som normalt. (...) Jag är elak, aggressiv och dum. Det är för att jag är missförstådd. Det maniska drabbas av ren människokärlek. Men det är ingen sjukdom. (...) Jag har varit berövad kärlek och jag är fullkomligt inkapabel att ta emot eller känna kärlek. Det är som om jag hade blivit amputerad (Inczèy-Gombos og Moberg, 1999, s.123).*

Flere selvbiografier beskriver og tematiserer personers opplevelser og erfaringer med å leve med en manisk-depressiv lidelse (Duke og Hochman, 1992; Jamison, 1996; Orum, 1996; Inczèy-Gombos og Moberg, 1999). Forfatterne tydeliggjør de dramatiske ytterpunktene i stemningslidelsen både i form av depresjon og mani, men også som liv og død. Beskrivelsene viser til gleden og opplevelsen av å være i det levende livet, samt å kunne kjenne den sterke og kreative vitaliteten. Orum (1999) skriver:

*In many ways, I see manic depressive episodes as extremes in a crisis of meaning. When we are high, everything, including our self-concept, is saturated with "Big Meaning". What could be more meaningful than being a Messiah – a "Most Important Person"? (s. 115).*

Denne avhandling ønsker å gi en stemme til ulike personers erfaring med mani som lidelse og fenomen. Hensikten er å gi et innenfraperspektiv på opplevelser av og erfaringer med den sterke og tidvis paradoksale lidelsen. Hvordan innvirker disse erfaringene på personenes selvforståelse og forholdet til sine sosiale relasjoner? Fokus retter seg mot personenes subjektive beskrivelser av mani og hvordan disse kan reflekteres og artikuleres språklig. Det er maniopplevelsens innenfraperspektiv og den erfaringsbaserte kunnskap dette uttrykker som søkes perspektivert. Dernest utforskes hvordan personenes egenerfaringer kan være en viktig basis for utvikling av kunnskap om mani som fenomen og lidelse, samt hvordan disse erfaringene kan utgjøre en kilde til fornyelse og utvidelse av kunnskapsgrunnlaget i psykiatrisk sykepleie.

### 1.1.1 Et historisk perspektiv

Mani og melankoli har vært oppfattet som uttrykk for psykiske tilstander i mer enn to tusen år (Ducey og Simon, 1975; Georgotas, 1988; Berrios, 1991; Berrios og Porter, 1995). I antikken ble disse to ulike tilstandsformene observert både som selvstendige fenomener og som fenomener som kunne etterfølge hverandre. At tilstandene etterfulgte hverandre, ble forstått som at den ene psykiske tilstanden var et uttrykk for selvtransformasjon til den andre. Den greske betydningen av ordet mania er raseri eller galskap. Den indoeuropeiske betydningen av grunnordet *men* er å være åndelig opphisset. I det norske språket defineres mani som besettelse, dille, galskap eller raseri (Norsk synonymordbok, 1984). Berrios (1991) viser til at stemningslidelser, idéhistorisk sett, bare kan bli forstått i lys av den generelle historien omkring mani, depresjon og variasjoner av forholdet mellom dem. Berrios (1988) peker på at antikkens forståelse av mani var generell og innebar en tilstand av sinne, aggresjon, opphisselse og mangel på kontroll. Georgotas (1988) hevder at mani i den tidlige perioden i antikken karakteriserte en løsere og langt videre forståelse av galskap enn i senantikken, da mani ble forstått som et tydelig tegn på galskap. Berrios (1988) fremholder at begreper som overaktivitet, opprømtet, vrangforestillinger eller grandiositet ikke var knyttet til tilstanden mani. Den klassiske forståelsen av melankoli ble definert som en undergruppe av mani, der symptomer som nedstemthet, uro, hallusinasjoner, paranoia og demenslignende tilstander ble observert. Georgotas (1988) peker på at melankoli var en generell betegnelse for tristhet og engstelse.

Berrios og Porter (1995) skriver at i løpet av antikken fremstod mani og melankoli sammen med phrenitis (avsindig raseri, vanvidd) som tre tradisjonelle former for galskap. Alle tre formene ble kategorisert som sykdommer i hodet, hvorav både mani og melankoli ble omtalt som kroniske tilstander. Mani ble beskrevet som en mental sinnsforvirring i kombinasjon med sterk oppstemthet og ofte en voldsom atferd. Melankoli innebar redsel og fortvilelse i kombinasjon med søvnløshet, irritabilitet, livstretthet og aversjon mot mat. Georgotas (1988) peker på at det allerede 100 år f.Kr. var teorier om sammenhengen mellom mani og melankoli. Det var imidlertid den moderne medisinske vitenskapen som videreutviklet det teoretiske og kliniske grunnlaget for å undersøke relasjonen mellom de to fenomenene (Berrios, 1991; Kringlen, 2001).

Berrios (1988) hevder at fremstillingen av den intime sammenhengen mellom mani og melankoli forstått som et syklisk fenomen er en knapt hundre år gammel idé som har hatt ulike betegnelser. Berrios viser til Baillangers begrep som *la folie à double form*,

eller Falrets *la folie circulaire*, som begge fikk betegnelsen *the circular insanity*. Kraepelin utviklet begrepet *das manisch-depressive Irresein*, som seinere ble oversatt til engelsk med *manic-depressive psychosis*. Han mente at mani hadde en klar organisk bakgrunn, og at sykdommen kunne lokaliseres gjennom studier av cerebral patologi (Kringlen, 2001). Fra slutten av 1890-tallet ble mani og depresjon omtalt som de vanligste formene for stemningsforstyrrende episoder, og at de kunne være to faser av samme lidelse – *manisk-depressiv lidelse*.

I vår tids psykiatriske diagnosesystemer benyttes betegnelsen *bipolar lidelse* i Diagnostic Statistical Manual (DSM IV) (APA, 1994) og betegnelsen affektiv lidelse (stemningslidelse) i International Classification of Diseases (ICD-10) (Statens helsetilsyn, 2000a). Bipolar lidelse angir to stemningsepisoder i forløpet, hvorav minst én med manisk fase (Statens helsetilsyn, 2000b). Til hovedgruppen manisk-depressiv lidelse har man regnet både de former der svingningene går i begge retninger (bipolare), og de former der svingningen bare går i én retning (unipolar – vanligvis depresjoner). Felles for bipolare og unipolare former er imidlertid at symptomene har en viss naturlig varighet, for deretter å slå om til normalt stemningsleie eller til den motsatte ytterlighet. Fra og med DSM III (1980) har forholdet mellom bipolar og unipolar vært under forandring. Samtidig med at selve diagnosegruppen har skiftet navn fra affektive lidelser til stemningslidelser, har også innholdet blitt utvidet. Siden 1997 er den psykiatriske delen av ICD-10 gjort gjeldende i Norge (Statens helsetilsyn, 2000a).

De diagnostiske klassifikasjonssystemene knyttes til et medisinsk-psykiatrisk perspektiv på psykisk lidelse.<sup>1</sup> Denne avhandlingens perspektiv er humanvitenskapelig.<sup>2</sup> I min videre introduksjon til studiens tema vil jeg kort vise til ICD-10 sin klassifikasjon av mani. Dette begrunnes med at de tidligere pasientene som er intervjuet i Delstudie I, er valgt ut fra dette klassifikasjonssystemets retningslinjer.<sup>3</sup> Videre uttrykker ICD-10 et kunnskapsgrunnlag som gir en diskursiv ramme som alle aktører i psykisk helsevern må forholde seg til, likeså denne avhandlingen.

ICD-10 har et hovedkapittel om affektive lidelser (stemningslidelser), som beskriver syv ulike undergrupper. I innledningen til kapittelet understrekes det at ”Forholdet mellom etiologi, symptomer, underliggende biokjemiske prosesser, respons på

---

<sup>1</sup> Se Wifstad (1997) for en grundigere diskusjon omkring diagnosesystemer og bruken av disse som fri for verdier og antakelser.

<sup>2</sup> Se nærmere utlegning av dette perspektivet i kap. 2 og 3.

behandling og utfall av affektive lidelser er ennå ikke tilstrekkelig kjent til at de kan klassifiseres på en måte som kan allment godkjennes.” (Statens helsetilsyn, 2000a, s. 108). Hovedkriteriene for klassifikasjon av affektive lidelser er følgelig valgt av praktiske årsaker primært for å kunne identifisere og kategorisere kliniske symptomer og lidelser. Et hovedskille gjøres mellom enkeltstående episoder og bipolare og andre tilbakevendende lidelser fordi mange pasienter bare opplever én episode (Statens helsetilsyn, 2000a).

Det gjøres også et skille mellom tre ulike alvorlighetsgrader: mild, moderat og alvorlig. Begrepene ”mani” og ”alvorlig depresjon” benyttes for å anskueliggjøre ytterpunktene på det affektive spekteret. Klinisk sett beskrives de affektive lidelsene som en grunnleggende forstyrrelse i stemningsleie eller affekter, oftest i retning av depresjon (med eller uten tilknyttet angst) eller hevet stemningsleie. Endringer i stemningsleie ledsages som regel av endringer i det generelle aktivitetsnivået. De fleste andre symptomer beskrives som sekundære til slike endringer eller forståelige i relasjon til disse. De fleste av de affektive lidelsene beskrives som å ha en tendens til å vende tilbake, og at utbruddene i enkeltepisoder oftest skjer i forhold til belastende hendelser eller situasjoner (Statens helsetilsyn, 2000b).

De tidligere pasientene som inngår i denne avhandlingen er klassifisert under kapittelet F 31 Bipolar affektiv lidelse. Det fremholdes her at ”... begrepet ”manisk-depressiv lidelse eller forstyrrelse” nå hovedsakelig blir brukt som synonym for bipolar lidelse” (Statens helsetilsyn, 2000a, s. 112). Klinisk sett er bipolar affektiv lidelse karakterisert ved gjentatte (minst to) episoder der personens stemningsleie og aktivitetsnivå er betydelig forstyrret. Noen ganger preges lidelsen av hevet stemningsleie, økt energi og aktivitet, kalt hypomani eller mani. Andre ganger er senket stemningsleie og senket energi og aktivitet omtalt som depresjon. Det kan oppnås fullstendig remisjon mellom episodene, og tiden med remisjon avtar ofte med alderen. Fordelingen mellom menn og kvinner er meget jevn. Den første episoden kan inntreffe i hele perioden fra barndom til alderdom. Vanligvis har maniske episoder en brå debut og kan vare fra to uker til fire-fem måneder. Depresjonen varer ofte lenger, fra seks til tolv måneder. Episoder av begge typer forekommer ofte i etterkant av belastende livshendelser eller andre psykiske traumer (Statens helsetilsyn, 2000b).

---

<sup>3</sup> Se nærmere beskrivelse av utvalgsriterier i kap. 4.4.1.

## 1.2 Metodologi og kontekst

Avhandlingen er en del av Prosjekt Undervisningsavdeling (PU) som er et fireårig forskningsprosjekt med start i januar 1999 og avslutning i desember 2002. PU er et samarbeid om forskning og fagutvikling mellom et psykiatrisk sykehus (Sykehuset) og Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse- og sosialfag. Prosjektets kontekstuelle utgangspunkt er en psykiatrisk akuttpost for voksne – Akuttposten<sup>4</sup>. Hovedmålsetting er nye strategier for kompetanse- og kunnskapsutvikling i psykiatrisk omsorgsarbeid. Det er beskrevet tre delmål for PU: 1. systematisk programutvikling og forskning, 2. videreutvikling av personalets kompetanse og 3. gi helse- og sosialfagsstudenter et fruktbart læringsmiljø.<sup>5</sup>

Avhandlingen plasseres innenfor rammene av systematisk programutvikling og forskning og er et bidrag til å videreutvikle personalets kompetanse. Studien inngår i Maniprosjektet, som er et delprosjekt som har pågått gjennom hele prosjektperioden. Maniprosjektet har bestått av i alt tre delprosjekter.<sup>6</sup> Akuttposten er avhandlingens basis både i form av PU og som den kontekst der tidligere pasienter har erfart å være maniske og innlagt. Akuttposten er også rammen for personalets forståelse av og erfaringer med pleie og omsorg i forhold til denne pasientgruppen, og de felles erfaringer pasienter og personale har gjort seg.

Prosjekt Undervisningsavdelings overordnede design er handlingsorientert forskningssamarbeid basert på en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming (Hummelvoll, 2001a). Det handlingsorienterte forskningssamarbeidet er en av flere versjoner av aksjonsforskning (Cornwall og Jewkes, 1995). Forfatterne viser til at handlingsorientert forskningssamarbeid er å foretrekke når man ønsker å utvikle *kunnskap for handling*. Tilnærmingen i PU er inspirert av "co-operative inquiry" slik det er beskrevet av Reason og Heron (1986), Reason (1988, 1994) og Kemmis og McTaggart (2000). Denne forskningstilgangen har etter hvert oppnådd både oppmerksomhet og akseptasjon spesielt innenfor helserelaterte problemstillinger (Cornwall & Jewkes, 1995). I en slik forskningstilnærming medbestemmer deltakerne hvordan og for hvem forskningen blir utformet og gjennomført. Det handlingsorienterte forskningssamarbeidet er karakterisert ved at det er refleksivt, fleksibelt og prosessuelt. Hovedstyrken ligger i at man utforsker

---

<sup>4</sup> For nærmere beskrivelse av Prosjekt Undervisningsavdeling og Akuttposten, se kap. 4.1.

<sup>5</sup> For nærmere beskrivelse, se Hummelvoll (2001a).

<sup>6</sup> Se Bugge (2000) og Hummelvoll, Sunde og Severinsson (2001).



lokal kunnskap og lokale oppfatninger, og derigjennom øker mulighetene for å skape praksisrelevant kunnskap (Hummelvoll, 2001b).

Forut for avhandlingsarbeidet pågikk det en studie knyttet til det å utvikle en dypere forståelse for mani som fenomen og lidelse i PU. Studien konkluderte slik:

*Videre forskning bør systematisk søke å løfte frem tidligere pasienters erfaringskunnskap – både i forhold til lidelsens virkning i den enkeltes liv og om deres erfaringer knyttet til psykiatrisk behandling og pleie. Denne forskningsbaserte kunnskap mangler i dag (Hummelvoll et al, 2001, s. 85).*

Det er i forlengelsen av denne konklusjonen at studien har utviklet seg. Perspektivet i de kvalitative studiene er et sykepleievitenskapelig innenfraperspektiv i den hensikt å nå en dypere forståelse av fenomenene mani, sykehusinnleggelse og kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie. Den metodologiske tilnærmingen er hermeneutisk-fenomenologisk.<sup>7</sup> Den fenomenologiske visjonen søker å rendyrke tankene og følelsene i de tidligere pasientenes og personalets opplevelser og erfaringer. Den hermeneutiske forståelsen gir fremstilling til sammenhenger og mønstre i erfaringene som er artikulert. Fokus er de essensielle kvalitetene i erfaringene og den fenomenologiske beskrivelsen har fokusert det meningsbærende i fenomenenes sentrale egenskaper og struktur. I avhandlingens hermeneutisk-fenomenologiske tilnærming søkes det etter grunnleggende kvaliteter ved deltakernes beskrivelser samt at fokus er på meningsfortolkning og forståelse av utsagn og handlinger fra de respektive aktørene i delstudiene.<sup>8</sup>

### 1.3 Valg av forskningstema, forskningsdesign og metode

Dette er bakgrunnen for valg av forskningstema, problemstilling, metoder og metodologi: Forskningstema var avklart i forbindelse med PUs prosjektbeskrivelse og ble presisert i forbindelse med utlysning av stipendiatstillingen og har vært utgangspunkt for avhandlingsarbeidet. Problemstilling, valg av metoder og metodologiske antakelser ble utviklet i tråd med prosjektbeskrivelsen for avhandlingen. I prosessen med å utvikle en prosjektbeskrivelse ble denne lagt frem og diskutert med prosjektledelsen og referansegruppen for PU. Den hermeneutisk-fenomenologiske tilnærmingen danner basis for utviklingen av problemstillinger for de to delstudiene. En grunnleggende antakelse er at

---

<sup>7</sup> Se også kap. 1.3, 2.5 og 4.3 for utfyllende metodologiske begrunnelser og tilnærminger.

<sup>8</sup> Begrepene hermeneutikk (kap. 2 og 4), livsverden (kap. 2 og 4), erfaring (kap. 2), kunnskap (kap. 2), person (kap. 3) og mani (kap. 3) knyttes sammen og diskuteres ytterligere i andre kapitler slik de er parentessatt.

samtaler med tidligere pasienter om deres opplevelser og erfaringer kunne utvide kunnskapsgrunnlaget. Fokus er rettet mot pasientens subjektive opplevelser og erfaringer med mani som fenomen og lidelse og det å være pasient. Den erfaringsbaserte pasientkunnskapen settes i relasjon til personalets fagkunnskap for å belyse hvordan dette møtet kan danne et grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie. Den økte forståelsen kan gi personen selv og personalet ny viten om opplevelsene og erfaringene med det å være manisk og pasient. Det kan gi ny kunnskap til den pleie og omsorg som skal legges til grunn for samarbeidet med denne pasientgruppen. Det sentrale i arbeidet er å få frem en utvidet forståelse gjennom personers erfaringer og opplevelser fra det levde liv knyttet til de studerte fenomener. Mange beskrivelser foreligger om mani i et sykdomsperspektiv (disease). Dette forskningsarbeidet vil særlig fokusere illnessperspektivet (Ekeland, 1999a). Eisenberg (1977) understreker nettopp betydningen av dette skillet mellom disease og illness. Disease representerer sykdomstilstanden i et objektivt, naturvitenskapelig perspektiv og søker å forklare den i objektive, observerbare termer. Illness refererer til menneskers subjektive opplevelse av og reaksjoner på symptomer og plager. Det er en "levd erfaring" (Toombs, 1993).

Avhandlingen fremholder betydningen av det menneskelige fellesskap – karakterisert av samvær og medforståelse. I denne sammenheng fremstår språket som det sentrale i menneskers samvær (Anderson og Goolishian, 1992). Språket og dialogen mellom mennesker er forutsetningen for selvforståelse og forståelse av verden. Dette synet innebærer at kunnskap skapes og omskapes i en kontinuerlig interaksjon og kommunikasjon med den virkelighet mennesker befinner seg i. Kunnskap fremstår som et foreløpig fenomen knyttet til den kontekst den fremtrer i (Bateson, 1972). Et slikt grunnsyn innebærer en kvalitativ orientering i forskningsarbeidet. Man vil søke å oppfange karakteristika, variasjoner, sammenhenger, mønstre og utviklingstendenser i et utvalgt materiale. Forholdet mellom forsker og informant er basert på et subjekt–subjekt-forhold, der man i dialogen og fellesskapet søker å klargjøre forståelse og mening knyttet til ulike fenomener og hendelser (Knizek, 1998).

Studiens forskningsmessige design er følgelig kvalitativ med et eksplorativt og deskriptivt preg innenfor rammen av et handlingsorientert forskningssamarbeidsdesign (Reason, 1994; Kvale, 1997), og er utformet gjennom:

- kvalitative forskningsintervjuer og hermeneutisk analyse og tolkning av tidligere pasienters beskrivelser av mani som fenomen og lidelse og det å være innlagt pasient (Delstudie I)

- fokusgruppeintervjuer og hermeneutisk analyse og tolkning av personalets beskrivelser og forståelse av erfaringsbasert pasientkunnskap relatert til mani og sykehusinnleggelse (Delstudie II).

Metodene for å skape og analysere data innebærer en hermeneutisk-fenomenologisk forståelsesramme. Analysen og fremstillingen vil følgelig karakteriseres av både en fenomenologisk beskrivende og en hermeneutisk tolkende tilnærming.<sup>9</sup> Sentralt i en hermeneutisk tilnærming er det å studere ett eller flere angitte fenomen fra ulike perspektiver med utgangspunkt i ulike kilder (Ödman, 1979). Hensikten med å utlegge funnene fra de to delstudiene er både å tydeliggjøre sammenhenger mellom dem og å fremstille delstudiene som innholdskomponenter i en hermeneutisk forståelsesprosess. Delstudiene har på ulikt nivå og i ulike kontekster suksessivt utviklet nye spørsmål og ny forståelse. Forholdet mellom delstudiene og helheten i avhandlingen kan beskrives som forholdet mellom del og helhet i den hermeneutiske spiral, og som forholdet mellom forforståelse og forståelse. Forståelsen endres i møtet med beskrivelser av erfaringer.

#### 1.4 Studiens hensikt og forskningsspørsmål

En sentral hensikt med denne avhandlingen er å beskrive og forstå mani som fenomen og lidelse. Vekten ligger på de subjektive og erfaringsnære beskrivelsene og opplevelsene personene har med mani som fenomen og lidelse og som innlagt pasient i en akuttpsykiatrisk avdeling. Fenomenet mani innebærer subjektive beskrivelser av manierfaringen slik den uttrykker seg og viser seg for den enkelte. De tidligere pasientenes erfaringsbaserte kunnskap vil kunne gi økt forståelse av fenomenet mani og av hvordan lidelsen innvirker på personens liv.

En annen hensikt er å finne ut hvordan den erfaringsbaserte pasientkunnskapen kan influere på møtet og samarbeidet med personalet og slik bidra til kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie. Personalets opplevelser og erfaringer av dette samarbeidet vil også bli beskrevet. Avhandlingsarbeidets empiriske fundament er plassert i tidligere pasienters og personales beskrivelser av egne erfaringer og opplevelser. Hummelvoll (1998) og eget litteratursøk<sup>10</sup> viser få resultater med hensyn til forsknings- og erfaringsbaserte artikler med fokus på psykiatrisk sykepleie relatert til mani som fenomen og lidelse i et

---

<sup>9</sup> Se kap. 4 for nærmere metodologiske vurderinger og begrunnelser.

<sup>10</sup> Se kap. 3.4, 3.5 og 3.6 for en detaljert gjennomgang av eget litteratursøk.

pasientperspektiv. Barker (1990) påpeker behovet for å utvikle forskning i psykiatrisk sykepleie som retter seg mot "people's problems" i et illness-perspektiv. Forfatteren fremholder at det svært sjelden er mulig å hjelpe noen med å mestre psykisk lidelse uten å hjelpe dem å finne deres egen mening i disse opplevelsene. Avhandlingen vil på denne bakgrunn gi et bidrag til og stimulere til videre forskning basert på pasienterfaringer og konkrete personers subjektive opplevelser av mani – både hvordan manien innvirker på deres levde liv, selvforståelse og deres opplevelser og erfaringer knyttet til kontakten med de profesjonelle i det psykiatriske hjelpeapparatet.

Avhandlingen inneholder også en implementeringsdel. Implementeringen skapes i møtet mellom den erfaringsbaserte pasientkunnskapen og personalets fagkunnskap med sikte på å bidra til kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie til den aktuelle pasientgruppen. Det er lite empirisk dokumentasjon knyttet til personers opplevelser av mani som innlagt pasient, og hvordan denne kunnskapen kan relateres til fagkunnskap.<sup>11</sup> Følgelig valgte man å formulere åpne problemstillinger. Å avgrense problemstillingene for sterkt kan hindre forskeren i å se helheten og nyansene i det som undersøkes. På denne bakgrunn kan en formulere avhandlingens hensikt slik:

1. Å beskrive og forstå mani som fenomen og lidelse
2. Å bidra til kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie relatert til den aktuelle pasientgruppen

Forskningsarbeidet omfatter *to delstudier* med tilhørende og utdypende forskningsspørsmål.

Delstudie I: Tidligere pasienters opplevelser og erfaringer med mani som fenomen og lidelse og som innlagt pasient

Hensikt: Å undersøke, beskrive og forstå pasienters opplevelser og erfaringer med mani som fenomen og lidelse og det å være innlagt pasient. Den erfaringsbaserte kunnskapsbeskrivelsen tar utgangspunkt i personens livsverden<sup>12</sup> og hvordan vedkommende artikulere og reflekterer over sine opplevelser med de tre nevnte forhold. Sentralt er å beskrive de tidligere pasientenes subjektive opplevelser og erfaringer med mani som fenomen og lidelse og hvordan dette virker inn på deres selvforståelse og sosiale

---

<sup>11</sup> Se for eksempel Goodwin og Jamison, 1990; Hatfield og Lefley, 1993 og Castillo, 1997.

<sup>12</sup> Se kap. 2 for en nærmere diskusjon og utlegging av avhandlingens bruk av begrepet livsverden.

liv. Videre undersøkes og beskrives de opplevelser og erfaringer personene har gjort seg under innleggelsen ved Akuttposten.

Forskningsspørsmål:

1. *Hvordan opplever og erfarer tidligere pasienter mani som fenomen og lidelse?*
2. *Hvordan virker lidelsen inn på personenes sosiale liv og selvforståelse?*
3. *Hvilke opplevelser og erfaringer har pasientene gjort seg under innleggelse ved Akuttposten?*

Delstudie II: Pasienterfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling blant personalet ved Akuttposten

Hensikt: Å beskrive og forstå hvordan den erfaringsbaserte pasientkunnskapen kan danne et grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie. Hvilke refleksjoner gjør personalet seg i møte med pasientkunnskapen, og hvordan innvirker den på deres egen fagkunnskap? Delstudien vil fokusere på hvordan og på hvilke områder pasienters erfaringskunnskap kan gi endringer i utøvelsen av psykiatrisk sykepleie til personer med en manisk lidelse.

Forskningsspørsmål:

1. *Hvordan kan erfaringsbasert pasientkunnskap om mani som fenomen og lidelse bidra til kunnskapsutvikling hos personalet som arbeider med denne pasientgruppen ved en akuttpsykiatrisk post?*
2. *Hvordan kan tidligere pasienters opplevelser og erfaringer med Akuttpostens tilbud om pleie og omsorg innvirke på relasjonen og samarbeidet mellom pasienter og personalet?*

### 1.5 Terminologiske presiseringer

Avhandlingens tittel er "Mani som fenomen og lidelse – pasient- og personalerfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie".

*Mani* betegner fenomenet slik det gir seg til kjenne og viser seg for den enkelte person, og hvordan manien trer frem i subjektive opplevelser og beskrivelser. *Mani* betegner også lidelsen; de erfaringer og uttrykk i form av konsekvenser på det individuelle, relasjonelle og sosiale plan.

*Pasient* betyr en person som lider og som er under behandling og pleie. Sykepleiens fokus er rettet mot personen og dennes opplevelse av lidelsen. Pasienten anses å være en person med både rettigheter og plikter. I denne

sammenheng er det tidligere pasienter ved Akuttposten, som frivillig, frivillig men indifferent eller mot sin vilje har mottatt psykiatrisk behandling og pleie.

*Personal* betegner i denne sammenheng fagpersoner som arbeider som assistenter, psykiatriske hjelpepleiere, sykepleiere og psykiatriske sykepleiere ved en akuttpsykiatrisk post for voksne.

*Erfaring* innebærer å være bevandret og lære å kjenne. I denne studien er det pasienters og personalets erfaringer med fenomenene mani og sykehusinnleggelse som fokuseres gjennom deres livsverdener.<sup>13</sup> Livsverden forstås i denne sammenheng som den opplevelsese- og erfaringsverden hvor pasient og sykepleier lever sitt daglige liv, og som er formet av deres tidligere og aktuelle erfaringer og som muliggjør tolkning av personers eksistens. Denne verden overstiger på den ene siden subjektet, men er samtidig en "levd verden" forbundet med subjektet. Sentralt i livsverdenen er den erfaringsbaserte kunnskapen som en person subjektivt utvikler gjennom artikulering og refleksjon over sine opplevelser og erfaringer i en konkret hverdag. Hverdagen rommer de dagligdagse gjøremål og det språk som følger disse. Den erfaringsbaserte kunnskapen kan finne sitt uttrykk både kroppslig og språklig. I denne studien er det den erfaringsbaserte kunnskapen som lar seg uttrykke språklig, som tematiseres.

*Grunnlag for kunnskapsutvikling* innebærer i denne sammenheng systematisering av erfaringsbasert pasient- og personalkunnskap som bidrag til teoretisk og praktisk kunnskap i psykiatrisk sykepleie. Med *psykiatrisk sykepleie* forstås den delen av psykiatrisk praksis som omtales som pleie og omsorg, og som utøves av personer med ulik yrkesbakgrunn (Hummelvoll 2001a, 2001b).

*Språklig* vil begrepene mani og manisk hovedsakelig benyttes for å beskrive personenes lidelse, i noen tilfeller vil også begrepene stemningslidelse og manisk-depressiv lidelse bli brukt. I teksten benyttes *han* og *hun* både om pasienter og personale, bortsett fra i kapittel 3, "Sykepleievitenskapelig perspektiv", der jeg bruker systematisk *hun* om sykepleieren. I kapittel 4, 5 og 6 bruker jeg begrepene pasient og personale. I kapittel 7 og 8 bruker jeg pasient og sykepleier om den samme relasjonen.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Se kap. 2.4 for en nærmere utlegning av forholdet mellom begrepene erfaring og livsverden, samt en presisering av livsverdensbegrepet.

<sup>14</sup> Dette valget begrunnes i at kap. 7 og 8 spesielt tolker og diskuterer relasjonen mellom pasient og sykepleier i relasjon til psykiatrisk sykepleie.

## 1.6 Avhandlingens oppbygging

Avhandlingen er bygd opp omkring fire deler etter dette innledende kapittelet. Del 1 tar for seg *det kunnskapsteoretiske utgangspunktet* for avhandlingen. Forskerens paradigme i form av ontologiske, epistemologiske og metodologiske posisjoner vil bli beskrevet.

Avhandlingsarbeidets tilknytning til den humanvitenskapelige forskningstradisjonen og i særdeleshet det livsverdensperspektiv som anlegges, vil bli belyst. Til slutt presenteres det sykepleievitenskapelige perspektivet, herunder også tidligere forskning knyttet til avhandlingens sentrale temaområder.

Del 2 omtales som *metodologiske vurderinger og begrunnelser*. Innledningsvis vil det handlingsorienterte forskningssamarbeidets design og Prosjekt Undervisningsavdeling presenteres. Deretter beskrives studiens design, utvalg og metodiske tilnærminger knyttet til de to delstudiene. Her begrunnes de valg som er gjort underveis i prosessen, og de empiriske studienes gyldighet drøftes. Til slutt diskuteres etiske overveielser.

Del 3 er *presentasjon og tolkning av funn*. I to påfølgende kapitler vil funn<sup>15</sup> fra Delstudie I og II fremstilles og tolkes. Et siste kapittel utgjør en helhetlig tolkning av forholdet mellom de to delstudiene.

Del 4 presenterer *diskusjon, kritikk og slutninger* av de empiriske funnene i lys av avhandlingens kunnskapsteoretiske utgangspunkt. Det pekes på hva avhandlingen kan bidra med av kunnskapsutvikling, og det gis forslag til videre forskning innenfor det angjeldende feltet.

---

<sup>15</sup> Begrepet funn kan gi assosiasjoner til en distansert empirisk forsker som selv i liten grad er en del av forskningsprosessen. Valget er fundamentert i i den kvalitative forskningstradisjonen hvor "findings" benyttes (Denzin og Lincoln, 2000). Begrepet søker å fange både relasjonen mellom forskeren og de(n) andre som subjekt-subjekt og at funnene følgelig må ansees som samskapte.



## DEL 1 KUNNSKAPSTEORETISK UTGANGSPUNKT

Del 1 beskriver og presiserer avhandlingsarbeidets kunnskapsteoretiske grunnlag. I kapittel 2 beskriver og argumenterer jeg for ontologiske, epistemologiske og metodologiske antakelser i mitt forskerparadigme. Jeg begrunner hvordan antakelsene har påvirket grunnlaget, utformingen og fokuset for avhandlingsarbeidet. I kapittel 3 viser jeg hvordan forskerparadigmet influerer og perspektiverer det sykepleievitenskapelige gjenstandsområdet i relasjon til denne studiens forskningstema. Deretter knyttes avhandlingens sykepleievitenskapelige fokus sammen med tidligere forskning relatert til psykiatrisk sykepleie og mani.

### KAPITTEL 2

#### Forskerparadigmet

##### 2.1 Valg av forskerparadigme

I dette kapittelet blir paradigmebegrepet diskutert og forskerens paradigme presentert. Jeg ønsker å gjøre mest mulig eksplisitt for leseren hvilken forståelse jeg har kommet frem til i denne studien, og hvordan jeg har kommet frem til denne forståelsen. Perspektivet jeg anlegger i mitt arbeid, søkes tydeliggjort. Eriksson (1992) beskriver valg av perspektiv som "... att välja ett bestämt sätt att se dvs. välja vad man vill se och hur man ser på det man vill se" (s. 92).<sup>16</sup> Jeg argumenterer med Lindström (1992) at eksplisittgjøringen av forskerparadigmet kan forstås som et nødvendig ledd i forskningsprosessen. Det er mot denne forståelseshorisont at data skapes, analyseres og tolkes. Samtidig er bevisstgjøringen av eget forskerparadigme en forutsetning for å kunne vurdere validiteten av forskningen. Törnebohm (1985) viser hvordan et menneske utgjøres av livsparadigme forent i en kropp i en livsverden. Livsparadigmet overlapper alle andre subparadigmer og endres gjennom et menneskes liv. Forfatteren viser hvordan et menneskes kunnskaper, interesser og handlinger samspiller i livs-, yrkes- og forskerparadigmene.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Se også Eriksson (2001) for en ytterligere diskusjon om forholdet mellom perspektivvalg i sykepleievitenskapen relatert til dens akademiske anseelse.

<sup>17</sup> Se Lindström (1992) for en utlegning av Törnebohms paradigmatteori knyttet til psykiatriske

Paradigme er på norsk synonymt med mønster, eksempel eller forbilde (Norsk synonymordbok, 1984). Etymologisk sett stammer det norske ordet "mønster" fra det latinske ordet "monstrare", som betyr å vise eller betegner en prøve som fremvises (Falk og Torp, 1996). Kuhn (1962) var den som i sin tid lanserte begrepet paradigme og har gitt det mange og ulike betydninger.<sup>18</sup> Den mest presise forståelsen av paradigme som Kuhn presenterer, er knyttet til de grunnleggende kriterier og mønstre for utviklingen av teori som gjelder i en periode med normalvitenskap. En vitenskapelig revolusjon er overgangen fra ett paradigme til et annet. På denne bakgrunn argumenterer Kuhn for at paradigme er strukturer som karakteriserer en gruppe av forskere. Törnebohm (1985) benytter betegnelsen "forskerens paradigme" for å fremheve det individuelle og viser til sammenhengen mellom forskerens interesse, kompetanse, verdensbilde og vitenskapssyn som bestemmende for forskerens paradigme.

Smith (1998) presiserer at paradigme brukes i vitenskapelig sammenheng i analogi til begrepets etymologiske betydning som mønster og forbilde. Begrepet har en normerende funksjon både i vitenskapen og blant miljøer og forskere som bidrar til vitensproduksjon. Smith identifiserer tre hovedkategorier i dagens forståelse og bruk av paradigmebegrepet. Forfatteren omtaler den meste brukte kategorien slik: "Used to designate a school of thought, theoretical perspective or set of problems. This is the loosest but most common use, in which the term paradigm is seen as synonymous with a "model" of a particular aspect of social life" (s. 198). Burell og Morgan (1979) benytter også paradigmebegrepet i en utvidet forstand og skriver: "'Paradigms', 'problematics', 'alternative realities', 'frames of reference', 'forms of life' and 'universe of discourse' are related conceptualisations although of course they are *not* synonymous" (s. 36).

Paradigmediskusjonen har lagt grunnlaget for å hevde at alle observasjoner er teoriladete (Barbosa da Silva og Wahlberg, 1994).<sup>19</sup> Det finnes ingen "ren observasjon". Fremstillingen av forskningsresultater innenfor både natur- og humanvitenskapene vil være produkter av menneskelige tolkninger. Det interessante er å diskutere grader av, beskrivelse av og metoder for tolkning i de ulike vitenskapstradisjonene, og fra hvilket valgt perspektiv tolkningen foregår. I ethvert forskningsarbeid vil det være to typer

---

sykepleieres yrkesparadigme.

<sup>18</sup> Margaret Mastermann har angitt 21 forskjellige betydninger av begrepet paradigme hos Kuhn (Baune, 1991).

<sup>19</sup> I denne sammenheng er Wifstads (1997) diskusjon om diagnostiske klassifikasjonssystemer som uttrykk for ideen om det teorifrie paradigmet i psykisk helsevern, meget relevant.

antakelser av grunnleggende teoretisk karakter: 1. En ontologisk antakelse om hva som kan tenkes å eksistere i virkeligheten,<sup>20</sup> og 2. En kunnskapsteoretisk antakelse om hvordan mennesket oppfatter det som eksisterer, og hvilken teoretisk status ulike oppfatninger har. Oftest er det en nær sammenheng mellom disse to kategoriene av antakelser.

Jeg vil med Barbosa da Silva og Wahlberg (1994) hevde at grunnantakelser om syn på kunnskap, mennesket, virkeligheten, vitenskapens natur og ideal og vitenskapelig metode utgjør den vitenskapsteoretiske basis. Totaliteten og relasjonene mellom disse grunnantakelsene utgjør i vitenskapsfilosofisk betydning et paradigme. Det er en kausal relasjon mellom grunnantakelsene i den betydning at enhver forsker, bevisst eller ubevisst, utgår fra et paradigme i valg av sine vitenskapelige metoder. Smith (1998) påpeker at all diskusjon knyttet til begrepet vitenskap, aktualiserer vår forståelse av kunnskap. Vitenskapelig kunnskap fremstilles ofte som objektiv kunnskap som er fristilt fra den subjektive erfaring og opplevelse. Smith fremholder betydningen av å diskutere begrepet situert eller kontekstuell kunnskap. Dette innebærer en forståelse av at all kunnskap skapes og formes i interaksjon med den historiske og kulturelle kontekst. Vitenskapelig kunnskap er intet unntak. På samme måte kan vi diskutere betingelsene og tradisjonene for produksjon av vitenskapelig kunnskap.

Eriksson (1992) viser til at enhver forsker eller skribent velger et bestemt paradigme i sitt arbeid. Dette kan være mer eller mindre bevisst. Eriksson understreker at enhver forsker har en forpliktelse overfor seg selv og leserne til å klargjøre sitt valgte forskerparadigme. Både for å vise hva forskeren forstår med kunnskap og kunnskapsutvikling, og hvordan denne forståelsen brukes i det aktuelle forskningsarbeidet. Tydeliggjøring av forskerens kunnskapssyn er viktig for leseren av en avhandling, ikke minst for å kunne vurdere metodevalg, konklusjoner og anbefalinger i et forskningsarbeid. Eriksson (1992) omtaler dette som valg av forskerparadigme. I sin forståelse av paradigmebegrepet inkluderer hun ontologiske, epistemologiske og metodologiske antakelser eller forestillinger. Disse antakelsene er også avgjørende for utviklingen av et forskningsdesign.

Det er på denne bakgrunn jeg ønsker å tydeliggjøre mitt forskerparadigme. Min forståelse av forskerparadigme bygger jeg på Burrell og Morgan (1979), Törnebohm (1985), Eriksson (1992, 2001) og Smith (1998). Jeg forstår forskerparadigme som

---

<sup>20</sup> Med ontologi bygger jeg på Heidegger og hans betydning av begrepet som forståelsen av væren

innholdsmessig analogt med perspektiv og referanseramme. Jeg tenker at en forskers paradigme utvikles og uttrykkes i en dialektikk mellom individet og det forskerfellesskapet vedkommende er en del av. Dette innebærer en vid forståelse av begrepet, som inkluderer beskrivelser av ontologiske, epistemologiske og metodologiske antakelser og sammenhengen mellom disse.<sup>21</sup> Disse beskrivelsene gjøres for å tydeliggjøre og offentliggjøre både fundamentet for paradigmet og selve paradigmet.

## 2.2 Om forforståelse<sup>22</sup>

Foucault (1972), Gadamer (1975) og Habermas (1999a, 1999b) har særlig arbeidet med faktorer som påvirker vår erkjennelse. Habermas hevder at det ikke finnes en interessefri erkjennelse, og følgelig at all kunnskapsutvikling er styrt av bakenforliggende interesser. Forfatteren identifiserer tre typer av erkjennelsesinteresser som konstituerer all menneskelig erkjennelse og derved også vitenskap:

1. den tekniske interesse (naturvitenskapene)
2. den praktiske eller hermeneutiske interesse (humanvitenskapene)
3. den frigjørende interesse (de kritiske vitenskapene) (Habermas, 1999b, s. 13)

Disse interessene er bestemmende for den vitenskapelige søken etter kunnskap: Den tekniske interesse retter seg mot beherskelse av naturprosesser og utvikling av teknologi. Den praktiske eller hermeneutiske interesse retter seg mot å forstå mennesket og menneskelig samhandling og kommunikasjon. Den frigjørende interesse retter seg mot å avdekke de samfunnsideologier som systematisk fordreier vår kommunikasjon, og derved oppmuntrer mennesket til frigjøring og selvrefleksjon. Habermas (1999a) fremholder betydningen av å kunne klassifisere de ulike erkjennelsesinteressene for derved å kunne utøve og prioritere kunnskapsutvikling innenfor de tre områdene.

Gadamer (1975) peker på forforståelsens betydning for forståelsen når han diskuterer hva betingelsene for kunnskapsproduksjon kan være. Vi kommer ikke forutsetningsløse inn i et forskningsfelt. Forforståelsen er et unngåelig premiss i all menneskelig samhandling og kommunikasjon, og den vil følgelig prege vår dialog og

---

og i særdeleshet menneskets væren (Vetlesen og Stånicke, 1999, s. 16).

<sup>21</sup> Dahlberg et al (2001) bruker begrepene "world view", "scientific view", "paradigm competence" og "researcher interest and research direction" for å beskrive hva de legger i et paradigme. Innholdsmessig er denne inndeling analog til den forståelse og inndeling av paradigme jeg benytter meg av.

interaksjon med et bestemt forskningsfelt. Foucault (1972) argumenterer for at forskningsbasert kunnskapsproduksjon (vitensproduksjon) kan fremstå som disiplinert gjennom en tilpasning til de til enhver tid gitte rammer og betingelser for vitensproduksjon som gjelder i academia. Forskning er en skapende praksis der forskeren må underlegge seg bestemte rasjonalitetsregimer for at forskningsresultatene skal aksepteres som kunnskapsutvikling. Slik vektlegges forskerens individuelle posisjon langt mindre og fokuserer særlig det rasjonalitetsregimet forskeren inngår i. Forskeren kan bare forske på og presentere resultater som muliggjøres innenfor den rådende vitenskapelige diskurs. Foucaults resonnementer leder mot å se på min posisjon som forsker både som formet av og formende for det forskerfellesskapet avhandlingen inngår i. Som forsker er jeg både en aktiv, kunnskapsproduserende sosial aktør og en som blir styrt og ledet av det gjeldende rasjonalitetsregimet, som avgrenser og definerer hva som er forskning og vitensproduksjon. Dialektikken mellom forsker og forskerfellesskapets rasjonalitetsregime(r) kan relateres til de gjeldende diskursene i fagfeltet psykisk helsevern, sykepleievitenskap, psykiatrisk sykepleie, Prosjekt Undervisningsavdeling og i forholdet mellom min teoribaserte forforståelse og undersøkelsens empiriske funn.

Jeg forstår Gadamer (1975) understrekning av forforståelsens betydning som at forskeren allerede i forskningsarbeidets innledningsfase, i størst mulig grad, bør arbeide aktivt med å synliggjøre egen forforståelse; i særdeleshet den delen av forforståelsen som lar seg artikulere, og som er relevant i forskningsarbeidet. Som forsker har jeg imidlertid ikke refleksiv oversikt eller innsikt i alle deler av min forforforståelse. Følgelig innebærer det at forskeren må være villig til kritisk å reflektere over egen posisjon og forforståelse i en dialog med en person eller en tekst. Det er nettopp i møtet med den andre eller en annen horisont at jeg blir oppmerksom på min bestemte forforståelse. Det er i erfaringen av et spenningsfylt møte med en annen at vår forforståelse endres.

Forforståelsen har karakter av fordommer – ikke nødvendigvis i negativ betydning (Gadamer, 1975). Fordommene uttrykker vår forankring i en familie, i et samfunn og i en kultur. Fordommene utgjør vår kulturelle ballast, som vi må ta i betraktning når vi skal forstå noe nytt. Det betyr ikke at alle fordommer er berettigede og følgelig bør fastholdes. Forståelse krever åpenhet, og to fenomenene er gjensidig knyttet sammen (Nyström og Dahlberg, 2001). Forfatterne argumenterer for at det i all forskning

---

<sup>22</sup> Se også kap. 2.3 for en nærmere diskusjon av begrepet forforståelse.

kreves at det arbeides med forholdet mellom grunnleggende antakelser (forforståelse) og viljen til åpenhet og endring (ny forståelse). Dette er både en holdning og et arbeid som må prege hele forskningsprosessen. Hvis ikke vil funnene bare fremstå som en noe mer reflektert utgave av noe som allerede eksisterer i vår forståelse. Samtidig er ikke åpenheten i en forskningsprosess grenseløs (Kasén, 1997). Det gjøres alltid valg av ett eller flere perspektiv i relasjon til de angitte fenomen som skal studeres. Åpenheten gir slik sett mulighet for å tydeliggjøre en basis som innehar en beredskap til å la seg forandre. Det er denne prosessen Gadamer (1975) omtaler som horisontsammensmeltning.<sup>23</sup> Mitt forskerparadigmet utgjøres av ontologiske, epistemologiske og metodologiske antakelser. Helheten i kapitlene 1, 2 og 3 og samspillet mellom disse utgjør mitt *forskerparadigme* og danner basis for horisontsammensmeltningen med det empiriske materialet. De grunnleggende antakelsene i forskerparadigmet vil beskrives i det følgende.

### 2.3 Ontologiske antakelser

Jeg vil hevde at det i all forskning er en sammenheng, uttalt eller ikke, mellom forskerens ontologiske posisjon, syn på kunnskap, forskningsspørsmål og metodevalg. I ethvert forskningsdesign bør forskeren, så langt som mulig, søke å avklare sin egen posisjon for derved å maksimere den indre logikken og substansen i forskningsdesignet. Uten forsøkene på å utvikle en indre logikk kan argumentasjon og resonnementer bryte sammen. Et grunnleggende ontologisk spørsmål er knyttet til syn på mennesket. Er mennesket natur eller kultur – eller begge deler? Jeg vil med Barbosa da Silva (1998) fremholde at begrepet menneskesyn inneholder et helhetlig syn på mennesket.<sup>24</sup> Grunnleggende eksistensielle spørsmål om menneskets eksistens, natur og bestemmelse må kunne besvares i et menneskesyn. Sentralt står da spørsmålene om mennesket er unikt i forhold til alt annet – samt om menneskets plass i eller relasjon til virkeligheten. Disse og nærliggende spørsmål stiller hvert enkelt menneske seg, og ulike religioner, livssyn og filosofiske tradisjoner gir hver sine svar. Et vesentlig skille mellom mennesker og dyr er evnen til refleksjon og abstraksjon. Mennesket fremstår som et meningsseekende individ som kan reflektere over egen livssituasjon, og som kan begrepsfeste disse refleksjonene språklig. Gjennom sin

---

<sup>23</sup> Se kap. 4.3 for en nærmere utlegning av begrepet horisontsammensmeltning og konkretisert til de empiriske delstudiene.

<sup>24</sup> Barbosa da Silva (1998) viser til at det finnes både reduksjonistiske og ikke-reduksjonistiske menneskesyn, og klassifiserer menneskesyn i to hovedgrupper: humanistisk og ikke-

meningssøkende virksomhet har mennesket en unik tilgang til både natur og kultur. Mennesket kan sanse omverdenen og tolke den. Den mening og tolkning mennesket har om seg selv og om interaksjonen med sine medmennesker og omgivelser, skapes og omskapes i disse sosiale prosessene. Menneskets sansing er karakterisert ved sin subjektivitet, mens letingen etter meningen med det vi sanser, skjer i det intersubjektive møtet (Barbosa da Silva, 1998).

Begrepet empatisk intensjonalitet brukes for å vise kompleksiteten i vår sansing av verden (Husserl, 1997). For det første sanses verden subjektivt. Videre erfarer vi andre mennesker både som objekter (avgrensede andre) og som subjekter (som selv sanser og erfarer). I tillegg erfarer vi verden som en felles verden – den intersubjektive verden. Det vi sanser og tolker, er både konstruert av subjektet, samskapt i møte med den andre og erfart i en felles verden. Ödman (1979) fremholder tolkningsprosessen som dialektisk forstått som meningsskapende – den oppstår, lever og dør i interaksjonen mellom den tolkende og det som tolkes.<sup>25</sup> Tolkningsprosessens dialektikk knyttes også til forholdet mellom det å tildele og det å avgi mening, til forholdet mellom subjektiv og intersubjektiv mening samt til forholdet mellom det forgangne og det fremtidige. Tolkningsprosessen sikter mot forståelse ved å skape mening i nuet i lys av hendelser, og den sikter mot å skape endring av mening fra nuet og inn i fremtiden (op.cit.).

Mine ontologiske antakelser har sin basis i begrepet livsverden<sup>26</sup> (Husserl, Heidegger og Schütz) samt i forståelsen av mennesket som et tolkende individ utviklet av Heidegger og Gadamer. Forståelse er ontologisk i betydningen som en værensmåte ved mennesket. Forståelse er en vesentlig bestanddel ved mennesket uansett hvilke gjenstander den er *rettet mot*. Dette innebærer en antakelse om menneskets *intensjonalitet* som rettet mot verden, mot objektene og konstitusjon av mening i møtet mellom bevissthet og verden. Intensjonalitet er primært rettet annethet (Bengtsson, 1998). Videre har jeg en antakelse om at mennesket alltid vil søke å opprettholde sin selvfølelse og verdighet gjennom å søke mening og sammenheng i sin livsverden. På denne bakgrunn er avhandlingen ontologisk forankret i en livsverdensteori videreutviklet gjennom tradisjonen

---

humanistisk. Hver hovedtype kan være både religiøs og ikke-religiøs (s. 33).

<sup>25</sup> Se også Taylor (1992), som diskuterer mennesket som et selvtolkende vesen. Det er våre subjektive følelser som er basis for hva vi forstår som det å være menneske, og artikulasjonen av disse følelsene trenger et språk, hevder Taylor.

<sup>26</sup> Bengtsson (1999) viser til at begrepet livsverden i utgangspunktet var et filosofisk begrep (Husserl) med kunnskapsteoretiske og ontologiske konsekvenser (Heidegger og Schütz).

som omtales som aletisk hermeneutikk<sup>27</sup> (Husserl, 1997; Heidegger, 1981; Gadamer, 1975 og Ricoeur, 1979). Jeg vil anskueliggjøre og begrunne avhandlingens ontologiske perspektiv i det følgende.

Det finnes en rekke ulike tradisjoner, posisjoner og syn på hva hermeneutikk er eller ikke er (Krogh et al, 1999). I sitt hovedverk "Truth and Method" (1975)<sup>28</sup> skisserer Gadamer et syn på hermeneutikk forstått som et grunntrekk ved hva det vil si å være menneske. Han viser til et skille mellom hermeneutikk og metode, og han fremholder at det å søke forståelse er en grunnleggende menneskelig aktivitet. Mennesket søker å forstå den historiske og sosiale verden, den kultur og de tradisjoner det er preget av. Dette er en forutsetning og en betingelse for å lære eller for å benytte seg av vitenskapelige metoder. Hermeneutikk er noe mer grunnleggende og noe mer omfattende enn ulike vitenskapelige metoder. De ulike metodene kan frembringe vår opplevelse av ulike fenomener og utgjør slik sett generelle trekk ved den menneskelige forståelse.<sup>29</sup>

Gadamer bygger videre på Heideggers (1981) eksistensfilosofi som knytter forståelse til en ontologi om væren. Å forstå, fremholder Heidegger, er ikke bare en metode, det er en fundamental forståelsesprosess som inngår i menneskets måte å være til på. Det gjør mennesket til det det egentlig er. På denne måten setter Heidegger væren i kontrast til det værende, for på den måten å kunne avdekke værens mening. Det værende utgjøres av tingene og verden, mens væren er det som ligger til grunn for det konkrete. Å være til og å eksistere blir således å forstå væren i verden. Slik blir vår væren i verden hermeneutisk. Å tolke og forstå utgjør et konstituerende element i vår væren (Alvesson og Sköldberg, 1994).

Antikkens forståelse av begrepet hermeneutikk var mangetydig (Ödman, 1979). Det greske verbet "hermeneuein" oversettes oftest med å tolke og bygde på tegn, tyding og råd. Hensikten var å gripe dypt inn i menneskers liv og refererte til deres praksis. Forståelsen skulle gi mottakerne et nytt perspektiv på tilværelsen, så gjennomgripende at de skulle velge å endre sine liv. Ödman fremholder at den samtidige hermeneutikken

---

<sup>27</sup> Begrepet er hentet fra Alvesson og Sköldberg (1994) og er av gresk opprinnelse og betyr oppdagelsen av noe som er skjult (s. 131). Sentralt i denne sammenheng er at forfatterne samler tre former for hermeneutikk under tradisjonen aletisk hermeneutikk: 1. Eksistensiell (Husserl, Heidegger), 2. Poetisk (Gadamer) og 3. Mistankens (Ricoeur).

<sup>28</sup> Min referanse til Gadamer er den engelske utgaven "Truth and Method" (1975), som er en oversettelse av hans verk "Wahrheit und Methode" (1960).

<sup>29</sup> Se nærmere i kap. 4.3, hvor avhandlingens ontologiske forankring relateres og diskuteres til avhandlingens empiriske undersøkelser.



arbeider med tegn og tolkning, som i antikken. Det handler fortsatt om noe meget allmenmenneskelig, nemlig det å tolke og å forstå. Det er en stadig søken etter å gripe og forstå den menneskelige mening.

Etymologisk sett (Falk og Torp, 1996) stammer det norske ordet forståelse fra det svenske "förstå", det hollandske "verstaan", det tyske "verstehen", det engelske "understand" og det franske "comprendre". Alle disse verbene søker å fange den samme betydningen, nemlig det å bli stående eller stanse opp for å undersøke. Verbet å forstå har et konkret utgangspunkt ved "å stå fremfor", da kan man se hvordan ting viser seg. Historisk sett er det å forstå et bilde, en metafor. På norsk har vi andre verb for å forstå, som på samme vis er konkrete uttrykk som skal forstås metaforisk. "Å begripe" betyr å gripe rundt, ta rundt. "Å fatte" er å få tak i. "Ser du det?" retter seg mot å forstå gjennom å se noe.

Hvordan forstår vi som vi gjør? Jeg vil analysere forståelsesprosessen gjennom å løfte frem noen sentrale begreper (Gadamer, 1975). Begrepet *historisitet* viser til at ingen kan stille seg utenfor (livs)verden og være en nøytral observatør. Alle våre erfaringer er historiske og binder oss sammen med tidligere perioder relatert til den aktuelle kontekst. Vi kan artikulere vår historiske bevissthet gjennom begrepene *fordom*, *autoritet* og *språk*. Fordom må ses i relasjon til Gadammers begreper om forforståelse og forståelse.<sup>30</sup> All forståelse har et startpunkt, nemlig i en forutgående forståelse. En slik forutgående forståelse kalles en fordom – det fundamentale grunnlag for alle former for forståelse. Fordom må ses i relasjon til begrepet *forforståelse*, der begge deler søker å fange den eller de strukturer som aktiveres når vi beskriver et tolkningsobjekt .

Begrepet *autoritet* knytter Gadamer sammen med *historisitet*. Autoritet utøves ikke som blind lydighet av en enkeltperson, men av tradisjoner som vi fødes og bæres inn i. Vi tilhører tradisjonen før vi tilhører oss selv og det er tradisjonens retning som muliggjør en første erkjennelse og senere anerkjennelse av et subjekt. *Språket* er kanskje det mest sentrale elementet i Gadammers tenkning. Språket bidrar til å skape den eksistensielle verden, og det kan overskride tid og rom. Språket muliggjør og uttrykker forståelse gjennom ordene. Det meste av menneskelig interaksjon og kommunikasjon finner sted gjennom ulike språklige fellesskap.

---

<sup>30</sup> Se også min utlegning av dette forholdet i kap. 2.2.

Jeg vil hevde at Gadamer har bidratt vesentlig til vår forståelse av kunnskapsproduksjonens betingelser gjennom sine analyser av *forforståelsens* betydning for forståelsen. Vi står aldri fullstendig uhildet foran en situasjon, en sak eller et menneske. Vi har alltid en forforståelse av både situasjonen, saken og personen vi møter eller skal møte. Denne forforståelsen kan være eksplisitt, men ofte inneholder den både eksplisitte og implisitte elementer ved at den først kan erkjennes i situasjonen eller i møtet med den andre. Forforståelsen er et uomgjengelig vilkår for all erkjennelse. Dette standpunktet innebærer ikke at all erkjennelse er subjektivt basert og bare er uttrykk for eksplisitte og implisitte fordommer. Forforståelsen settes på og i spill ved at tolkeren spiller sin egen horisont, med fordommer og forståelse, ut mot det som søkes forstått. Forståelse kan finne sted når og såfremt tolkeren setter seg selv og alt sitt medbrakte eget på spill. Gjennom dialogen med den andre settes det spørsmålsteget ved forforståelsen. Spørsmålsteget og dialogen vil kunne lede til ny forståelse og derved også til ny erkjennelse.<sup>31</sup> Det er nettopp vår forforståelse som muliggjør dialogen eller møtet med den andre. Uten forforståelsen vil det ikke kunne foreligge et sted å begynne. Det er knyttet en dobbelthet til forforståelsen; den er både en nødvendig forutsetning for å kunne utvikle forståelse og samtidig et hinder hvis man ikke er åpen og villig til å sette den på spill (Gadamer, 1975).

Helheten i vår forforståelse utgjøres av en verden av forutsetninger og antakelser som vi uproblematisk tar for gitt. Denne helhetlige forforståelsen utgjør en horisont som finner sitt uttrykk både som individuell og felles. Horisontbegrepet innebærer at vår forståelse aldri er uten forutsetninger. Vi forstår alltid innenfor en bestemt horisont, som ikke er konstant, men i bevegelse. En slik bevegelse kan være møtet mellom den individuelle og den felles horisont, og den kan omtales som en *horisontsammensmelting* – ”a fusion of horizons”. En hermenutisk spiral blir slik sett et møte mellom to horisonter. Som leserkonstitueres min horisont av min forforståelse og vil være bestemmende for min tolkning av en tekst. Teksten representerer en horisont for meg som leser. Gjennom den prosessen det er å søke å forstå teksten, vil min horisont smelte sammen med tekstens horisont. Denne sammensmeltningen skaper en ny meningsbærende kontekst for tolkning av teksten. Horisontsammensmeltningen sprenger rammene for min tidligere forståelse, og jeg har derved overskredet min egen forståelseshorisont.

---

<sup>31</sup> Se Vetlesen og Stänicke (1999) for en nærmere og interessant drøfting av forholdet mellom hermeneutikk og psykoanalyse.

Med begrepet om *virkningshistorie* forstår jeg den makt og de rammer som tradisjonen setter for vår forforståelse og for vår utvikling av forståelse. Enten vi opponerer eller resignerer, gjør vi det i forhold til tradisjonen og de betingelser for opprør eller resignasjon den fastsetter. Resignasjonen utgjør en bekreftelse av virkningshistorien gjennom negasjon – vi kan ikke komme utenom virkningshistorien og dens definisjonsmakt. Vår forståelse kan på denne bakgrunn i større grad ses som et element ved virkningshistorien enn som et subjektivt uttrykk. En bevisstgjøring av virkningshistorien kan artikulere bakgrunnen for vår forforståelse og derved muliggjøre beskrivelser av bevisste valg av påvirkningskilder (Gadamer, 1975).

Jeg forstår begrepet om *foregripelse av mening* som at vår forforståelse kan lede oss til å foregripe meningen ved det vi tolker, ved at vi ser bort fra det vi opplever som motsigelser eller urimeligheter i vår søken etter forståelse. I forsøket på å gripe meningen med det vi tolker, må vi samtidig være åpne for dets annerledeshet.<sup>32</sup> Denne åpenheten kan gjøre det mulig å skille mellom våre hensikter og antakelser, tradisjonens og tolkningsobjektets. Når vår hensikt er å forstå, må vi forutsette at en tekst eller et utsagn har noe å lære oss. Vi må la våre fordommer konfronteres med tekstens mening. Et grunnleggende hermeneutisk trekk er nettopp det å være åpen og mottakelig for annerledesheten.

I arbeidet med de ovenstående begrepene og i lys av tolkning spesielt og aletisk hermeneutikk har jeg latt meg inspirere av Ricoeurs (1979, 1992) arbeider. Det er to sentrale diskusjoner som rammer inn arbeidene: forholdet mellom forståelse og forklaring og forholdet mellom refleksjon og tolkning. Begge disse diskusjonene er sentrale og i særdeleshet i relasjon til begrepet hermeneutisk refleksjon (Ricoeur, 1979, s. 25). Ricoeur forsøker å bilegge den striden mellom forståelse og forklaring som vår kultur lider av (Ricoeur, 1992, s. 14). Hans tolkningsbegrep har som hovedhensikt å føre sammen forståelse og forklaring i et dialektisk forhold. Han søker å overskride den dualistiske forestillingen om at disse to begrepene er hverandres motsetninger. Ricoeur hevder at forståelsen og forklaringen er hverandres forutsetninger for å kunne nå fruktbare tolkninger. På den måten innlemmer Ricoeur forklaringen i hermeneutikken ved å skille mellom tale og tekst (Vetlesen og Stänicke, 1999, s. 106).

---

<sup>32</sup> Se Nyström og Dahlberg (2001), som søker å knytte Gadammers begreper "forforståelse" og "åpenhet" sammen med ulike psykologiske begreper og teorier. Arbeidet er gjort i et forsøk på gi dypere kunnskap om forforståelse, dens psykologiske og kognitive strukturer samt å

Vi trenger å gjennomgå systematisk forskjellene mellom det talte ord og en nedskrevet historisk overlevert tekst. Forklaringens rolle i tolkningsprosessen viser seg gjennom forskjellen mellom å lese en tekst og å høre det talte ord. I dialogen kan forklaring og forståelse integreres ved at det finnes anledning til å stille spørsmål og få svar som kan bekrefte eller avkrefte tolkninger av den pågående samtalen. Tolkning av tekster forener forklaring og forståelse på samme måte ved at teksten har en mening og en horisont. Den henvender seg til en mulig leser, og den samspiller inn i en aktuell og levende verden. Leseren leter etter tegn i teksten som kan avdekke dens intensjon eller skapelse, slik at teksten kan fremstå som en organisk helhet gjennom dens ulike sammenkjedninger (Ricoeur, 1992, s. 42). Tekstlesningen viser hvordan forholdet mellom helhet og deler også kan uttrykke forholdet mellom forståelse og forklaring ved at leseren leter etter sammenhenger og mønstre i teksten. Forståelsen trenger forklaringen fordi leserens tolkning ikke kan bekrefte eller avkrefte gjennom spørsmål og svar slik samtalen gir rom for. Dette er en dialektisk bevegelse som illustrerer den gjensidige relasjonen mellom forklaring og forståelse (s. 73).

På samme måte som fremstillingen av forholdet mellom det talte ord og den skrevne tekst benyttes for å diskutere relasjonen mellom forståelse og forklaring, kan forholdet mellom tale og tekst illustrere relasjonen mellom refleksjon og tolkning (Ricoeur, 1979, s. 25). Ricoeur søker å forene to tradisjonelt forståtte motpoler ved å fremstille dem som gjensidig betinget av hverandre. Refleksjonen må bli tolkning – først da kan den komme ut av sin abstrakte form. Refleksjonen finner sitt uttrykk og sitt språk gjennom tolkningen, og i det øyeblikket den artikuleres, er refleksjonen tolket. Ricoeur skriver: ”Refleksjonen er tilegnelsen af vor eksistensanstrengelse og vort eksistensbegær gennem værkene, som vidner om denne anstrengelse og dette begær” (s. 18–19). Forstått slik er tolkningen til slutt uttrykk for en selvrefleksjon. Den hermeneutiske refleksjon er slik sett et forsøk på en konkret dialektikk. Tolkningen er basert både på levde erfaringer og på refleksjoner som har til hensikt å forstå verden slik den viser seg. Tolkningen tar sitt utgangspunkt i tolkerens bevisste og ubevisste forforståelse knyttet til egen kultur, språk, historie og tid, både i relasjon til nuet og til det aktuelle som tolkes.

Jeg vil hevde at utgangspunktet for den hermeneutiske tolkning alltid vil være vår forforståelse. Denne avhandlingens forforståelse og forståelse er hermeneutisk-

---

knytte dette til forskningsprosessen.

fenomenologisk innrammet gjennom å fokuserer på begrepene om livsverden, mening, sammenheng, forståelse, tolkning, opplevelser, erfaringer og dialog.<sup>33</sup> Med *livsverden* forstås den verden som mennesker lever i, og deres levde erfaringer og det gjensidige samspillet mellom verden og livet.<sup>34</sup> Livsverden som eksistensbetingelse rammer inn og former betingelsene for hvordan vi forstår det vi forstår. Slik knyttes livsverden til vår forforståelse. Wormnes (1987) fremholder at livsverden kan kondenseres til: "... en forforståelse som "former", "farger", "toner" måten det forståtte forstås på. Livsverdens karakter bestemmer med andre ord forståelsens karakter" (s.129).

Livsverdensperspektivet i denne studien fokuserer den eksistensielle forståelsen i betydning av hvordan ulike fenomener i den menneskelige tilværelsen oppleves av personen. Fenomenene er mani, pasient og pleie og omsorg, og hvordan disse erfares og tolkes av tidligere pasienter og personalet ved Akuttposten. Gjennom opplevelsene og erfaringene fra tidligere pasienter og personale søker jeg å forstå den *mening*, den *sammenheng* og de *monstre* som finnes i personenes beskrivelser av konkrete livssituasjoner. Hva kan meningen med lidelsen være, meningen med pleie og omsorg eller meningen med lidelsen og livet? Svarene på disse spørsmålene kan uttrykke den helhet og den sammenheng lidelsen forstås i relasjon til. *Sammenheng* henspiller også på betydningen av kontekst og hvordan denne innvirker på personenes opplevelse av mening. *Forståelse* betyr i denne sammenheng å få innsikt i den mening som tillegges de ovennevnte fenomener. Avhandlingens siktemål er å gripe den mening det er å oppleve å være manisk, innlagt pasient og deltaker i samarbeidet. Avhandlingen sikter videre mot å beskrive den mening personalet tillegger tidligere pasienters erfaringsbaserte kunnskap, og hvordan denne innvirker på deres egen forståelse og kliniske tilnærminger. I Norsk synonymordbok (1984) sidestilles betydningen av *opplevelser* og *erfaringer*. Avhandlingen bruker *opplevelser* om en persons spontane og subjektive forståelse av seg selv og omverdenen. Den subjektive opplevelsen er sann for personen uavhengig av om "andre" definerer virkeligheten som reell eller ikke.

---

<sup>33</sup> Dahlberg et al (2001) presierer forbindelsen mellom hermeneutikk og fenomenologi i relasjon til en livsverdentilnærming og skriver: "The lifeworld perspective is important in hermeneutic philosophy as well as in phenomenology" (s. 91).

<sup>34</sup> Se nærmere utlegning av begrepet om livsverden i kap. 2.4.1.

*Erfaringer* er å være bevandret i form av klokskap og autoritet, i særdeleshet i forhold til livs- og menneskespørsmål. Erfaring forutsetter refleksjon og artikulering av egne opplevelser i ettertid. *Dialog* bygger på det greske verbet dialogos som søker å fange den dialektiske metoden for å oppnå innsikt i sannhet (dia = to, logos = mening). I denne sammenheng er dialog knyttet til samtalen – og samtalen som forutsetning for at to personer skal kunne kommunisere og reflektere. Dialogen er en meningssøkende samtale mellom to personer. Samtalen gjør at tolkeren kan nå forståelse, og den muliggjør artikuleringen av noe som noe for den andre.

## 2.4 Epistemologiske antakelser<sup>35</sup>

De ovennevnte ontologiske antakelsene legger premisser for hva jeg forstår som kunnskap og hvordan kunnskap skapes, og vice versa. Jeg forstår det som sentralt å diskutere antakelser omkring kunnskap og kunnskapsproduksjon (kunnskaping). Dette fordi avhandlingens problemstillinger fokuserer erfaringsbasert kunnskap og forholdet mellom ulike kunnskapsdimensjoner. Jeg vil argumentere for avhandlingens forståelse av kunnskapsbegrepet, ulike former for kunnskap og kunnskapsproduksjon. Ved å dele opp det norske ordet KUNN-SKAP kan jeg presentere en grunnleggende antakelse om kunnskap.<sup>36</sup> Da ser vi at kunnen i betydningen av viten er en del av en skapingsprosess. Det prosessuelle understreker nettopp tilknytningen til tid og sted og til den eller de som deltar i denne prosessen. Psykiatriens historie viser at kunnskapingen om behandling av psykiske lidelser har endret seg, avhengig av tidsepoker og kultur. Det finnes ingen *sann* kunnskap om psykiske lidelser som gjelder én gang for alle i alle kulturer – kunnskapen utvikles i takt med historiske og sosiale endringer (Wifstad, 1997).

Etymologisk forstått er ordet kunnskap i nyere tid lånt fra tysk og erstatter det oldnorske *kunnleikr*. Det tyske ordet stammer fra "Kuntschaft", som oversettes til *kjennskap*, *bekjentskap* eller *utspring*. I nyere tid er ordet knyttet til det å gjøre *kyndig*, lære å kjenne, å vite og å forstå (Falk og Torp, 1996). Norsk synonymordbok (1986) viser til at begrepet kunnskap kan omtales som *ekspertise*, *erfaring*, *erkjennelse*, *ferdighet*, *kyndighet*, *kunnen*, *innblikk* og *innsikt*. Begrepet kunnskap kan knyttes til det å forstå og

---

<sup>35</sup> Med begrepet epistemologi forstår jeg erkjennelsesteori og kunnskapslære som diskuterer kunnskapens opprinnelse, natur og vesen (Berg Eriksen og Tranøy, 1991).

<sup>36</sup> For en ytterligere diskusjon omkring vitenskap som skapt viten, se Schaanning (1997).

erkjenne gjennom erfaring med sikte på å utvikle kyndighet eller ferdighet. Etymologisk er kunnskap nært knyttet til det erfaringsnære ved en konkret og ikke-abstrakt forståelse.

Historisk sett er det et skille mellom kunnskap og kunnskapssyn (Molander, 1997; Lundstøl, 1999). Kunnskapssyn innebærer å ha en bestemt oppfatning av hva kunnskap er. Gjennom historien har det vært og er ulike oppfatninger om hva kunnskap er eller kan være, og hva som er gyldig eller sann kunnskap. Lundstøl (1999) viser til August Comte, som hevder at det grovt sett kan gjøres en tredeling av kunnskapens historie. Den første er en teologisk fase, den andre er en metafysisk og filosofisk fase, og den tredje er vitenskapens fase. Jeg vil i denne sammenheng kort vise hvordan vår tids syn på vitenskap og kunnskap spesielt er preget av de to siste fasene. Dette fordi disse fasene er sentrale for mitt syn på kunnskap og i særdeleshet begrepet om erfaringsbasert kunnskap.

I den metafysiske og filosofiske fasen er det inspirasjonen fra den klassiske perioden i gresk filosofi som står sentralt, gjennom personer som Platon, Sokrates og Aristoteles. Sistnevnte hevdet at det finnes tre grunnleggende former for kunnskap: teoretisk kunnskap, teknisk kunnskap og praktisk kunnskap.<sup>37</sup> Den første formen er kunnskap man kan ha om naturen, den andre omfatter håndverk, kunst og litteratur, og den siste er i relasjon til etikk, politikk og retorikk. Retorikk forstod Aristoteles som evnen til å finne det rette ordet, si det på det rette tidspunktet og på den rette måten. Praktisk kunnskap er kjennetegnet ved at den er situasjonsbetinget og noe man må finne ut av hver enkelt gang. Det er ikke en kunnskapsform man kan bestemme én gang for alle, for eksempel i form av en teori (Molander, 1997; Lundstøl, 1999).

I den vitenskapelige fasen skjer det to vesentlige forhold når det gjelder kunnskapssynet. Det ene er at man skiller vitenskapelig kunnskap fra praktisk kunnskap gjennom teoretisk systematisering og forskning. Det andre er at atskillelsen av vitenskapelig kunnskap og praktisk kunnskap gir den første forrang ved at den danner basis for den industrielle og teknologiske revolusjon i det moderne samfunn. Denne kunnskapsutviklingen fant sin begrunnelse i bedre materielle og samfunnsmessige vilkår både for individet og for kollektivet gjennom troen på fremskrittet. Denne troen ble, og er delvis fortsatt, det fremtredende styringsprinsippet for samfunnsutviklingen, og den

---

<sup>37</sup> Reason (1994) hevder at det hovedsakelig finnes tre former for kunnskap: 1) *erfaringskunnskap*, som nås gjennom direkte møter med personer, steder og ting, 2) *praktisk kunnskap*, som har med handlingskompetanse og ferdigheter å gjøre, og 3) *påstandskunnskap*, som er kunnskap

legitimerer samtidig vitenskapelig kunnskap som garantist for fremskrittutviklingen. Vitenskapelig kunnskap ble et sentralt virkemiddel i å styre samfunnsutviklingen i "riktig" retning og i å formidle en kunnskapsoptimisme (Schaanning, 1997).

I 1970-årene fremstod det mange og kritiske røster til dette dominerende kunnskapssynet gjennom den såkalte "positivismedebatten". Skjervheim (1996) polemiserer mot datidens dominante kunnskapssyn og de vitenskapsteoretiske antakelser som utgjorde grunnlaget for dette kunnskapssynet. Skjervheim argumenterte mot at det finnes *ett* syn på kunnskap og *en* metode for å utvikle kunnskap, og viste hvordan det positivistiske kunnskapssynet søkte å erstatte praktisk kunnskap på alle felt med en instrumentell teknisk forståelse. Skjervheim viser til Aristoteles' tre kunnskapsformer og fremholder den praktiske kunnskapens betydning særlig i fag og profesjoner som arbeider med mennesker. Det er situasjonen, interaksjonen og kommunikasjonen som må være sentrale i et personlig og likeverdige møte. Denne formen for kunnskap kan bare oppøves og utvikles i møtet med den andre i situasjonen. Sammen utvikler deltakerne de beste måter å samhandle og kommunisere på.

Et slikt kunnskapssyn kan omtales som organisk ved at det innebærer en forståelse av kunnskap som kunnskaping (Rognhaug, 1995). Kunnskap forstås da i relasjon til sosiale prosesser og kontekster, og helheten lar seg vanskelig bryte ned i enkeltdele. Det er samhandlingen mellom ulike aktører som er det sentrale i å forstå prosessen av kunnskaping. Det organiske kunnskapssynet har ingen idealer om verdinøytralitet og problematiserer ideen om skillet mellom observatør og det som observeres. Videre forestiller man seg at kunnskap ikke kan uttrykkes i logiske regler, eller at helheten kan forstås gjennom beskrivelser av egenskapene i de enkelte delene. Det sentrale er å forsøke å gripe kompleksiteten i form av det følelsesmessige, det intersubjektive og det uartikulerte. Kunnskaping skjer alltid innenfor en kontekst som samspiller med de personer og de kunnskapsmessige erfaringer som utvikles i konteksten. Dette betyr at endringer i kontekster og personer vil danne basis for andre kunnskappingsprosesser.

Taus kunnskap er en kunnskapsdimensjon som har vært viet stor oppmerksomhet innenfor sykepleievitenskapen de siste 10–15 årene (Benner, 1984; Martinsen, 1989; Kirkevold, 1996). Det er mange måter å forstå begrepet taus kunnskap på (Rognhaug, 1995). Jeg vil fokusere den forståelsen av taus



kunnskap som er relevant for mitt syn på erfaringsbasert kunnskap. Polanyi (2000) lanserte begrepet taus kunnskap og søker å fange den uartikulerte siden ved kunnskap som skjer i møtet mellom individ og kultur gjennom handling. Daglig møtes vi av og formidler selv forestillinger, ideer og holdninger som vi aldri artikulere. Vi tar vår kulturelle referanseramme for gitt og tenker at det er slik verden er uten at vi stiller spørsmål ved verken verden eller hvordan vi har fått denne kunnskapen. I denne konteksten handler vi og gjør vår erfaringer knyttet til møter mellom oss selv som subjekter og de kulturelle gitte betingelser. Det overføres en mengde kunnskap innenfor den kulturelle og daglige referanseramme som vi bare har indirekte eller underordnet bevissthet om. Vi lærer ved å se, gjøre etter, høre etter og reflektere over en rekke fenomener i det daglige livet uten at vi snakker om det. Det er handlingen som står i sentrum og de vurderinger som gjøres i den forbindelse. Det er en side ved kunnskap som er innforstått, og som viser seg i praksis. I Polanyis betydning av taus kunnskap innebærer det innforståtte eller underforståtte kunnskapsprosesser som utvikles i handling og samhandling. Det er en kunnskapsform som lar seg artikulere, men som er taust innforstått.<sup>38</sup>

Sentralt hos Polanyi er betydningen av erfaring og det å gjøre erfaringer. Han hevder at det under ingen omstendigheter er tilstrekkelig med teoretisk eller formell kunnskap alene. Polanyi (2000) illustrerer: "Dyktigheten til en sjåfør kan ikke erstattes av grundig skolering av teorier om biler; fortroligheten jeg har til min egen kropp, er fullstendig forskjellig fra kunnskapen jeg har om dens fysiologi" (s. 27). Læring skjer med utgangspunkt i noe vi alt har lært. Denne tause kunnskapen kan ikke utmyntes i påstandsførm, og medfører at vi ikke kan stille spørsmålstegn ved alle våre antakelser samtidig. Vi må iberegne og stole på en dimensjon av ubegrunnet kunnskap. Polanyi (2000) argumenterer for at all form for læring også hviler på erfaringsbasert kunnskap.

Min hensikt med å vise til ulike måter å forstå kunnskap på er å vise at ulike kunnskapssyn og ulike dimensjoner ved hva vi kan forstå som kunnskap, har vært todelt. For det første ønsker jeg å etablere en *antakelse* om at det eksisterer ulike måter å forstå kunnskap på. Innenfor de ulike kunnskapssynene diskuteres, og derved anerkjennes, ulike

---

<sup>38</sup> Molander (1997) kritiserer begrepet taus kunnskap og hevder at ingen kunnskapsform er taus, og markerer det slik: "taus" kunnskap. Forfatteren fremholder at det handler om ulike kunnskapsteoretiske holdninger som viser seg i en "praksis" og artikuleres i en vid betydning

dimensjoner eller områder av kunnskap. Min andre *antakelse* er at det finnes ulike dimensjoner ved kunnskap basert på teori, praksis og erfaring. Disse kunnskapsområdene har ulike gjenstandsområder og har følgelig ulike utviklingsprosesser. Min antakelse om erfaringsbasert kunnskap er at den utvikles og erkjennes i møtet og samhandlingen mellom en person og en kulturell kontekst. Den kulturelle konteksten legger føringer for hvordan og hvilke individuelle erfaringer vi gjør oss. Det er i handling og samhandlingen mellom individ og kontekst at kunnskaping skjer og finner sine ulike uttrykk i livsverden. I livsverden samspiller det individuelle og det kollektive i form av antakelser, det innforståtte og de reflekterte erfaringer. Den erfaringsbaserte kunnskapstradisjonen baserer seg på deltakelse, dialog og interaksjon med den levde livsverden – det er levende kunnskap i verden (Molander, 1997).

#### **2.4.1 Livsverden – om det erfarte livet i verden**

Denne studiens en hensikt er fange og forstå den menneskelige erfaring og verden i det erfarte livet knyttet til mani og å være pasient.<sup>39</sup> Hva en erfaring er og hva det innebærer å gjøre en erfaring er derfor sentralt i relasjon til livsverdensforskning. Falk og Torp (1996) viser til at erfaring er utledet av det tyske ordet "erfahren", som igjen er en utledet form av verbet "ervaren", som betyr å reise igjennom eller å utforske. Erfahren henspiller på betydningen av å erfare som å være bevandret. Ordboken peker også på ordet "forfaren", som har samme betydning som gjennomfare, undersøke, erfare og bevandre. Norsk synonymordbok (1986) fremholder at det å erfare er å få kjennskap til, få vite, komme under nyss med, fornemme og lære å kjenne. Det hevdes videre at erfaring henspiller på autoritet, klokskap, livs- og menneskekunnskap og modenhet. Å erfare innebærer å utforske og undersøke i den hensikt å være bevandret. Bevandringen bidrar til å gi personen en spesiell form for autoritet og klokskap i relasjon til livs- og menneskekunnskap. I erfaringen ligger det en erkjennelse av at det nettopp er vandringen og utforskningen som gjør at en person kan erverve livs- og menneskekunnskap. Erfaringsbasert kunnskap gir en person kunnskap om det å være menneske i livet, og om den verden livet leves i.

Hva er så livsverden – om ikke akkurat dette: livet i verden og verden i livet?

---

av språk (begreper). "Taus" kunnskap uttrykker slik innforstått eller innforlevd kunnskap.  
<sup>39</sup> Se for eksempel Nyström (1999) og Öhlén (2001) som to andre illustrasjoner på livsverdensforskning knyttet til sykepleievitenskap (vårdvetenskap).

*Livsverdensbegrepet retter oppmerksomheten mot noe som er karakteristisk for menneskets opplevelse og erkjennelse når det er i virksomhet i virkeligheten, nemlig alt som det tar for gitt og selvsagt. Dette gjelder enten mennesket er i handling i sin egen, en eller annen eller "selve" Virkeligheten – eller slik det også kan være, i vekslingen mellom et mangfold av virkeligheter (Luckmann, 2001, s. 5).*

Jeg vil utdype hvor livsverdensbegrepet er utledet fra, og vise hvordan begrepet kan knyttes til kunnskapsbegrepet, og hvilke implikasjoner det kan gi for forskning og forskningsmetoder. Jeg vil argumentere for livsverden forstått som det gjensidige forholdet mellom det livet et menneske lever, og verden. Begrepet om livsverden er originalt et filosofisk begrep som seinere har hatt stor innflytelse på samfunnsvitenskapelig teoriutvikling og forskning. Det er Husserl (1997) som først tar i bruk begrepet livsverden og knytter begrepet sammen med forståelsen av fenomenologi som filosofi. Husserls utgangspunkt er å plassere livsverden i en kunnskapsteoretisk kontekst (Bengtsson, 1999). Husserl hevder at ved at vitenskapene er blitt rene faktavitenskaper, så er de blitt fremmede for mennesket og har derved mistet sin betydning. Det er blitt en absolutt avstand mellom levd liv og vitenskap. Gjennom begrepet livsverden ønsker Husserl å etablere et absolutt og sikkert grunnlag for all vitenskapelig kunnskapsdannelse. Han forutsetter at livsverden er både en førvitenskapelig og en førrefleksiv verden. Vi befinner oss i en verden som vi tar for gitt, og som vi er fortrolige med. Den er der alltid og opplagt. Det er denne verden som anonym og implisitt som danner bakgrunn og gir mening til ulike kunnskapsaktiviteter i form av spørsmål, undersøkelser, metoder, resultater og så videre.

Et menneske kan ikke unnslipe livsverden så lenge det lever, men den kan forsøksvis overskrides.<sup>40</sup> Livsverden er en selvfølgelighet i alt et menneske foretar seg, og tas uten forbehold gjennom et helt liv. Det er alltid en verden der vi lever, samhandler og kommuniserer med andre mennesker. Livsverden er en sosial verden bestående av mennesker som (sam)handler, organiserer og har intensjoner med sine liv. I livsverden står vi i relasjon til våre forfedre og våre arvtakere gjennom historisiteten. Slik er livsverden en historisk verden ved at den skaper betingelser for vekst og utvikling både individuelt og i slektsledd. Livsverden finner også sitt historiske uttrykk ved at hvert enkelt liv leves innenfor rammen av tid; fødsel og død – begge deler i relasjon til menneskeheten (Luckmann, 2001).

---

<sup>40</sup> Et forsøk på en slik overskridelse omtales som epoché (Bengtsson, 1999), se også kap. 4.3 og 4.4 for en ytterligere metodologisk konkretisering og diskusjon.

Jeg vil kort vise hvordan Heidegger (1981) viderefører livsverdensbegrepet fra Husserl. Dette gjøres gjennom begrepet "væren-i-verden" ved å forutsette at livsverden ikke er mulig å redusere og ikke kan overskrides i noen forstand. Forskeren og praktikerens tar begge to utgangspunkt i livsverden og forblir der fordi det ikke er mulig å tre ut av den og stille seg som observatør eller iaktaker. Akkurat som livsverden uttrykker væren-i-verden, uttrykker det en levde verden. Det er en verden som like mye påvirker som lar seg påvirke av alt det liv den er forbundet med. Væren-i-verden uttrykker på samme måte som livsverden denne gjensidighet: bindestrekene henspiller nettopp på at eksistensen (væren) bare kan finnes i verden, og vice versa. Subjektet eller dets tilværelse står alltid i relasjon til den levde verden. Gjennom subjektets eksistens forholder det seg, engasjerer seg og handler i relasjon til verden og tingene omkring seg. På samme måte er det verden som muliggjør og skaper betingelser for subjektets eksistens.

Merleau-Ponty (1994) viderefører forståelsen av livsverden i form av sitt begrep "væren-til-verden". Jeg forstår at Merleau-Ponty argumenterer, som Heidegger, for livsverdens faktisitet og at det ikke er mulig å komme bakom den. Det er kroppen som står i sentrum og i særdeleshet de sanselige og persiperte kvaliteter som basis for erkjennelse og eksistens. Merleau-Ponty ønsket å bryte avgjørende med synet om at kroppen er et objekt for erkjennelsen. For ham forholder det seg omvendt: kroppen er erkjennelsens subjekt, og det er gjennom kroppen bevisstheten tar form. Det er med kroppen vi er til stede i verden og er i kontakt med tingene, livet selv: livsverden. Det er som kropp vi snakker, erkjenner og blir til den bevissthet eller sjel som kan innbille seg at den er noe i seg selv. Med den levde kroppen som utgangspunkt befinner vi oss allerede i et samhandlende forhold til alt vi møter i verden. Den levde kroppen er vår tilgang til verden. Enhver forandring av eller i kroppen vil medføre forandringer av verden. Den levde kroppen er i sitt utgangspunkt sosial i den betydning at den fødes av en annen kropp i en sosial verden. Kroppen er slik sett både kjønn og seksuell og henviser også på den måten til andre mennesker. Det sosiale rommet er en dimensjon som alle mennesker lever i. Her fremstår de levde kroppene i relasjon til hverandre og kan følgelig ikke reduseres til enten et subjekt eller et objekt.

Jeg vil hevde at Schütz (1962, 1999) har betydd mye for videreutviklingen av begrepet livsverden ved å gjøre en ytterligere vending av begrepet mot det sosiale og det hverdagslige.<sup>41</sup> Det er den sene Schütz (1962) som interesserer meg i denne sammenheng, hvor han betoner den hverdagslige livsverden som en praktisk og sosial verden. Vår interesse for verden er ikke først og fremst teoretisk, men av grunnleggende praktisk karakter. Den hverdagslige livsverden blir tilgjengelig for oss gjennom vårt mangfold av erfaringer som handlende individer i et fellesskap med andre. Ikke bare gjennom de erfaringene vi gjør selv i verden, men også gjennom de erfaringene som vi overtar fra andre betydningsfulle personer. Livsverden forstås på denne bakgrunn både som bestående av natur og kultur, og den er sosial i sitt uttrykk.

For mennesket finnes det en rekke ulike verdener som det beveger seg i mellom (Schütz, 1962). Det kan være den religiøse verden, den vitenskapelige verden eller den fantasiskapte verden. Imidlertid forstås livsverden som den overordnede som alle andre verdener ses i relasjon til. De ulike verdener forstås som avgrensede og utgjør opplevelsesmessig en verden med andre virkelighetskriterier. For at vi fullt og helt skal kunne ta del i for eksempel den religiøse verden, må vi tilsesette den hverdagslige livsverden. Når vi gjør det, kan vi oppleve denne verden som noe særegent, og følgelig som en annen verden enn den hverdagslige livsverden. På samme tid er den hverdagslige livsverden en flertydig virkelighet som er avhengig av hvert enkelt menneskes liv, selv om det ikke oppleves slik. For hver av oss oppleves livsverden som absolutt og entydig, som virkeligheten selv. Alt som problematiseres og stilles spørsmål ved, skjer mot en bakgrunn. Bakgrunnen er livsverden som fremstår som tatt for gitt og innforstått. Forandring kan finne sted gjennom å endre det innforståttes innhold, men ikke ved at tilliten til det innforståttes oppgis.

Et siste, men meget viktig premiss som Schütz (1962) legger til grunn for sin forståelse av livsverden, er at den fremfor alt er et praksisfelt. På bakgrunn av de erfaringer et menneske gjør seg i relasjon til sitt liv i verden, fremstår det som i

---

<sup>41</sup> Luckmann (2001) fremholder hvordan Schütz gav selvstendige bidrag til videreutvikling av livsverdensbegrepet i betydningen av dens konstitusjon og de sosiale og hverdagslige betingelser for denne. Forfatteren hevder at denne tenkningen var sterkt representert i utviklingen av teorien om den fellesskapskonstruerte virkelighet (Berger og Luckmann, 1967).

hovedsak handlingsmessig fremtidsrettet. De konkrete handlingene er karakterisert av en "for å"-struktur og inngår i en overgrepene plan som er relatert til de forannevnte horisonter. En overgrepene plan rommer mange nyanser: en dagsplan, ett flerårig prosjekt eller en livsplan, og planene kan tematisere ulike områder av en persons livsverden, som arbeid og fritid. Schütz fremholder at enhver plan har sine begrensninger med hensyn til realisering knyttet til den historiske, kulturelle og sosiale kontekst som livsverden og personen rammes inn av.

På denne bakgrunn forstår jeg livsverden som basis for alle våre tanker, opplevelser, erfaringer og handlinger. Den fremstår som uunnåelig, innforstått og ureflektert. Livsverden er hvert enkelt menneskes fundament, og samtidig er den sosial ved at vi deler den med andre mennesker. På den måten er livsverden både personlig og kollektiv, individuell og generell. Når vi ønsker å studere livsverden, innebærer det studiet av de levde erfaringene og verden i det erfarte livet.<sup>42</sup> Studier av livsverden er forsøket på å gripe og beskrive menneskets holdning til og omgang med både den individuelle og den sosiale virkeligheten og forholdet mellom dem. Når vi studerer livsverden, det være seg vår egen eller andres, må vi alltid huske at vi som forskere gjør våre studier i den samme fellesskape livsverden. Når vi studerer livsverden, kan vi aldri komme unna den eller på utsiden av den, vi kan ikke kikke inn i den fra en uberørt og "objektiv" posisjon utenfor den (Bengtsson, 1999).

Det er gjennom kommunikasjon, samhandling og deltakelse at vi kan få tilgang til andres livsverdener, både subjektive og fellesskape. Det er dialogen, forstått som kommunikasjon og samhandling, som danner basis for tilgangen til livsverden. Det språklige uttrykket står sentralt, men kan samtidig ikke fange alt.<sup>43</sup> Et individ kan gjennom språket gi uttrykk for sine personlige og konkrete erfaringer om et gitt fenomen. I dialogen kan den som lytter, skape et møte ved å

---

<sup>42</sup> Jeg viser her til den tidligere forståelsen av begrepet livsverden jeg presenterte i kap.2.3.

<sup>43</sup> Merleau-Ponty (1994) fremholder at "jeg er" ikke kan atskilles fra min kropp og min verden. Det er kroppen som husker og erfarer i verden. Språket kan bidra til å artikulere og bevisstgjøre denne kroppslige kunnskapen og fremstår derved som en identitets- og meningsskape virksomhet for subjektet. Merleau-Ponty fremholder at artikuleringen av den kroppslige kunnskapen ikke kan fange hele livsverdens mangfold og kompleksitet. Det sentrale er at språkliggjøringen av den kroppslige erfaringen er basert i personens livsverden og uttrykker sentrale aspekter ved den.

stille spørsmål til den andres erfaringer eller knytte den andres erfaringer sammen med sine egne. Språket kan gjennom dialogen skape en bro mellom to livsverdener. Gjennom å spørre andre mennesker om deres konkrete erfaringer og opplevelser med et fenomen, som i denne avhandling mani, vil vi kunne få kunnskap om hvilken mening og sammenheng de tillegger sine erfaringer. Ved å lete etter mening og sammenheng i andres opplevelser og erfaringer levendegjøres to sentrale begreper i livsverdensforskning: intersubjektivitet og intensjonalitet (Bengtsson, 1999).

Intersubjektivitet er vår gjensidige evne til å forstå og respektere den andre som et subjekt. Subjekt-subjekt-relasjonen muliggjør en likeverdighet der det å lete etter den andres erfaringer bidrar til å kaste lys over ens egne og over møtet mellom egne og den andres. Intensjonalitet er det å lete etter mening og sammenheng basert på en forståelse av at erfaringer har en retning. Vi tenker og handler alltid i relasjon til noe. Intensjonaliteten viser til vår meningsdannelse både i forhold til en enkelt erfaring og til opplevelsen av sammenhengen mellom erfaringer.<sup>44</sup> Intersubjektiviteten og intensjonaliteten kan skape basis for en gjensidig deltakelse i hverandres livsverdener og i vår felles livsverden. Dialogen kan tydeliggjøre den andres livsverden for meg ved at jeg tar del i beskrivelsen gjennom oppmerksomhet i form av spørsmål, undringer og kommentarer. Samtidig relaterer jeg den andres livsverden til min egen og søker etter møtepunkter mellom våre individuelle livsverdener og i en felles. Denne prosessen er i seg selv meningssskapende ved at den søker å beskrive konkrete erfaringer og opplevelser, gi dem ett språklig uttrykk og innlemme subjektet og den andre i erfaringen.

Hedelin (2001) hevder: "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?" (s. 143–44). Spørsmålene er meget viktige og lar seg ikke lett besvare. Jeg vil kort begrunne noen forhold som er sentrale i relasjon til det jeg har skrevet. Livsverdensperspektivet gir legitimitet til den subjektive innenfra-beskrivelsen:

---

<sup>44</sup> Bengtsson (1999) viser til viktigheten av å atskille intensjonalitet fra hensikt og hensiktsmessighet. Hensikt henspeiler på en rasjonalitet der intensjonalitet beskriver subjektets vending mot sakene og fenomenene i livsverden.

”Slik opplever jeg det”. Erfaringen er min – uansett hva andre måtte si eller mene. Den er gjort av meg, og jeg har så langt bare delt den med meg selv i form av en indre dialog eller den er kroppsliggjort. Erfaringen skjer spontant og i øyeblikket. Erfaringen utgjør min subjektive opplevelse og erfaring; den kan både være reflektert og ureflektert. Samtidig er livsverden den verden som overskrider meg som individ og etterlater spor av det fremmede i meg. Det er ikke bare verden som er sosial – også subjektet er sosialt. I møte med den andre blir den dialektiske livsverden artikulert gjennom språket og sosial samhandling. Erfaringen får en stemme som bringer den ut i det sosiale rommet. Den meddeler seg eller deler seg med andre. Gjennom denne prosessen kan den subjektive erfaringen få en ny mening for meg. Både ved at jeg hører meg selv fortelle om den høyt, og ved at den andre stiller spørsmål til og kommenterer min erfaring eller opplevelse. Den ”opprinnelige” opplevelsen går tapt ved at den endres og omskapes både hva angår det konkrete opplevde og den mening jeg har tillagt den konkrete opplevelsen.

Slik gir vi våre opplevelser en struktur, en sammenheng og brudd, nettopp ved at det skapes og omskapes mening. Hver gang vi snakker om en erfaring, endres både den konkrete beskrivelsen og den mening vi har tillagt den. I beskrivelsen av en erfaring ser vi tilbake, og beskrivelsen er basert på hvordan den huskes. Noen ganger både erfarer og reflekterer vi samtidig. Andre ganger, når vi reflekterer over en erfaring retrospektivt, endres erfaringen ved at andre erfaringer smelter sammen i vår fortelling. På denne måten kan vi oppleve en økt grad av innsikt og sammenheng ved at den konkrete erfaringen settes i relasjon til helheten i vår erfaringsbakgrunn. Slik sett skaper vi vår personlige mening. En mening som stadig utfordres og endres i møte med nye og andre erfaringer, andre mennesker, nye situasjoner i det levde livet.

## **2.5 Metodologiske antakelser**

Jeg vil nå knytte sammen mitt syn på virkeligheten og på kunnskap og peke på hvilke konsekvenser dette får for synet på og bruken av vitenskapelige metoder i dette forskningsarbeidet. Valg av forskerparadigme plasserer jeg i en humanvitenskapelig



tradisjon med vekt på kvalitativ forskning og metodevalg.<sup>45</sup> Begrepet metodologi kan gis ulike betydninger. Denzin og Lincoln (2000) hevder at metodologi fokuserer på hvordan vi oppnår kunnskap om verden. Egedius (1996) forstår metodologi som læren om ulike metoder, og iblant kan begrepet henseile på metodene selv. Lübcke (1988) argumenterer for metodologi som læren om de metoder som anvendes ved forskning og bevisføring i ulike vitenskaper – både for å beskrive og for å rettferdiggjøre metodene (s. 369). I min videre klargjøring av metodologiske antakelser vil jeg legge til grunn sistnevnte forfatters presisering av begrepet metodologi.

Jeg vil hevde at den humanvitenskapelige tradisjonen har et pluralistisk syn på verden. Ifølge Törnebohm (1985) adresserer et syn på verden seg til det ontologiske spørsmålet: Hva er virkeligheten? Det pluralistiske verdenssynet innebærer at virkeligheten anses å være kompleks og differensiert, og at den må forstås utfra avgrensede helheter snarere enn å bli redusert til en avgrenset del. Virkeligheten fremstår som strukturert i mønstre av internt samhandlende deler, der helheten og delene står i et gjensidig påvirkningsforhold til hverandre. Helheten er mangefasettert og omfatter langt mer enn summen av delene. I dette virkelighetssynet kan mennesket og dets eksistens bare bli forstått innenfor en kontekst der relasjoner og mening er det sentrale (Dahlberg, Drew og Nyström, 2001, s. 28).

Den humanvitenskapelige tradisjonen anser mennesket som unikt gjennom dets evne til å skape mening og handle i relasjon til sine mål og forutsetninger. Mennesket er også unikt i kraft av sine mange og ulike personlige erfaringer, ønsker og mål. Samtidig står det unike i relasjon til en tidsmessig, kulturell og sosial kontekst, som påvirker hverandre gjensidig. Barbosa da Silva og Wahlberg (1994) påpeker at det unike ved mennesket ikke lar seg måle eller beskrives gjennom generelle antakelser eller ved å lete etter lovmessigheter ved mennesket som biologisk vesen. En forskning som krever en dypere forståelse av mennesket, dets handlinger og motiver, må bruke metoder som kan lede til en slik ønsket og dypere forståelse av mennesket og menneskelige fenomener.

Avhandlingens ene hovedfokus er artikuleringen av tidligere pasienters opplevelser og erfaringer med mani som fenomen og lidelse og som innlagt pasient. Det andre hovedfokuset er hvordan denne erfaringsbaserte kunnskapen kan utvikle

---

<sup>45</sup> I avhandlingens del 2 vil jeg ytterligere knytte sammen metodologiske antakelser med de vurderinger og begrunnelser som følger av studiens hermeneutisk-fenomenologiske innramming.

kunnskapsgrunnlaget i psykiatrisk sykepleie. For å kunne beskrive og forstå hva det innebærer å være manisk og innlagt pasient, henvender jeg meg til "erfarne" personer, mennesker som har opplevd og erfart hvordan det er å være manisk, bli innlagt mot sin vilje og ikke ha kontakt med familie. Artikuleringen av personenes livsverden må gjøres mest mulig konkret og detaljert. Gjennom de tidligere pasientenes beskrivelser av sine levde erfaringer kan personalet oppnå forståelse for hvilken betydning pasienten legger i det å være manisk og innlagt pasient. For å kunne undersøke hva dette representerer for omsorgsarbeidet, måtte jeg henvende meg til erfarne fagpersoner, personer som har vært ved Akuttposten en periode og samarbeidet med aktuelle pasienter.

Jeg har så langt argumentert for de antakelser som omtales som "a human science research model" (Dahlberg et al, 2001). Modellen er fundamentert i den hermeneutisk-fenomenologiske tradisjonen og er karakterisert ved begrepene forståelse og tolkning, både forstått ontologisk, epistemologisk og metodologisk. Jeg har fremholdt viktigheten av den fenomenologiske tradisjonens inntreden og betoning av begrepene livsverden og intensjonalitet. De to tradisjonene perspektiverer hverandre og danner sammen basis for humanvitenskapelig forskning.<sup>46</sup> Anvendt i empirisk forskning betegnes dette som "an open lifeworld approach" som er karakterisert ved "openness as an open and immediate mind, intersubjectivity, meaning, uniqueness, pre-understanding and reflection" (Dahlberg et al, 2001, kap. 3). Sentralt i en åpen livsverdenstilnærming er det å gi direkte og konkrete tolkninger av ulike fenomener slik de trer frem i menneskers daglige liv og virke. Som mennesker skaper vi det rommet vi lever i, i forhold til de oppgavene vi står overfor. Våre erfaringer og opplevelser er kontekstuelle (Føllesdal, Walløe og Elster, 1990).

Den åpne livsverdenstilnærmingen søker å ta fatt i den umiddelbare opplevelsen av et fenomen ved å rekonstruere denne umiddelbare opplevelsen i den sosialt konstruerte virkeligheten den fant sted i. I denne rekonstruksjonen står det å forstå betydningen av menneskets samvær med andre mennesker helt sentralt. Livsverdensperspektivet er relasjonelt både når det gjelder å forstå selve fenomenet og de former det kan ha, og når det gjelder å forstå den kontekst og de relasjoner

---

<sup>46</sup> Tradisjonene hermeneutikk og fenomenologi kan perspektivere og berike hverandre ved å ta utgangspunkt i den aletisk hermeneutikken med livsverden som ontologisk grunn (Gadamer, 1975; Heidegger, 1981; Schütz, 1976; Luckmann, 2001). Bengtsson (1999), Öhlén (2001) og Dahlberg et al (2001) illustrerer hvordan dette perspektivet knyttes til empirisk forskning i sykepleie.

rekonstruksjonen finner sted i. Det er i den relasjonelle interaksjonen med andre mennesker at språket er den viktigste meddelelsesformen. Slik blir vår erfaringsverden artikulert og reflektert. Kunnskapen om livsverden blir derved gyldig gjennom at opplevelsen kan antas å ha vært erkjent hos andre. Den kan være en mulig menneskelig erfaring (Dahlberg et al, 2001).

Jeg vil hevde at når man skal studere et så komplekst og abstrakt fenomen som menneskelig erfaring, så stiller det krav til valg av metoder både for å skape og for å analysere data. Ulike fenomener som lidelse, mening, forståelse og omsorg kan bare erfares i et livsverdensperspektiv når de finner sine konkrete uttrykk i vår hverdag. På den måten er disse fenomenene uomtvistelig knyttet til den menneskelige erfaring. Forskning i relasjon til livsverden krever tilnærminger og metoder som er i stand til å møte, beskrive og artikulere menneskelige erfaringer.

### **2.5.1 Dialogen om den levde erfaringen**

Van Manen (1998) omtaler dette som et innenfra-perspektiv<sup>47</sup> gjennom å spørre mennesker om deres konkrete opplevelser og erfaringer om et angitt fenomen. Slik får vi kunnskap om hvilken mening og sammenheng personene tillegger sine opplevelser og erfaringer vedrørende fenomenet. Bengtsson (1999) argumenterer for en metodologisk kreativitet når det gjelder livsverdensforskning. Det må være området eller hensikten som avgjør valg av metode. Observasjonen kan gi et perspektiv på livsverden. Et annet perspektiv trer frem gjennom språket, gjennom det å kunne stille spørsmål ved og utdype forståelsen av livsverden.<sup>48</sup> Bengtsson argumenterer for det kvalitative forskningsintervjuet, fortellinger i form av narrative intervjuer, skriftlige og muntlige fortellinger, dagbøker, selvbiografier, naturlig forekommende intervju og feltstudier. Bruk av narrative metoder, intervjuer, observasjon, skjønnlitteratur og tegning er sentrale når man ønsker å utforske menneskers livsverden (Dahlberg et al , 2001).

---

<sup>47</sup> Öhlén (2001) omtaler ambisjonen om et innenfra-perspektiv til pasientens verden som å beskrive og tolke intersubjektiv mening og sammenhengen i de studerte fenomenene.

<sup>48</sup> Jeg har tidligere vist til min forståelse av språkets begrensninger med hensyn til å artikulere levde erfaringer. Öhlén (2001) viser til to ulike posisjoner hva angår forståelsen av språket: 1. *Realistisk perspektiv*, der språket er logisk og uttrykker enkeltstående meningsenheter. 2. *Radikal konstruktivistisk perspektiv*, der språket skaper en verden full av antakelser og tolkninger. Jeg støtter meg til Andersen (1999), som hevder at språket både er ordlig og kroppslig, det uttrykker mening, det artikulerer erfaringer og tanker, og at det informerer og former både den som snakker og den som lytter (s. 154).

Hedelin og Strandmark (2001) viser i sin studie av eldre kvinners psykiske helse at det at kvinnene fikk fortelle, var svært betydningsfullt i seg selv. Ved å fortelle om sine opplevelser og erfaringer til forskeren fikk kvinnene både bekreftelse på sin egen eksistens og verdi samt bekreftelse og anerkjennelse fra forskeren som lyttet og forsøkte å forstå. Anledningen til å dele sin livshistorie med andre bidrog også til at de kunne se tilbake på og finne mening i det livet som var levd.<sup>49</sup> Öhlén (2001) peker på samtalen som det felles kjennetegnet når man ønsker å legge forholdene optimalt til rette for at pasienter skal ville og kunne fortelle om det opplevelsesnære. Forfatteren viser hvordan samtalen gav tilgang til personers livsverden, og at samtalen konstituerer og genererer muntlige fortellinger som danner basis for videre forskning gjennom analyse og tolkning.

Ulike samtaleformer i forskning har den klare hensikt å beskrive og utforske *spesifikke* fenomener og temaer i den intervjuedes livsverden. Avgrensningene fokuserer intervjupersonens *opplevelser av og erfaringer med* de angitte fenomener og temaer i relasjon til livsverden. Avgrensningen leder til språklige beskrivelser og refleksjoner omkring temaene som kan omtales som erfaringsbasert kunnskap. Den erfaringsbaserte kunnskapen representerer deler av intervjupersonens livsverden i relasjon til opplevelser og erfaringer knyttet til de undersøkte fenomener. Den pretenderer ikke å gi et helhetlig eller sammenhengende bilde av personens livsverden. Jeg forstår det kvalitative forskningsintervju som et meget velegnet hjelpemiddel for å få tilgang til andre menneskers livsverden (Kvale, 1997). Hensikten med det kvalitative forskningsintervjuet er å beskrive og å forstå de sentrale temaer som utgjør den andres livsverden, samt hvordan vedkommende forholder seg til disse temaene. Når vi beskriver og reflekterer over våre erfaringer i intervjuet som samtale, er det tre sentrale områder som tematiseres: 1. den intervjuedes spontane og ureflekterte erfaringer, 2. selvforståelse og 3. oppfatninger (Bengtson, 1999, s. 36).

Den intervjuedes spontane og ureflekterte erfaringer viser til diskusjonen omkring forholdet mellom erfaring og refleksjon. Intervjuet tematiserer erfaringer som den intervjuede opplevde spontant og ureflektert, men som intervjuet her og nå gir intervjupersonen rom og mulighet til reflektere over. Selvforståelsen henspiller på den reflekterte forståelsen vedkommende har av seg selv og sin livsverden. Oppfatninger er i

---

<sup>49</sup> Se kap. 5 og 6 om tilsvarende erfaringer hos deltakerne i Delstudie I og II.

all hovedsak basert på kognitivt innhold eller tanker med ulikt innhold. Disse tre temaområdene er basis i intervjuet og krever ulike tilnærminger. Temaområdene utgjør slik sett totaliteten i den kunnskapen som skapes i løpet av samtalen. Det vanskeligste temaet å tilnærme seg er artikuleringen av de spontane og ureflekterte erfaringene. Langt lettere er det å artikulere ulike oppfatninger av ulikt innhold. Dette bør det også tas hensyn til i og under samtalen (Bengtsson, 1999).

Det er mulig å forsøke å sette ord på de spontane og ureflekterte erfaringene under bestemte vilkår. Da må intervjuet forstås som en konstruksjon av en samtale på tre nivåer (Bengtsson, 1999). Utgangspunktet er forsøket på å artikulere intervjupersonens ureflekterte erfaringer. For å kunne si noe om disse må intervjupersonen reflektere over sine erfaringer. På den måten innføres det en distanse ved at den levde og spontane erfaringen omdannes og gis et avsluttet meningsinnhold. Dette omtales som den *første* konstruksjonen. Den *andre* skjer når intervjupersonen skal artikulere resultatet av sine refleksjoner i ord. Dette er en språklig konstruksjon. I den *trede* konstruksjonen skapes forskerens forståelse av intervjupersonens ulike beskrivelser og utsagn. Forskeren arbeider så videre med dette materialet og gjør ytterligere to konstruksjoner i form av analyse og presentasjon. Begge deler, i særdeleshet presentasjonen, gjøres skriftlig og innebærer en språklig konstruksjon. Det er sentralt å erkjenne disse ulike nivåene av konstruksjon for å sikre kvaliteten i intervjuet og den kunnskap som skapes i prosessen.

### Oppsummering og antakelser

I dette kapitlet viser jeg til en forståelse av begrepet forskerparadigme som bestående av ontologiske, epistemologiske og metodologiske antakelser. Jeg har fremholdt sammenhengen mellom begrepene gjennom at det bør stilles krav til en indre logikk og konsistens som nedfeller seg i hele forskningsprosessen. Avhandlingen plasseres ontologisk i en livsverdensteori videreutviklet gjennom aletisk hermeneutikk. Jeg har redegjort for den aletisk hermeneutikken med vekt på den aletiske tradisjonen og begreper hentet fra denne. Livsverdensperspektivet inngår som et sentralt element i aletisk hermeneutikk forstått både ontologisk, epistemologisk og metodologisk. Livsverdensbegrepet er redegjort for og knyttet til den filosofiske og kunnskapsteoretiske utvikling det har gjennomgått. Jeg diskuterer begrepet i relasjon til sosiale skapingsprosesser, betingelsene for disse samt ulike representasjoner av livsverdener. Den

sosiale understrekingen av livsverden peker mot studier av menneskelig samhandling og kommunikasjon som praksiser. Det er gjennom intersubjektiv kommunikasjon, samhandling og deltakelse vi kan få tilgang til vår egen, andres livsverden og møtet mellom dem. Dette utgjør også grunnlaget for den forskningsmessige "kunnskapingen" i avhandlingsarbeidet gjennom deltakelse, dialog og kritisk refleksjon over den erfarne kunnskapen. Avslutningsvis pekes det mot dialogen som en forskningsmessig tilgang til å beskrive og artikulere personers levde erfaringer.

### KAPITTEL 3

#### Sykepleievitenskapelig perspektiv

I kapittel 3 vil jeg innledningsvis kort redegjøre for min posisjon i sykepleievitenskapen som jeg omtaler som humanvitenskapelig. Deretter viser jeg hvordan avhandlingens tema kan relateres til psykiatrisk sykepleie og de problemstillinger som følger av dette. Jeg diskuterer grunnlagsproblemer og perspektiver i psykiatrisk sykepleie, og relaterer dette til forskning omkring avhandlingens tema. Jeg viser til tidligere forskning relatert til forholdet mellom psykiatrisk sykepleie og stemningslidelser i et medisinsk-psykiatrisk perspektiv. Videre tematiseres tidligere forskning knyttet til pasientperspektivet på stemningslidelser i forhold til psykiatrisk sykepleie. Jeg begrunner hvordan den humanvitenskapelige posisjon kan finne sitt uttrykk i psykiatrisk sykepleie i relasjon til stemningslidelser. Jeg avgrenser psykiatrisk sykepleie til relasjonen mellom sykepleier og pasient.<sup>50</sup> Denne avgrensningen gjøres med begrunnelse i at fokus for de to delstudiene er *relasjonen* mellom pasient og sykepleier i en akuttpsykiatrisk kontekst. Dette gjelder både pasientperspektivet på relasjonen og, tilsvarende, personalperspektivet. Det er også relasjonen som er fokusert når det gjelder kunnskapsutviklingen i psykiatrisk sykepleie til innlagte pasienter som opplever mani. Avslutningsvis gjøres det en oppsummering av antakelser omkring det sykepleievitenskapelige perspektivet.

Den ovennevnte avgrensning er problematisk ved at den kan bidra til å diktomiserere og forenkle forholdet mellom det naturvitenskapelige og det

---

<sup>50</sup> Hummelvoll (1997a) definerer psykiatrisk sykepleie på tre nivåer: 1. Individ, 2. Sosiale fellesskap (Relasjon) og 3. Samfunn. Det er det første nivået jeg avgrenser meg til, det som Hummelvoll omtaler som sykepleier-pasient-fellesskapet i relasjon til klinisk utøvelse av psykiatrisk sykepleie.

humanvitenskapelige perspektivet. Intensjonen er imidlertid å tydeliggjøre to sterke tradisjoner i forståelsen av psykiske lidelser generelt og i psykiatrisk sykepleie spesielt. Valget gjøres også for å kunne fokusere den kunnskapsmessige relasjonen mellom perspektivene og samtidig forskerens ønske om bidra til kunnskap i en humanvitenskapelige posisjon i psykiatrisk sykepleie.<sup>51</sup> Det siste argumentet relateres også til praksisfeltet hvor fagpersoner kan oppleve en kløft mellom forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap (Hjälte, 2002). Sentralt i argumentasjonen for et slikt valg er også de erfaringer fagpersoner ved Akuttposten opplever med motsetninger mellom humanistiske idealer og medisinsk dominans (Hummelvoll og Røsset, 1999), samt i resultatene fra denne studien. Andres (Hummelvoll, 1998) og eget litteratursøk viser til at de naturvitenskapelige og humanvitenskapelige perspektivene er dominerende i forskning og fagutvikling i psykiatriske sykepleie generelt og tilsvarende i arbeidet med stemningslidelser.

En annen innvending mot mitt valg er at begge de ovennevnte tradisjoner i for liten grad peker på eller underkommuniserer det kontekstuelle som basis for forståelse av og arbeid med psykisk lidelser, og tilsvarende fremholder individperspektivet. Den samfunnsvitenskapelige tradisjonen og perspektivet på psykisk helse kan i så måte fremstå som både utfordrende og komplementerende. Dette perspektivet i psykiatrisk sykepleie er i liten grad både utforsket og beskrevet (Hedelin, Severinsson og Hummelvoll, 2003). Et slikt perspektiv i psykiatrisk sykepleie vil i større grad kunne fokusere personenes livsmiljø. Den sosial lidelsen er relatert til reduserte muligheter til samfunnsmessig deltakelse, og til samfunnsmessige reaksjoner på personer sykdomsuttrykk i det offentlige rom. Sosial lidelse kan oppleves i forhold tap av en verdsatt posisjon, meningsfulle oppgaver eller arbeid eller opplevelse av fattigdom, utstøting, uten fast bolig, isolasjon og diskriminering.<sup>52</sup>

Et samfunnsmessig perspektiv i psykiatrisk sykepleie ville kunne bidra til å fremme sosial integrering og motarbeide marginalisering av psykiatriske pasienter

---

<sup>51</sup> Se Wifstad (1997) som fremholder at det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget i psykisk helsevern "... bare meningsfullt kan anvendes *innenfor* en utvidet forståelseshorisont, hvor hermeneutiske og etiske perspektiver har fundamental betydning" (s.14-15).

<sup>52</sup> I kap. 3.6.1 diskuterer jeg nærmere de ulike aspektene ved lidelsesbegrepet relatert til erfaringer med stemingslidelse, inkludert sosiale konsekvenser.

i lokalsamfunnet. Et slikt fokus vil i større grad kunne se på sosiale forhold som bolig, arbeid, økonomi og nettverk i relasjon til individperspektivet i forståelsen og arbeidet med psykiske lidelser. Hedelin et al (2003) fremholder blant annet prinsippene om å stimulere aktiviteter som fremmer mental helse og ulike terapeutiske tilnærminger i psykiatrisk sykepleie i en lokalsamfunns-basert kontekst. Begge disse prinsippene er forenlige med ulike praksiser i en naturvitenskapelig og en humanvitenskapelig tilnærming. Den psykiatriske sykepleier samarbeider omkring tiltak og programmer som kan stimulere personers tiltro til seg selv, økt opplevelse av meningssammenheng, realisering av eget kreative potensiale, samt å bistå med atferdsendringer på individ- og relasjonsnivå gjennom støtte og undervisning.

### 3.1 En humanvitenskapelig posisjon

I mitt valg av forskerparadigme inngår begrepet "a human science research model" (Dahlberg et al, 2001), som argumenterer for at den humanvitenskapelige forskningsmodellen krever en åpen livsverdenstilnærming i det empiriske arbeidet. Livsverdensperspektivet som et paradigme i sykepleieforskning fokuserer daglige fenomener og gjennom åpenhet å møte fenomenene slik de beskrives, erfares og oppleves av ulike personer (Dahlberg og Drew, 1997). Dahlberg et al (2001) fremholder at sykepleieforskning med basis i omsorg og pleie uttrykker et grunnleggende aspekt ved det å være menneske, og må derfor baseres i et humanvitenskapelig perspektiv. Eriksson (2001) fremholder at en ontologisk posisjon som vektlegger begreper som helhet, åndelighet, verdighet, lidelse, barmhjertighet og mening må utforme et sykepleievitenskapelig perspektiv basert i humanvitenskapen. Dette innebærer ikke å ta avstand fra naturvitenskapen, men mer å videreutvikle det humanvitenskapelige rommet i sykepleievitenskapen og i sykepleiepraksis. Basis må være i humaniora og i et humanvitenskapelig paradigme. Eriksson (2001) fremholder den hermeneutiske tradisjonen som betydningsfull i et humanvitenskapelig paradigme i sykepleievitenskapen, og spesielt dens betoning av forståelse og tolkning. Forfatteren viser til at det humanvitenskapelige paradigmet innebærer et perspektivvalg og et annet syn på kunnskap. Sykepleievitenskapens fremste oppgave er å studere det levende menneske i sin kulturelle kontekst i forhold til liv–død, helse–lidelse.



Begrepet regional ontologi kan benyttes for å anskueliggjøre hvordan livsverdensperspektivet må anvendes og konkretiseres innenfor avgrensede områder av virkeligheten (Lübcke, 1988; Bengtsson, 1999). Dette innebærer en beskrivelse av en allmenn ontologisk posisjon og hvordan denne kan utlegges innenfor et angitt forskningsområde. Begrepet regional ontologi inviterer til å forstå en begrenset del av virkeligheten, for eksempel i psykiatrisk sykepleie. I relasjon til denne avhandlingen vil dette resonnementet innebære en applisering og en konkretisering av det humanvitenskapelige perspektivet til forståelsen og utøvelsen av akuttpsykiatrisk sykepleie til pasienter med en stemningslidelse.

Resultatene fra begge studiene fremholder det humanvitenskapelige perspektivet som nødvendig, for kunne forstå tidligere pasienters erfaringer med mani og hvordan fagpersoner skal kunne samarbeide omkring lidelsen. Perspektivet er ikke tilstrekkelig alene, men bidrar til møte pasienten som en person med en lidelse og hvordan denne kan få hjelp til å lette sin lidelse. Valget av det humanvitenskapelige perspektivet kan bidra til utvide forståelsen av mani som lidelse og den medfølgende funksjonssvikt samt konsekvenser av denne. For fagpersonene gir det humanvitenskapelige perspektivet en økt bevissthet omkring forståelse og valg av tilnærminger i arbeidet med en manisk pasient. Samtidig gir det en metarefleksjon over det eksisterende kunnskapsgrunnlaget og en tydeliggjøring av forholdet mellom fag og person.

### **3.2 Avhandlingens tema relatert til psykiatrisk sykepleie**

Avhandlingen ønsker å gi en stemme til tidligere innlagte pasienters subjektive opplevelser og erfaringer med mani som fenomen og lidelse, og hvordan disse interfererer med det daglige liv og personenes selvforståelse. Et sentralt moment er det meningsseekende i personens beskrivelser og opplevelser av ”sykdomstilstanden”<sup>53</sup>. Avhandlingen fokuserer den erfaringsbaserte kunnskapen med mani i form av diskontinuitet i personens eksistens og hvordan dette virker inn på hans sosiale roller, funksjon og selvforståelse.

Lidelsesaspektet vil belyses gjennom de erfaringer vedkommende har gjort med mani som

---

<sup>53</sup> Öhlén (2001) viser til to former for empiriske studier av lidelse og lindring av lidelse i en omsorgskontekst. Disse omtaler forfatteren som et utenfra-perspektiv på pasientens liv og et innenfra-perspektiv. Det siste perspektivet fokuserer meningsdimensjonen i lidelsen og medmenneskers gjensvar på møtet med lidelse.

livslidelse, sykdomslidelse, lidelse som følge av pleie og behandling og som sosial lidelse (Eriksson, 1995; Hummelvoll, 1997a:). Pasientens subjektive opplevelser og konsekvenser av lidelsen er et sentralt vurderingsgrunnlag i utøvelse av psykiatrisk sykepleie (Lindholm, 1997; Lindström, 1997). Dette henger nøye sammen med pasientens selvbilde og opplevelse av selvaktelse og verdighet (Cassell, 1996; Hummelvoll, 1997a). Eriksson (1993)<sup>54</sup> hevder at lidelse tærer på et menneskes verdighet gjennom at det føler seg krenket av lidelsen. Cassell (1996) fremholder at lidelsen ikke vil kunne opphøre før trusselen om tilintetgjørelse er borte, eller før personens integritet kan redefineres i retning av en helhetlig forståelse. Avhandlingens tema relateres til pasienten som et lidende menneske, personens forsøk på å lindre lidelsen og den psykiatriske sykepleierens muligheter til medlidenhet (Eriksson, 1995; Lindström, 2002).<sup>55</sup>

Jeg har pekt på hvordan ulikheter mellom idealer og realiteter i en akuttpsykiatrisk post gir seg utslag i fragmenterte sykepleiefaglige begreper og metoder (Hummelvoll og Røsset, 1999). Det substansielle innholdet er uklart både i utøvelsen av psykiatrisk sykepleie og hva pasientdeltakelse innebærer. Samtidig viser studien at personalet ønsker å øke sin metodiske kunnskap og kompetanse. Flere forfattere (Gjengedal, 1993; Album, 1996; Kasén, 1997; Öhlén, 2001) fremholder betydningen av å beskrive og systematisere pasienters opplevelser og mestring av lidelse, og hvordan denne kunnskapen kan brukes for å utvikle sykepleieres praktiske kunnskaper og handlinger. Denne formen for kunnskapsutvikling er i overensstemmelse med WHO's intensjoner relatert til symptomlindring (WHO, 1994).

Sørgaard (1996) har gjennomført en litteraturstudie av tilfredshetsundersøkelser i evaluering av psykiatriske helsetjenester. Gjennomgangen viser at ulike psykologiske teorier ofte synes å ha holdninger som svekker den naturlige autoriteten i pasienters utsagn, og at de profesjonelle ofte har vansker med å oppfatte psykiatriske pasienter som aktører. Sørgaard understreker betydningen av få frem pasientenes praktiske visdom gjennom deres erfaringer med ulike behandlingsmodeller og spesielle fenomener som omsorg og imøtekommenhet hos de profesjonelle. Johansen (1999) viser til at mennesker

---

<sup>54</sup> Kahn og Steeves (1986) definerer lidelse slik: "... suffering is experienced when some crucial of one's own self, being or existence is threatened. The meaningfulness of such threat is to the integrity of one's own experience of personal identity" (s. 626).

med psykiske lidelser i liten grad inkluderes i planlegging og gjennomføring av sine egne behandlingsplaner og -tiltak. Det pekes på at personalet i institusjonspsykiatrien ikke er opplært til eller har erfaring med å spørre pasientene om deres opplevelser og erfaringer, når behandlingsopplegg skal initieres eller utvikles.

Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) (Sosial- og helsedepartementet, 1996a) argumenterer for større grad av *brukerorientering og brukerstyring i psykisk helsevern*. Det er sentralt å videreutvikle arbeidet med å innhente, beskrive, systematisere og diskutere brukernes forståelse av og opplevelse med ulike sykdomstilstander. Denne erfaringen og kunnskapen bør inngå som sentrale elementer i kunnskapsutviklingen hos de profesjonelle. Brukerorienteringen og brukerstyringen vil måtte innebære et grunnleggende arbeid mot å utvikle en ny form for profesjonalitet. Hall (1996) argumenterer for betydningen av alternative modeller til den medisinsk-psykiatriske i utviklingen av psykiatrisk sykepleie. Forfatteren fremholder at man ikke entydig kan se på symptomer som indikatorer på sykdom, men heller som problemløsningsstrategier som har en spesiell mening og hensikt for personen. Et slikt syn vil innebære å utvikle en modell for psykiatrisk sykepleie der omsorg og pleie med sikte på "empowerment" og "self-empowerment" er sentralt (Tilley, Pollock og Tait, 1999).

Jeg vil hevde at et slikt resonnement innebærer å sette personen i sentrum gjennom spørsmålsstillinger knyttet til hva som er pasientens egne mål, og hva sykepleierne kan gjøre for å hindre at pasientene dehumaniseres under arbeidet med å utforske sine mål. Et sentralt spørsmål er om pasientene vil være i stand til å bekrefte meningen med sine liv med større sikkerhet og klarhet om de mottar hjelp fra sykepleiere som bekrefter egne mål og livsmening. Dette fordrer en ny profesjonalitet hos psykiatriske sykepleiere, der sikkerheten knyttet til diagnoser erstattes med "åpenhetens tvetydighet" i forhold til mange faktorer som pasientens verden består av (Hall, 1996). Det er betydningsfullt av å la ulike diskurser møtes for å belyse begrepet "empowerment" (Tilley, Pollock og Tait, 1999). Forfatterne viser til at én diskurs er de store dialogene knyttet til samfunnets initiering og utvikling av helsetjenester. En annen diskurs er de mindre dialogene mellom

---

<sup>55</sup> Dette resonnementet viderefører jeg i kap.3.6.1 Om å utforske pasientens verden.

psykiatriske sykepleiere og deres pasienter knyttet til innhold, mål og mening i deres felles anstrengelser for å møte hverandre som unike personer. Forfatterne argumenterer for at denne formen for diskurs ofte blir ignorert og devaluert. Det kliniske fokuset i avhandlingsarbeidet er rettet mot relasjonen mellom innlagte maniske pasienter og personalet nettopp for inngå i en slik diskurs. Jeg begrunner at erfaringsbasert pasientkunnskap kan bidra til kunnskapsutvikling i denne konteksten ved å fokusere psykiatrisk sykepleie som det faglige grunnlaget for relasjonen med en manisk pasient samt de kliniske tilnærminger og metoder som kan benyttes i dette samarbeidet.<sup>56</sup>

### 3.3 Psykiatrisk sykepleie – grunnlagsproblemer og perspektiver

Jeg vil peke på grunnlagsproblemer og perspektiver i psykiatrisk sykepleie og vektlegge diskusjoner rundt valg av perspektiver og sentrale foki som kan identifiseres i psykiatrisk sykepleie (Barker, 1990; Peplau, 1992; Lego, 1992; Hall, 1996; Barker et al, 1998). Disse diskusjonene må ses i lys av fagets ulike historiske epoker både klinisk og teoretisk. Først vil jeg diskutere hvordan ulike kunnskapsperspektiver på psykiske lidelser bidrar til å kontekstualisere diskusjonen omkring grunnlagsproblemer og valg av perspektiver.

I kapittel I viste jeg kort hvordan ulike samfunn og historiske perioder har forstått og behandlet fenomenet psykiske lidelser. Jeg viste hvordan den medisinsk-psykiatriske subspesialiteten utviklet seg i løpet av første del av 1800-tallet (Haugsgjerd, Jensen, Løkke og Karlsson, 2002). Det *medisinske perspektivet* finner sin stilling som kunnskapsbase i etablering og organisering av asylene i Norge, samt i utarbeidelsen av sinnssykeloven av 1848 (Bøe, 1994).<sup>57</sup> Det naturvitenskapelige paradigmet la premissene for den virksomhet som fant sted i asylene, samt hvordan sinnssykepleien burde forstås og organiseres.<sup>58</sup> Svedberg (2002) viser til ulike omsorgstradisjoner innenfor psykiatrisk sykepleie i Sverige i første halvdel av 1900-tallet og til hvordan disse tradisjonene preges av "tradisjonell medisinsk-biologisk psykiatri" (s. 12). Det medisinsk-psykiatriske

---

<sup>56</sup> Se også avgrensningen av psykiatrisk sykepleie som gjøres innledningsvis i kap. 3.

<sup>57</sup> Se også Blomberg (2002), som i sin fremstilling av historien om særinstitusjoner for gale i Norge i perioden 1550–1850 diskuterer i hvilken grad medisinenes inntreden representerte et "nytt" kunnskapsgrunnlag og derved et "brudd" med tradisjonen.

<sup>58</sup> Nissen (2000) viser i sin lærebok for diakonisser fra 1877 til sinnssykelovens forståelse av hva som var sinnssykdommer, og hvordan denne forståelsen kunne innvirke på sykepleien.

perspektivet er fortsatt meget betydningsfullt som kunnskapsmessig base (Wifstad, 1998; Kringlen, 2001). Hummelvoll (1998) viser hvordan dette perspektivet i dag er representert ved en biomedisinsk tilnærming i psykiatrisk sykepleie. Samtidig representerer dette perspektivet en diskurs som de andre teoretiske perspektivene må forholde seg til, enten som komplementære eller som antagonistiske (Wifstad, 1997).

Det kan identifiseres seks andre teoretiske perspektiver som har hatt innflytelse på utviklingen av synet på psykiske lidelser og psykiatriske sykepleie: et *psykodynamisk perspektiv*, et *kognitivt perspektiv*, et *familieperspektiv*, et *antipsykiatrisk perspektiv*, et *omsorgsperspektiv* og et *samfunnsperspektiv* (Nyström, 1999). Forfatteren viser hvordan disse ulike perspektivene sammen med det første gir ulike utfordringer hva angår kunnskap, kompetanse og kvalifikasjoner i psykiatrisk sykepleie. Løkensgaard (1983); Lindström (1992, 1994, 2003) og Hummelvoll (1997a) er alle forfattere som har bidratt til utviklingen av den nordiske tradisjonen i psykiatrisk sykepleie. I særdeleshet Lindstøm (1994) og Hummelvoll (1997a) bidrar til å fremheve psykiatrisk sykepleie forstått som forholdet og interaksjonen mellom det sykepleievitenskapelige, det samfunnsvitenskapelige og det naturvitenskapelige. Hummelvoll (1997a) fremholder at dette ikke gir grunnlag for å utvikle *en* modell for psykiatrisk sykepleie, men kan danne basis for utvikling av flere modeller. Lindström (1994) peker på at psykiatrisk sykepleie utgjør et unikt aspekt ved all form for omsorg, og som sådan reflekterer grunnleggende verdier og kunnskap i sykepleiefagets tradisjon. Nissen (1877/2000) har i sin Lærebog i Sygepleje et eget kapittel som omhandler "Sindssyges Pleie". Forfatteren viser til at pleien av pasientene forutsetter grunnleggende kunnskaper i sykepleie fordi den sjelelige og kroppslige pleie "... maa gaa Haand i Haand" (s. 74).

Nortvedt (1998) fremholder tre hovedkomponenter i den tradisjonelle fagkompetansen i sykepleie. Den første består i forståelsen og vektleggingen av det å være syk fremfor det å ha en sykdom. Sykepleierens perspektiv er opplevelsen og erfaringen snarere enn diagnostisering, forklaring og behandling. For det andre skal sykepleieren motivere, skåne og tilrettelegge pasientens selvhelbredende potensial. Understøttelsen, og ikke inngrepet, er viktig (Nightingale, 1860/1997). Den tredje komponenten dreier seg om det normative

grunnlaget for pleien knyttet til empati, der en barmhjertighet med og omtanke for pasienten er sentralt.

Med Lindström (2002) vil jeg fremholde at det å lindre lidelse er sykepleiens ytterste hensikt. Det er en sammenheng mellom lidelse og helse, og de inngår i en ubrytelig gjensidig forbindelse og utgjør hverandres forutsetninger. Lidelse er en naturlig del av menneskelivet og hører på den måten sammen med helsen. Sykepleiens fremste oppgave er å hjelpe det lidende mennesket til å leve tross sin sykdom, og derved søke å fremme helbredelse og lindring for den lidende. Dette fokuset vil være helsebringende i den forstand at lidelsen kan deles med andre, og at fellesskapet kan bekrefte den lidende som verdig og unik. Å dele lidelse kan sees fra tre aspekter; 1. Å få lide ut, 2. Å bli bekreftet og 3. Å bli forsonet (Eriksson, 1995). I dette arbeidet rettes fokus mot forutsetningene for omsorg ved å skifte fra sykdom forstått som diagnoser og symptomer, til lidelse. Eriksson (1995) skjeldner mellom tre former for lidelse: livslidelse, sykdomslidelse og pleielidelse. Jeg vil med Hummelvoll (2004) peke på den sosiale lidelse som en fjerde lidelsesform.<sup>59</sup> Valget av teoretiske rammeverk for psykiatrisk sykepleie i avhandlingen begrunnes i forhold til min forståelse av sykepleie, lidelse samt forholdet mellom de ulike lidelsesformene.

Denne grunnleggende forståelsen peker også på avhandlingens forskningsfokus og sentrale områder for kunnskapsutvikling; mani som fenomen og lidelse og som et grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie. Lidelsesaspektet viser til det subjektive, det opplevelses- og erfaringsnære som basis for kunnskap både hos den lidende og den som skal lindre lidelse. Cassell (1996) peker på at denne kunnskapen i svært liten grad er systematisk undersøkt og sett i relasjon til fagkunnskap. All god omsorg bør hvile på en dyptgående kunnskap om hvordan lidelsen fremstår for det enkelte individ. Menneskelig erfaring med og forståelse av individers motsigelsesfylthet og mangetydighet er den grunnleggende forutsetning for all god omsorgsutøvelse. Hummelvoll et al (2001) viser at videre forskning omkring stemningslidelser, og spesielt mani, bør systematisk løfte frem tidligere pasienters erfaringskunnskap. Kunnskap både om lidelsens virkning i den enkeltes liv og om deres erfaringer knyttet til psykiatrisk behandling og pleie.

---

<sup>59</sup> I kap.3.6.1 presiserer jeg videre de ulike aspektene ved lidelsesbegrepet og setter dem i relasjon

Denne formen for forskningsbasert kunnskap mangler i forståelsen og utøvelsen av psykiatrisk sykepleie med pasienter som opplever mani.

Jeg vil argumenter for at det kan identifiseres to dominerende tradisjoner i psykiatriske sykepleie, både hva forskning, fagutvikling og praksis angår.<sup>60</sup> Tradisjonene har, med utgangspunkt i valg av livssyn, menneskesyn, kunnskapssyn og etikk, søkt å tydeliggjøre perspektiv og fokus i psykiatrisk sykepleie (Hummelvoll, 1998). De ulike tradisjonene argumenterer for nødvendigheten av å velge perspektiv i forståelsen av pasienten, lidelsen og sykepleien. Den ene tradisjonen er knyttet til en medisinsk-psykiatrisk forståelses- og tilnæringsform. Denne tradisjonen har basis i en naturvitenskapelig forskningstradisjon, der psykiske problemer beskrives og operasjonaliseres gjennom diagnostiske kategorier som ICD-10 og DSM IV.<sup>61</sup> Vitenskapeliggjøringen av menneskets psyke er sterkt inspirert av biologisk forståelse av ulike fysiologiske prosesser, noe som bidrar til at deler av det medisinsk-psykiatriske paradigmat er preget av reduksjonisme. I de seinere år har vi sett en økende vektlegging av biomedisinsk forklaring og behandling av psykiske lidelser med utgangspunkt i denne tradisjonen (Hall, 1996). Her vektlegges primært "disease" med fokus på patologiske prosesser, og ikke "illness" som viser til menneskets opplevelse av og reaksjon på symptomer eller plager (Toombs, 1993).

Den andre dominerende tradisjonen er forankret i det humanistiske menneskesynet og i et humanvitenskapelig paradigme (Hummelvoll, 1998; Eriksson, 2001). Psykiatrisk sykepleie omtales som holistisk med vekt på spesifikke menneskelige kvaliteter som selvrefleksjon, opplevelse av mening, verdier, håp, fellesskap, og følelser. Et humanistisk menneskesyn innebærer at mennesket anses som unikt i betydningen av å være et autonomt, rasjonelt, sosialt og åndelig vesen (Barbosa da Silva, 1998). Den humanistiske tradisjonen i psykiatrisk sykepleie innebærer en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming (Hummelvoll, 1997b). Denne tilnærmingen vil søke å forstå mennesket som et kulturelt vesen og som en

---

til hverandre.

<sup>60</sup> For nærmere diskusjon, se Barker, 1990; Peplau, 1992; Lego, 1992; Hall, 1996 og Barker et al. 1998.

<sup>61</sup> Se kap. 1.1.1, der de diagnostiske kategoriseringssystemene relateres til stemningslidelser / affektive lidelser.

helhet; kropp, sjel og ånd i samspill med omgivelsene i form av samfunn og kultur. Den psykiatriske sykepleier vil forsøke å forstå den psykiske lidelsen ut fra dem som subjektivt erfarer den. Det er den subjektive beskrivelsen og den virkning lidelsen har i personens erfarde hverdag og liv, som vil danne basis for tiltak som kan lindre den psykiske lidelsen. Fokus vil være på personens livsverden både konkret og som opplevd mening ved det å være lidende, og hvordan lidelsen kan lindres (Lindström, 1992). Personens nettverk av levde relasjoner utgjør en sentral del av helheten for å kunne utøve psykiatrisk sykepleie i den humanistiske tradisjonen.

Denne formen for kunnskapsutvikling krever et helhetlig og flerdimensjonalt syn på mennesket, der de fysiologiske, eksistensielle, åndelige, psykologiske, sosiale og kulturelle dimensjonene inngår som likeverdige elementer. Ifølge dette helhetlige menneskesynet er mennesket en kompleks, integrert helhet som skaper forskjellige behov. Et humanistisk menneskesyn aktualiserer autonomi og frihet i relasjonen mellom pasient og sykepleier (Barbosa da Silva, 1998). Autonomibegrepet innebærer et pasientsyn der mennesket har muligheter til å ta vare på seg selv og kunne fremstå med både selvrespekt og verdighet. Frihet forstås i lys av ansvar og medansvar, der begge deler forutsetter en gjensidighet i relasjonen karakterisert av respekt og omtanke. Denne forståelsen av relasjonen mellom pasient og psykiatrisk sykepleier er basert på og utviklet gjennom tillit og gjensidighet (Lützn, 1997). Den psykiatriske sykepleieren står ofte i et etisk dilemma knyttet til å ivareta pasientens tillit i relasjon til handlinger som truer den samme tilliten. På denne bakgrunn må sykepleieren ha høy grad av oppmerksomhet rettet mot den moralske ubalansen som potensielt kan ligge i relasjonen. Den moralske refleksjonen må baseres på empatisk inn- og medlevelse i pasientens subjektive opplevelser og situasjon og gjøres til gjenstand for relasjonell praksis.

Relasjonen mellom sykepleier og pasient og det at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, har blitt slått fast som en grunnleggende dimensjon i psykiatrisk sykepleie (Travelbee, 1971; Peplau, 1992; Hummelvoll, 1997a). Terapeutisk interaksjon er forsøkt etablert som det essensielle i psykiatrisk sykepleie. Betegnelsen "interpersonal process" fremhever hvordan den psykiatriske sykepleierens terapeutiske rolle ikke bare kan beskrives som "routines og



procedures, but it also must be discussed in terms of attitudes, feelings, relationships and understandings" (Mereness, 1982, s. 10).

Pasientbegrepet er diskutert både filosofisk og klinisk i sykepleie. Historisk sett er pasientbegrepet i sykepleie brukt for å fremheve asymmetrien i relasjonen samt sykepleierens fokus mot den lidende og dennes opplevelse av lidelsen (Nortvedt, 1998).<sup>62</sup> Begrepet pasient er blitt kritisert for å passivisere og sykelliggjøre, og for å gi rom for illegitim maktutøvelse fra sykepleieren.<sup>63</sup> Klient og bruker har vært introdusert som begreper som skulle erstatte og gi et nytt innhold til det å være hjelpetrequende. I min forståelse av begrepet pasient legger jeg "person-in-care" (Barker et al, 1998). Det er personen som er i sentrum, og dennes opplevelser og erfaringer med lidelse. Personen og sykepleieren er engasjert i en relasjon basert på gjensidig påvirkning som skaper forandringer både for sykepleieren, "personen-i-omsorg" og omgivelsene.

Jeg forstår at et humanvitenskapelige perspektivet på psykiatrisk sykepleie begrunner nettopp betydningen av å utvikle en kunnskapsproduksjon basert på en annen form for epistemologi og metodologi (Barker, 1990; Hall, 1996). Fokuset er rettet mot personen, dennes livsproblemer og livserfaringer og en anerkjennelse av at personen er ekspert på eget liv og tar ansvar for å mestre dette. Vanskeligheter med å mestre eget liv kan ofte danne basis for relasjonen med sykepleier og for personens behov for hjelp. Videre tillater sykepleieren seg selv å bli emosjonelt involvert i personens situasjon og lidelse og systematisk utforske relasjonen og kommunikasjonen mellom seg selv og den andre. Menneskelige problemer er det primære fokus for all sykepleie, og i særdeleshet for psykiatrisk sykepleie. "The phenomena defined as mental illness are too complex to be explained away completely by models of biological causation", (Barker et al, 1996, s. 663). Psykiatrisk sykepleie må baseres på en kontinuerlig utforskning av "whole lived experience of the-person-in-care" (op.cit). Denne utforskningen har sin basis i den mellommenneskelige prosess, som involverer både den andre (person-in-care) og sykepleieren, og personen og andre. Psykiatrisk sykepleie handler om å støtte opp om ulike former for vekst og utvikling som er

---

<sup>62</sup> Jf. min terminologiske presisering av pasientbegrepet i kap. 1.5.

<sup>63</sup> Se for eksempel Krogstad (1998) og Terkelsen (2002), som begge diskuterer maktbegrepet i klinisk psykiatrisk sykepleie.

kjernekarakteristika ved det å være menneske. Smith (1994) beskriver de grunnleggende antakelser som kan støtte opp om en slik forståelse av psykiatrisk sykepleie: "The nature of humans (the uniqueness of the individual and inalienable rights), society (regarding freedom), health (regarding the right of access to health care) and nursing (i.e. the focus of nursing is human beings)"(s. 181).

Hummelvoll (1998) har gjort en analyse av vitenskapelige artikler knyttet til psykiatrisk sykepleieforskning og grunnlagstenkning i perioden 1994–98. Et vesentlig trekk er ulike artikkelforfatteres engasjement i å presisere fagspesialiteten psykiatrisk sykepleie som komplimentær til andre profesjonelle perspektiver. Fokus på tverrfaglig samarbeid er enten implisitt forutsatt eller eksplisitt uttalt i de fleste av artiklene. Tverrfaglig samarbeid forstås som en form for teamarbeid som søker en samlet og helhetlig tilnærming for å oppnå et felles mål. Peplau (1987) fremholder nødvendigheten av et flerfaglig perspektiv og kunnskap som forutsetning for et produktivt samarbeid og problemløsning i fagfeltet psykisk helsevern. Peplau presiserer utfordringene til psykiatrisk sykepleie i form av å spore god flervitenskapelig forskning med relevans for fagspesialiteten og tolke den inn i fagspesialiteten.

I det ovennevnte har jeg redegjort for to hovedtradisjoner i psykiatrisk sykepleie. Mitt valg av teoretisk rammeverk for avhandlingen knyttes til en tradisjon i psykiatrisk sykepleie som søker å fastholde og revitalisere grunnleggende humanistiske verdier i fagutøvelsen. Valget begrunnes i den betydning jeg har tillagt forholdet mellom valg av perspektiv på psykiske lidelser og hvordan valget påvirker synet på omsorg, pleie og behandling til mennesker som opplever psykiske lidelser. Sentrale verdier og væremåter er forståelse, mening, møtet, relasjon, deltakelse, språk og dialog.

### **3.4 Psykiatrisk sykepleie og stemningslidelser – to forskningsperspektiver**

Jeg har argumentert for to hovedperspektiver i psykiatrisk sykepleie: det medisinsk-psykiatriske og det humanistiske (Barker, 1990; Hall, 1996; Hummelvoll, 1998). Disse perspektivene er både tradisjoner og aktuelle i fag- og forskningsfeltet psykiatrisk sykepleie. Det er også mulig å identifisere to hovedtilnærminger i tidligere forskning omkring forholdet mellom psykiatrisk sykepleie og stemningslidelser (Baker, 2001;

Hummelvoll et al, 2001). Den ene basert på den medisinsk-psykiatriske modellen, der også den tiltakende biomedisinske forskningen er inkludert. Den andre er basert på en humanistisk tilnærming, der pasientperspektivet er inkludert.

Avhandlingens systematiske litteratursøkning er primært konsentrert om artikler og avhandlinger i perioden 1990–2003. Søkebasene som er benyttet, er Bibsys, Medline, Cinahl, Embase Psychiatry, Psychinfo, Libris, ISI Web of Science, Svemed + og COPAC Brief Records bestående av CDSR (Cochrane Database of Systematic Reviews), ACP Journal Club, DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness), CCTR (Cochran Central Register of Controlled Trials) og Journal of Affective Disorders i perioden 1985–2001. Søkene har både vært elektroniske og manuelle. I litteratursøket som er gjort, er begrepene "affective disorders", "mood disorders", "bipolar disorders", "manic-depression" og "mania" benyttet alene og i kombinasjon med henholdsvis "psychiatric nursing" og "mental health nursing". Hovedtyngden av treff<sup>64</sup> viser til forskning omkring forholdet mellom psykiatrisk sykepleie og stemningslidelser basert på et medisinsk-psykiatrisk perspektiv.<sup>65</sup> I dette forskningsperspektivet i psykiatrisk sykepleie er man særlig opptatt av spørsmål knyttet til diagnostikk, epidemiologi, farmakologisk behandling samt psykososiale intervensjoner (Barker, 1989a, 1989b; Baker, 2001). Litteratursøket finner langt mindre forskningsbasert litteratur knyttet til pasientperspektivet på stemningslidelser og psykiatrisk sykepleie.<sup>66</sup> De artiklene som ble funnet, søker særlig å presisere psykiatrisk sykepleies fokus og perspektiv, samarbeidets nødvendighet, relasjonens likeverdighet, forståelse av lidelsen i en kontekst samt en helhetlig tilnærming basert på pasientens situasjon og livsverden.

---

<sup>64</sup> Et mindre, men ikke uviktig poeng i denne sammenheng er at søkeordene er knyttet til medisinske diagnoser og begreper. Det er ikke utviklet begreper som fanger psykiske lidelser begrepsmessig på en annen måte.

<sup>65</sup> Antall treff på søkeordene i kombinasjon (for eksempel mania og psychiatric nursing): Medline, Cinahl, Bibsys, Embase Psychiatry, Psychinfo, Libris, Copac og Journal of Affective Disorders: 385.

<sup>66</sup> Antall treff på søkeordene i kombinasjon (for eksempel mood disorder, psychiatric nursing og experiencebased knowledge): Medline, Cinahl, Bibsys, Embase Psychiatry, Psychinfo, Libris, Copac og Journal of Affective Disorders: 23.

### 3.5 Tidligere forskning i psykiatrisk sykepleie på stemningslidelser i et medisinsk-psykiatrisk perspektiv

Baker (2001) forsøker å anlegge et tverrvitenskapelig perspektiv på psykiatrisk sykepleie til mennesker som opplever en stemningslidelse. Oversiktsartikkelen viser til at det medisinsk-psykiatriske perspektivet på psykiatrisk sykepleie og stemningslidelser vektlegger diagnostikk, epidemiologi, farmakologi og psykososiale intervensjoner. Jeg tar utgangspunkt i disse områdene i det følgende:

#### Diagnosen

Innenfor diagnostikk har litteraturen i særlig grad beskjeftiget seg med hvordan man skal eller kan definere lidelsen både medisinsk og sykepleiefaglig. Jeg har vist til de to medisinsk-psykiatriske klassifikasjonssystemer, DSM IV (APA, 1994) og ICD-10 (Staten helsestilsyn, 2000a).<sup>67</sup> DSM IV bruker samlebetegnelsen Bipolar lidelse med tre undergrupper: bipolar I, bipolar II og cyclothymic disorder. ICD-10 bruker samlebetegnelsen Affektive lidelser (stemningslidelser) med de to analoge undergruppene manisk episode og bipolar affektiv lidelse. Bipolar I beskriver i all hovedsak de samme lidelsesuttrykkene som ved manisk episode: hypomani, mani med og uten psykotiske symptomer samt andre spesifiserte og uspesifiserte manisk(e) episode(r). På samme måte er det høy grad av samstemmighet mellom undergruppene bipolar II og bipolar affektiv lidelse, som en tilstand karakterisert av både mani og depresjon med og uten psykotiske og somatiske symptomer, samt varierende tidsintervaller mellom lidelsesuttrykkene. På denne bakgrunn forstår Perry et al (1999) lidelsen slik: "Bipolar disorder (Manic-depression psychosis) is a common serious mental illness characterised by two types of relapses, mania (elation with disinhibition, overactive behaviour) and depression" (s. 149).

Andre forfattere (Corryell et al, 1995; Goodwin, 1999; Hilty et al, 1999) fremholder betydningen av ytterligere diagnostisk klarhet i forholdet mellom hypomani og mani. Manglende diagnostiske kriterier medfører mangelfull tillit til det diagnostiske verktøyet samt til begrepenes kliniske validitet. En annen sentral side er at pasientene lider unødvendig og lenge på bakgrunn av uklar diagnostikk. Hinkle (2000) viser til viktigheten av å skille diagnostisk mellom de ulike stemningslidelsene i relasjon til pasientens behov for psykiatrisk sykepleie. Forfatteren viser til at pasienter som har lettere former for stemningslidelser, kan

få tilbud om psykiatrisk sykepleie fra primærhelsetjenesten. Personer med alvorligere stemningslidelser har oftest behov for innleggelse i sykehus og vil trenge en annen form for pleie og omsorg enn det som primærhelsetjenesten kan tilby.

Thomas et al (1988) identifiserte 76 sykepleiediagnoser hos 16 innlagte pasienter med en manisk lidelse. Studien hadde et deskriptivt design og en klinisk tilnærming i relasjon til sykepleiediagnoser. Analysen av funnene ble validert av en gruppe kliniske spesialister i psykiatrisk sykepleie. Studien finner at de mest vanlige sykepleiediagnosene hos de 16 personene er: "Disturbed family relationships, potential for self-harm, social isolation, difficulty forming/maintaining relationships, hallucinations, difficulty structuring time and inappropriate or flat affect" (Thomas et al, 1988, s. 341). Studien konkluderer med at bruken av sykepleiediagnoser representerer en personifisering og individualisering i utøvelsen av psykiatrisk sykepleie. Samtidig fremholder forfatterne at de ulike sykepleiediagnosene også overlapper hverandre i betydningen av at for eksempel sosial isolasjon og ensomhet må ses i lys av muligheten for å skade seg selv eller andre og problemer med å inngå eller å opprettholde relasjoner.

Underdiagnostisering er et annet område som er fokusert (Jamison, 1996; Nassir Ghaemi et al, 1999). Sammenhengen mellom rask og riktig diagnostisering og rett behandling fremholdes. Særlig Jamison (1996) viser til at dette kan minimalisere livslange psykologiske og sosiale konsekvenser. Nassir Ghaemi et al (1999) viser at diagnostisering av stemningslidelse tar for lang tid. De hevder at det kan ta åtte år fra første innleggelse med klinisk vurdering til en diagnose blir slått fast. Forfatterne fremholder at underdiagnostiseringen av bipolar lidelse også innebærer langvaring feil bruk av psykofarmaka, særlig gjelder dette bruken av antidepressiva. Goodwin og Jameson (1990) skriver at det er så mange som én av tre som ikke får adekvat behandling av lidelsen, og at dette skyldes under- og feildiagnostisering. Statens helsetilsyn (2000b) fremholder at det er først de siste årene at det er blitt beskrevet hvordan lidelsen kan debutere blant barn og unge.

---

<sup>67</sup> For ytterligere beskrivelser, se kap. 1.1.

Man regner følgelig med et høyt antall underdiagnostiserte personer både i denne gruppen og blant eldre mennesker (s. 8).

## Epidemiologi

Baker (2001) peker på ulike epidemiologiske studier som viser at stemningslidelser, som schizofreni, utgjør 1 % i en befolkningsgruppe. Studier viser at et økende antall mennesker blir diagnostisert i gruppen av stemningslidelser (Daley, 1997; Hilty et al, 1999). Det forekommer også større grad av arvelighet i denne pasientgruppen enn i andre, og man finner en overrepresentativitet i høyere sosiale lag av befolkningen. De samme studiene hevder at det er en kjønnsmessig lik fordeling, mens Perry et al (1999) argumenterer for en fordeling tilsvarende 2:1 mellom kvinner og menn. Statens helsetilsyn (2000b) fremholder at det er en relativ jevn fordeling mellom kvinner og menn. Det virker som kvinner første gang opplever en depressiv periode som debutsymptom, mens menn erfarer en manisk episode. (APA, 1994).

Baker (2001) viser til at det eksisterer ulike forskningsbaserte antakelser om følgene av en bipolar lidelse. Forfatteren hevder at det synes å være konsensus knyttet til lidelsens mange psykososiale konsekvenser i form av sosial isolasjon, ensomhet, familieoppløsning, arbeidsløshet og suicidalitet. Miklowitz og Alloy (1999) viser til at bipolar lidelse er forbundet med stor grad av tilbakefall og meget høye sosiale og økonomiske omkostninger, selv hos pasienter som er fornøyd med den farmakologiske behandlingen. Dette faktum styrker behovet for ulike psykososiale intervensjoner, hevder forfatterne. Det er ulike forskningsresultater knyttet til bedring og tilbakefall. Tohen og Grundy (1999) hevder at i 90 % av tilfellene er en stemningslidelse en livslang lidelse med flere tilfeller av maniske og depressive tilbakefall. Hilty et al (1999) mener at tilbakefallsprosenten er ca. 80 %, og hevder at mange pasienter oppnår funksjonell rehabilitering gjennom å kontrollere egne symptomer. Statens helsetilsyn (2000b) hevder at epidemiologiske undersøkelser har vist at ubehandlede pasienter kan tilbringe en femtedel av sin levetid i maniske episoder. Dette medfører at dødeligheten på grunn av selvmord hvis stemningslidelsen ikke blir tilstrekkelig behandlet, er høy. Enkelte studier har påvist at opptil 15 % av innlagte med stemningslidelse i sykehus dør for egen hånd (s. 9).

## Farmakologisk behandling

Det medisinsk-psykiatriske perspektivet på stemningslidelser har bidratt til meget stor forskning knyttet farmakologisk behandling og derav til en rekke publikasjoner (Barker, 2001; Gomez, 2001). Den farmakologiske behandlingen har oftest bestått av litium, antidepressiva, nevroleptika og ECT (elektrokonvulsiv behandling) (Kringlen, 2001). Det er imidlertid stor diskusjon knyttet til farmakologisk behandling av stemningslidelser i sin alminnelighet og til behandling med litium i særdeleshet (Baker, 2001; Gomez, 2001). Forfatterne viser til at litiumbehandling var standardbehandling for stemningslidelse i 1970-årene. Uenigheten i dag gjelder både i forhold til om farmakologisk behandling er å anbefale, i hvilken grad farmakologisk behandling har effekt(er), og i så fall på hvilke områder.

Gomez (2001) viser hvordan det også er uenighet knyttet til verdien av litium i den farmakologiske behandlingen. Det gjelder i særlig grad til forholdet mellom mulige virkninger og bivirkninger: "A major problem with lithium treatment is lack of compliance, especially due to the side effects" (s. 32). Statens helsetilsyn (2000b) anbefaler litiumbehandling ved stemningslidelse i minimum to år før den kan seponeres (s. 22). ECT beskrives å ha "en kraftfull antimanisk effekt" (s. 25). Goodwin og Jameson (1990) viser til at litiumbehandling ikke har vært så effektiv som man har trodd. Forfatterne peker på at mange personer fremhever savn av maniske episoder og negative følelser med å få kontrollert og avflatet stemningsleie som sentralt når de ikke lenger vil bruke litium. Flere forfattere (Miklowitz, 1996; Parikh et al, 1997; Miklowitz og Alloy, 1999) understreker behovet for psykososial intervensjon som kompletterende til behandling med psykofarmaka. Miklowitz (1996) viser til at en sentral psykoterapeutisk intervensjon er pasientens egen forståelse av og kontroll med bruk av psykofarmaka.

### Psykososiale intervensjoner

Hiltey et al (1999) viser til den økende forskningsinteressen knyttet til psykososiale intervensjoner ved stemningslidelser.<sup>68</sup> Samtidig fremholder de at det er forsket lite på hvilke virkninger psykososiale intervensjoner kan ha i forhold til denne pasientgruppen.

---

<sup>68</sup> Se Brooker et al (1994) og Brooker (2001) for en nærmere beskrivelse av og diskusjon omkring psykososiale intervensjoner generelt i psykiatrisk sykepleie og spesielt knyttet til evidensbasert psykiatrisk sykepleie.

Denne påpekingen understøttes av Georges (1998), som mener at en stress-sårbarhetsmodell bør kunne danne et rammeverk for ulike psykososiale intervensjoner hos mennesker med stemningslidelser. Georges fremholder at dette vil kunne føre til en integrert behandlingsmodell som rommer en lang rekke ulike psykososiale tilnærminger. Hun foreslår psykoedukasjon, familiebehandling, psykoterapi, gruppeterapi, kognitiv terapi og ulike metoder som kan øke pasientens oppmerksomhet mot egen sårbarhet og stress, som igjen kan motvirke tilbakefall. Basert på tilnærmingen "Expressed Emotion" har Wuerker (1994) og Smebye (1998) fokusert på samspillet mellom pasientens følelsesmessige sårbarhet og familiens tilsvarende. Særlig har disse arbeidene vektlagt begreper som relasjonell kontroll, individualitet, mestring og gjensidig respekt.

Goodwin og Jamison (1990) og Miklowitz (1996) peker på at økt forståelse fra familien og bedre familieforhold er sentrale bidrag i sykdomsforløpet. Forfatterne viser til at god sosial støtte og hjelp til å mestre livshendelser og familiestress gjør et personen kommer seg raskere etter en manisk episode. Goodwin og Jamison (1990) fremholder at medisinsk behandling kombinert med psykoterapi gir optimal behandling. Miklowitz (1996) viser til at psykoedukativ tilnærming gjennom individual- og familierapi kan anbefales som behandlingsintervensjoner for personer med stemningslidelse. Miklowitz og Goldstein (1997) omtaler familietilnærming til bipolare lidelse som FFT (Family-Focused Treatment Approach), der hovedvekten er lagt på psykoedukasjon gjennom "empowerment" og "self-empowerment". Stierlin og Weber (1989) er blant de få som har arbeidet med systemisk familierapi som en psykoterapeutisk tilnærming til familier med et medlem med en bipolar lidelse. Miklowitz og Alloy (1999) viser til behovet for å utvikle andre psykoterapeutiske tilnærminger enn psykoedukativ familiebehandling.

Hiltey et al (1999) fremholder også at det er en rekke mulige tilnærminger til denne pasientgruppen som står uprøvd, og viser til mange av de samme intervensjonene som Georges (1998). Daley (1997) etterlyser en systematisk evaluering av hvilken effekt ulike psykososiale intervensjoner kan ha i arbeidet med bipolare lidelser. Hiltey et al (1999) deler Daleys (1997) synspunkter og fremholder at tilnærminger som psykoedukasjon, familiebehandling og gruppeterapi er relativt nye i forhold til målgruppen sammenlignet med den farmakologiske behandlingen. Forfatterne understreker behovet for systematiske



undersøkelser og evaluering av ulike former for psykoterapi hos mennesker med stemningslidelser. Parikh et al (1997) viser til at i tillegg til psykofarmakologisk behandling er psykososial intervensjon det sikreste tiltaket ved psykoedukativ familierapi. Resultatene av gruppeterapi, kognitiv atferdsterapi samt atferdsorientert familierapi er langt mer usikre og krever videre systematisk forskning og evaluering.

### Oppsummering

Litteraturgjennomgangen viser til en sterk tradisjon i psykiatrisk sykepleie i relasjon til stemningslidelser som særlig fokuserer på de medisinsk-psykiatriske aspektene ved lidelsen (Silverstone et al, 1998; Goodwin, 1999; Hiltey et al 1999). Sentralt i dette perspektivet står betydningen av en klar diagnostikk i relasjon til behandling, pleie og omsorg. Det samme gjelder forholdet mellom epidemiologi og konsekvenser av lidelsen med hensyn til både arvelighet, tidsperspektiv, tilbakefall, bedringsmuligheter og psykososiale konsekvenser. Det sentrale elementet i behandlingen har vært av farmakologisk art, spesielt brukt er litium samt ECT. Oppmerksomheten er nå i større grad knyttet til medisinsk behandling i kombinasjon med psykososiale intervensjoner og ulike former for psykoterapi. Den medisinsk-psykiatriske tradisjon har stigende interesse for lidelsens psykososiale konsekvenser og for hvordan det kan arbeides systematisk med disse. Særlig etterlyses systematiske undersøkelser og evaluering av tilnærminger som psykoedukasjon, familiebehandling, gruppeterapi, kognitiv terapi og ulike former for mestringsstrategier.

### **3.6 Tidligere forskning i psykiatrisk sykepleie på stemningslidelser i et humanvitenskapelig perspektiv**

Litteraturgjennomgangen viste til få forskningsbaserte artikler som relaterer sykepleieperspektiver til personer som har erfart stemningslidelser (Barker, 1989a; Nilsson, 1993; Barker, 1994). Barker (1989a, 1989b, 1994) og Baker (2001) fremholder at forskning omkring teori og praksis i psykiatrisk sykepleie i altfor liten grad har fokusert på de erfaringer personer med stemningslidelser selv innehar.<sup>69</sup> Barker (1989a) konkluderer

---

<sup>69</sup> Lindgren og Mathisen (2000) skriver om den manglende forskningen på pasientperspektivet på stemningslidelse: "Pasientene selv ser ut til å være glemt i forskningen rundt diagnosen og sykdommen" (s. 9).

med at sykepleieperspektivet ukritisk har latt seg lede i enten en medisinsk, en psykologisk eller en sosiologisk retning. Forfatteren fremholder derfor viktigheten av kritisk å granske etablert praksis i psykiatrisk sykepleie til denne målgruppen og samtidig systematisk utforske pasienters egne opplevelser og erfaringer knyttet til ulike lidelser (Barker, 1994).<sup>70</sup> Jeg har valgt en slik utforming for å både fokusere på etablert humanvitenskapelig praksis i psykiatrisk sykepleie og applisere dette til stemningslidelser, samt peke på den litteratur som er fremkommet gjennom søket.

### *3.6.1 Om å utforske pasientens verden*

Eriksson (1997) fremholder at et nytt paradigme for sykepleievitenskapen er i ferd med å vokse frem gjennom å utforske og forstå pasientens verden. Det nye paradigmet beveger seg fra sykepleie til omsorg og er forankret i en forståelse av pasientens verden som en verden av lidelse. Pasientens erfaringer med lidelse, uhelse og sykdom er utgangspunktet i paradigmet, og hevder at det er lidelsesaspektet i pasientens verden som muliggjør et omsorgsorientert perspektiv. Steinholtz Ekecrantz (1995) benytter begrepet "patienternas psykiatri" for å få frem tidligere pasienters erfaringer med den institusjonelle psykiatrien. Begrepet innebærer å velge et perspektiv i betydningen å tre inn i pasientenes fortellinger og opplevelser. Denne pasientkunnskapen kan komplettere og delvis utfordre de bildene som personale og administratorer gir av den institusjonelle psykiatrien og de kunnskapsprosesser som foregår der.<sup>71</sup>

Psykisk helsevern har identitetsproblemer som viser seg på flere områder. Et viktig område er den usikre vitenskapelige status og derved også betingelsene for kunnskapsutvikling (Wifstad, 1997). Det er en meget stor fare for at iveren etter vitenskapelig og akademisk status i psykisk helsevern "... vil tilstrebe en naturvitenskapelig motivert entydiggjøring i form av kvantitativ forskning og diagnostikk." (Wifstad, 1997, s. 14). En slik utvikling vil kunne bidra til at psykisk helseverns viktigste ressurs, nemlig lydhørheten overfor det som ikke passer inn, åpenheten overfor en smerte som kan gi de mest uventede uttrykk, forsvinner. Det vitenskapelige blikket kan bare fremstå meningsfullt når

---

<sup>70</sup> Deegan (1988, 1993) beskriver sine egne erfaringer med en psykisk lidelse og er svært kritisk til den pleie og omsorg hun har møtt.

<sup>71</sup> Andre studier som fokuserer og løfter frem psykiatriske pasienters erfaringer med lidelse og omsorg, er Söderlund (1998) og Nyström (1999).

hermeneutiske og etiske perspektiver er inkludert. Det sentrale i arbeidet i psykisk helsevern vil alltid være *motet* mellom hjelperen og den hjelpesøkende – et møte med *den andre*.<sup>72</sup> I dette møtet og i betingelsen for møtet ligger det store kunnskapsmessige utfordringer gjennom å beskrive og utforske pasientens verden.

Hedelin og Strandmark (2001) fremholder at ønsket om og evnen til å lete i pasientens livsverden er en forutsetning for å skape muligheter for ny forståelse og endring gjennom refleksjon og artikulering av levde erfaringer. Beskrivelsene av de levde erfaringene kan danne basis for endret selvforståelse i retning av mestring og myndiggjøring, og skape aksept for å stole på egne erfaringer og for erfaringens plass i det levde liv. Det å forsøke og gå inn pasientens verden er en spesiell utfordring i psykisk helsevern (Wifstad, 1998). Sykepleieren og forskeren må først av alt være villig til å åpne seg for pasientens verden ved lytte og forsøke å forstå. Problemet er bare at vi i psykisk helsevern så ofte møter det uforståelige – er det mulig å virkelig forstå at noen ser noe vi andre ikke ser, eller at noen hevder at de er en annen enn den vi ser? En psykotisk person kan ofte omtales som "umulig å forstå".<sup>73</sup> Nettopp her ligger et grunnleggende poeng. Det er erkjennelsen av at vi ikke forstår, men ønsker å forstå, som kan danne basis for utviklingen av en felles forståelse mellom sykepleier/forsker og pasient. Bevisstheten om at vi ikke har en forståelse av hvordan pasientens verden ser ut, kan være produktiv. Det kan gi pasienten mulighet til å fremstå som en person. Ved å la personen fritt bringe frem sin forståelse av verden skapes det samtidig legitimitet for denne verden, og sykepleieren/forskeren gis mulighet til å forstå denne i relasjon til sin egen verden.

Med Barker og Renyolds (1996) vil jeg fremholde at det primære fokus for psykiatrisk sykepleie må være menneskers problemer. En grunnleggende forutsetning for dette arbeidet vil være å lytte til og lære av de erfaringer mennesker med psykiske lidelser har gjort seg. Dette vil erstatte grunnleggende antakelser fra det medisinsk-psykiatriske paradigmet: "(i) The assumption that we know what people need (without first asking them); and (ii) that we know how people might come to an understanding of their experiences of illness" (s. 79).

---

<sup>72</sup> Se Wifstad (1994).

<sup>73</sup> Haram Åkre (1997) bruker systematisk og terapeutisk dialogen i arbeidet med å forstå "det uforståelige" i form av å høre stemmer hos personer med psykotiske lidelser.

Baker et al (1998) har utviklet fire grunnleggende premisser for hva som kan karakterisere psykiatrisk sykepleie, og slik gi en ansats til en teori om psykiatrisk sykepleie:

*Premise 1.*

*Psychiatric nursing is an interactive, developmental human activity, more concerned with the future development of the person than with the origins or causes of their present mental distress.*

*Premise 2.*

*The experience of mental distress associated with psychiatric disorder is represented through public behavioural disturbance, or reports of private events that are known only to the individual concerned.*

*Premise 3.*

*The nurse and the person-in-care are engaged in a relationship based on mutual influence.*

*Premise 4.*

*The experience of psychiatric disorder is translated into a variety of problems of everyday living (Baker et al 1998, s. 664).*

Disse grunnleggende premissene vil bidra til å utvikle en humanistisk og dermed helhetlig begrunnet psykiatrisk sykepleie. I en slik tilnærming vil pasientperspektivet være sentralt. Jeg vil legge disse premissene til grunn for forholdet mellom psykiatrisk sykepleie og pasientperspektivet på stemningslidelser. Overskriftene vil være person, lidelse, relasjon og dialog.

## Person

Andersson (1996) fremholder at personbegrepet har vært et nøkkelbegrep i utviklingen av sykepleieteori siden 1960-tallet. Rogers (1964) hevdet at kravet om et helhetssyn på pasienten som person måtte ses på som grunnlaget for all sykepleie. Travelbee (1971) tar utgangspunkt i mennesket som et enestående, uerstattelig individ og tar avstand fra generaliserte oppfatninger om mennesket som nedfeller seg i begrepene og rollene pasient og sykepleier. Andersson (1996) viser til Mounier som den som introduserer vektleggingen av det individuelle mennesket som en person. Denne formen for personalisme gir ordet person en positiv betydning i motsetning til en manipulerbar ting. Hvert enkelt menneskelig individ bør behandles som en person, forstått som et mål i seg selv og aldri bare som et middel for noe annet. Forståelsen av mennesket betoner menneskets ukrenkelige verdi og verdighet, som gir grunnlag for å ha menneskelige rettigheter (Barbosa da Silva, 1998).

Begrepene om menneskets ukrenkelige verdi og verdighet gjensidig er forbundet med begrepene om respekt og selvrespekt (Frost, 2001). Sammenhengen mellom de ulike begrepene utgjør kjernen i den vestlige humanismen og i all medmenneskelighet. Respekt for menneskets ukrenkelige verdi og verdighet forutsetter selvrespekt. Kravet om å møte personer med behov for hjelp med respekt innebærer å møte seg selv i speilet og kritisk undersøke de premisser hjelperen legger til grunn for løfter om hjelp. Frost fremholder at dette krever at man er tydelig på sine egne forutsetninger som hjelper, i særdeleshet i forhold til mangler og begrensninger i evnen til å se, å lytte, å forstå og å akseptere.

Psykiatrisk sykepleie er opptatt av å etablere de nødvendige betingelser for å fremme den enkelte *persons* vekst og utvikling (Lindström, 1994; Hummelvoll, 1997b). En slik vekst og utvikling vil nødvendigvis involvere personens tilpasning til, eller overvinne av, de livsproblemer som er forbundet med en stemningslidelse. Arbeidet må starte med personens opplevelser av seg selv og bearbeidelsen av disse opplevelsene – heller enn med vedkommendes opplevelser av å være pasient. Psykiatrisk sykepleie til mennesker med stemningslidelser innebærer omsorg *med* heller enn omsorg *for*. En hovedutfordring er hvordan sykepleieren tilpasser og møter personen-i-omsorg, og ikke hvordan personen tilpasser seg sykepleierens oppfatning av denne som pasient: "Psychiatric nursing is about engaging WITH the person, attempting to join with them in identifying, exploring and considering the nature and substance of experiences which derive from what others (doctors) call mental illness" (Barker og Reynolds, 1996, s. 77).

Den andre er langt mer enn bare en pasient; nemlig en enestående, uerstattelig person. Begrepene pasient og sykepleier gir ikke mening fordi de utsletter det unike ved hvert menneske og bare fokuserer fellestrekk. Kategoriseringen er en forenkling som uvegerlig fører til stereotypisering gjennom teoretiske abstraksjoner som blir styrende og tar overhånd over menneskets spesielle kvaliteter. Relasjonen sykepleier-pasient erstattes av et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1971). Forholdet utvikler seg prosessuelt på bakgrunn av gjensidig respons på den andres menneskelighet gjennom å dele erfaringer og opplevelser knyttet til mening. Mening er forstått både som tilværelsens ulike og konkrete livserfaringer, og som styrkende og selvaktualiserende livserfaringer.

Hummelvoll (1997a) bruker begrepet sykepleier-pasient-fellesskapet for å fremheve det eksistensielle i møtet mellom to mennesker. Fellesskapsbegrepet impliserer at to mennesker møter hverandre som hele mennesker, noe som muliggjør felles opplevelser. Forfatteren viser til at fellesskapet hviler på ni sentrale hjørnesteiner. Jeg vil vektlegge møtet, likeverdighet og nærværenhet som sentrale begreper og væremåter for at pasient og sykepleier skal kunne fremstå som personer. Bollnow (1976) avgrensner møtet til å gjelde sjeldne tilfeller "... der det ene menneske trenger inn på det andre på en slik måte at hans liv blir forandret, og noe helt nytt begynner" (s. 104). Møtet forstått slik innebærer en sjelelig berøring der den andre fremstår som en likeverdig person. Laing (2001) forstår det eksistensielle møtet i psykoterapi som pasientens "være-sammen-med-meg", forstått som en rekonstruksjon av denne personens måte å være seg selv i verden på. I tillegg påminner dette møtet om det sentrale aspekt ved å være menneske; ethvert menneske er på samme tid både atskilt fra og forbundet med andre mennesker. Denne erkjennelsen danner basis for det eksistensielle møtet og for den menneskelige likeverdighet i det terapeutiske møtet.

Buber (1997) fremholder at likeverdighet i eksistensiell forstand er at helhetlig *jeg* møter et helhetlig *du*. Hummelvoll (1997b) viser til at dette betyr at sykepleieren åpner seg for pasientens forestillingsverden og situasjonsopplevelse. Sykepleieren viser seg, både med og uten ord, som person. Likeverdighet i psykiatrisk sykepleie er basert på arbeidet for å realisere en ekte og gjensidig respekt for hverandres integritet og verdighet. Buber (1997) hevder at nærværenhet forstås som evnen til å være til stede på en autentisk måte, en måte som gir mulighet til å oppleve et "jeg-du-forhold". Hummelvoll (1997a) viser til den dialektiske gjensidigheten mellom møtet, nærværenhet og det å lytte. Det er en forutsetning for å kunne nå inn til pasientens selvoppfatning at sykepleieren lytter, det vil si er åpen for de ulike måter pasienten forsøker å gjøre seg forstått og å forstå seg selv på – språklig og kroppslig. Å lytte er en aktiv tilstand preget av nærvær<sup>74</sup> og autensitet. Buber (1997) viser til at det å lytte til et annet menneske er å åpne opp for et spesielt trekk ved den menneskelig tilværelse: Jeg blir meg selv gjennom den andre. Det er fordi jeg alltid *er* gjennom andre og

---

<sup>74</sup> Se Gilje (1997), som har gjort en studie av fenomenet "presence" både litterært og i relasjon til

derved kan lytte til den andre. Guldbrandsen (1993) fremholder at terapeutens åpenhet er gjensidig knyttet til det å lytte uten å vite. Lytting er "ikke-viten" forstått som evnen til å lytte for å kunne få vite(n).<sup>75</sup> Forfatteren viser til Bion (1977), som omtaler evnen til å lytte som den negative evnen. I dette ligger det en åpenhet for å holde ut det tvetydige, det halvsanne, det usagte og det paradoksale.

## Lidelse

Psykiatrisk sykepleies ytterste hensikt er å lindre lidelse (Lindström 2002). Lindholm (1997) benytter livslidelse, sykdomslidelse og pleielidelse i relasjon til psykiatrisk sykepleie og finner:

*Studien har visat att det finns ett lidande i vården hos patienterna. Det finnes också ett lidande som inte direkt är bundet till sjukdommen utan till själva varandet. Lidandet har så många ansikten att det kan förefalla ogripbart och onäligt. Det viktigaste är trots allt att våga erkänna att lidandet finns och försöka nå det (s. 220).*

Lindholm hevder at en dyp livslidelse kan innebære en trussel mot ens totale eksistens. Livslidelsen kan beskrives som pasienters opplevelse av ikke å eksistere, ikke finnes til som menneske. Opplevelsen av ikke å bli sett, hørt eller forstått er en livslidelse, en grunnleggende mangel på det å bli bekreftet som menneske. Lindholm og Eriksson (1993) har utført en studie om lidelse og kjærlighet på et psykiatrisk behandlingshjem. De fant at pasientene lengter etter at sykepleieren skal bekrefte lidelsen og ønsket om å få tid til å være i lidelsen. Studien viser også hvordan omsorg og pleie er forbundet med lidelsen, ved at pasienten ønsker å gjenvinne enheten og derved oppnå forsoning. Eriksson (1995) fremholder at der kjærlighet og lidelse møtes, oppstår medlidelse. Sykepleierens evne til å lide med pasienten muliggjør en fellesskapende relasjon i kampen mot lidelsen og dens konsekvenser. Medlidenhet forstått slik er en etisk handling gjennom å ta ansvar for den andre, en empatisk handling gjennom en følsomhet og varhet overfor den andres smerte og konkrete handlinger som muliggjør og gir rom slik at den andre kan lide ut, bli bekreftet og forsones.

---

to undersøkelser av klinisk psykiatrisk sykepleie henholdsvis i USA og i Norge.  
<sup>75</sup> Under overskriften Dialog seinere i dette kapittelet vil jeg vise til Anderson og Goolishians (1992) begrep "ikke-vitende posisjon i terapeutiske samtaler" og Seikkulas (2000) begrep "åpne samtaler i nettverksterapi". Begge disse posisjonene vektlegger relasjon, kommunikasjon og språk. Jeg ser disse begrepene som svært nyttige og interessante i appliseringen og konkretiseringen av forholdet mellom møtet, likeverdighet og nærværenhet forstått som dialog.

Opplevelsen av livslidelse i maniske episoder utdypes av Orum (1999) som "extreme crises of meaning". Forfatteren fremholder hvordan opplevelsen av det å være manisk inkluderer en forståelse av alt som med STOR mening. Finnes det noe mer meningsfullt enn å være den viktigste personen i hele verden? Tilsvarende er depresjonen knyttet til en opplevelse av meningsløshet og verdiløshet som menneske. Orum reflekterer over hvordan den depressive delen av lidelsen ikke beskrives som innbilt eller virkelighetsfjern, og viser hvordan den vestlige kulturen har høy toleranse for dem med lav selvfølelse og lav toleranse for dem med høy selvfølelse. For Orum er det sentralt å redusere de sterke svingningene i lidelsen uten å redusere opplevelsen av mening og personlig egenart og kreativitet.

Sykdomslidelse innebærer at pasientene i stor grad forklarer sin lidelse ut fra den aktuelle sykdommen. Lindholm (1997) viser hvordan lidelse innholdsmessig knyttes til behandling, indre følelsesmessige stengsler og handlingslammelse. Sykdommen fratrar personen muligheten til å realisere sitt livspotensial som frisk. Mange forklarer sin lidelse ved å henvise til den medisinske diagnosen og behandlingen. Lindholm hevder at pleielidelsen finnes primært i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Den største lidelsen er i savnet av en virkelig relasjon – en relasjon som ikke inneholder opplevelser av uverdighet, manglende likeverd og fravær av kjærlighet.<sup>76</sup>

Hummelvoll (1997a, 1997b) og Hummelvoll et al (2001) benytter begrepene sykdomslidelse, eksistensiell lidelse, lidelse som følge av pleie og behandling og sosial lidelse og ser disse i direkte relasjon til opplevelsen av mani. I sykdomslidelsen kan manien oppleves som slitsom både fysisk og psykisk. Under den tilsynelatende glade og lette sinnsstemningen kan det ligge en tristhet og en sårbarhet. Ofte blir personens inntrykk kaotiske og fragmentariske. Et paradoks er det at andre ofte opplever personen som syk i betydningen av å være ute av kontroll og til fare for seg selv og andre, mens vedkommende selv opplever seg som storartet og på topp. Opplevelsen av en total mestring av verden kan også gi en følelse av å være fanget i en forvirrende impulsivitet. Tankene kan leve et ukontrollert liv, og personen henger liksom på slep.

---

<sup>76</sup> Se også neste punkt om relasjon.



Den maniske lidelsen viser seg i ettertid i form av personlig og sosial "etterslått" (Hummelvoll et al, 2001). Fremtredende i etterslått er personens tvil på egen kapasitet og verdi oppstått som følge av handlinger og utsagn under den maniske episoden. Mange personer som konfronteres med dette, opplever skam, tvil, anger, skyld og dyp fortvilelse. Det kan være meget vanskelig å forsones seg med at den maniske episoden og dens ytringsformer også er en del av personens hele. Lidelsen kan forsterkes ytterligere ved at personen antar at de samme opplevelsene i lang tid også vil prege vedkommendes omgivelser, som familie, venner og kollegaer. Dette kan føre til at personen avholder seg fra å ta initiativ til kontakt og samvær, noe som igjen kan lede til sosial tilbaketrekking og selvtvil (jfr. senere beskrivelse av mani også som sosial lidelse).

Personer med diagnosen bipolar lidelse kan ha de vanskeligste opplevelsene nettopp knyttet til sykdomslidelsen (Lindgren og Mathisen, 2000). Dette gjaldt særlig i forhold til praktisk og sosial mestring av livet. Mange opplevde å ha tapt eller fått redusert sitt sosiale liv som en følge av sykdommen. Følelsen av å være annerledes og alene var stor. Tap av relasjoner, familieband, utdanning, yrkesliv og status bidrog til usikkerhet om egen identitet. Savnet etter informasjon om symptomer, sykdomsforløp, forebygging og medisinenes bivirkninger var stort. Det samme gjaldt ønsket om rehabilitering og oppfølging fra helsevesenet.

Personalet opplever sykdomslidelsen gjennom karakteristiske trekk ved en manisk atferd: overaktivitet med neglisjering av fysiske behov, selvsentrert, manglende egenkontroll og stor grad av impulsivitet som kan lede til sosiale vansker og isolasjon (Hummelvoll et al, 2001). Studien fremholder at personalet opplever maniske pasienter i form av manglende konsistens i tenkningen, noe som viser seg ved tidvis usammenhengende og utflytende kommunikasjon. Impulsrikdom fører til et antatt indre kaos som observeres rundt vedkommende. Irritasjon og aggresjon er ofte konsekvenser av begrensninger i personlig frihet og bevegelsesrom. Pasienter kan fremstå med en tilsynelatende sikker selvfølelse som uttrykkes gjennom forestillinger om egen betydningsfullhet. Allikevel tolker personalet selvfølelsen som skjør og sårbar. "Nakenhet" i personens selvrepresentasjon står frem, og både behov og grunnleggende lengsler blir synlige. Personen markerer seg i miljøet med sin initiativrikdom og impulsive atferd og påkaller og krever derved oppmerksomhet.

Den eksistensielle lidelsen kan hos en del personer med mani vise seg ved en slags forelskelse i livet og dets høyder og dybder (Hummelvoll et al, 2001). Samtidig erkjennes det en tristhet knyttet til brutte forhåpninger i relasjon til at livet ikke ble som man ønsket. Mange kan oppleve seg selv som et offer i betydningen av å være forsvarsløs og naken i forhold til lidelsens strøm av inntrykk og impulsivitet. Den eksistensielle ensomheten kan erfares med tyngde gjennom selvavløringer og opplevelser av sosial blamering. Det kan være meget vanskelig for andre å forstå personens kamp med et følelivesliv som i perioder er uregjerlig. Den eksistensielle lidelsen viser seg også i spennet mellom det å være pasient og det å være person. Lidelsen er sosialt stigmatiserende, det samme er det å være psykiatrisk pasient. Personen kjemper for å bevare sin selvaktelse og sin selvrespekt og er svært usikker og sårbar relasjonelt og sosialt. Det kan også oppleves som svært nedverdiggende å bli innlagt mot sin vilje, å ha grunnleggende mistillit og mistanke mot personalet, å få begrenset sin personlige frihet, autonomi, ytringsfrihet og kontaktmuligheter og å bli utsatt for medikamentell tvangsbehandling.

Mange personer med mani opplever at de ikke har kontroll over de handlinger som skyldes sykdommen (Barker, 1994). Denne opplevelsen av å være ute av handlingskontroll kan i neste omgang gi en opplevelse av fatalisme og maktesløshet. Opplevelsen av sosial blamering og negativ selveksponering i maniske perioder kan føre til sosial isolasjon og tilbaketrekking som en konsekvens av antatt sosial stigmatisering. Orum (1999) viser til at i det øyeblikket hun leste informasjonsmateriale om at lidelsen var knyttet til en kreativ personlighet, så hun på seg selv som kreativ, spontan og ikke ute av kontroll. Kreativitet, stor skaperevne og kontroll er fenomener som ofte knyttes sammen i informasjon om stemningslidelse (Rådet for psykisk helse, 1998).

Hummelvoll et al (2001) omtaler pleielidelsen som lidelse som følge av sykepleie og behandling. Pleielidelsen kan handle om å bli fratatt autonomi, verdighet, respekt og egne følelsemessige opplevelser gjennom (tvungen) medikamentell behandling samt andre behandlingmessige tiltak. Totalt kan dette oppleves som en tilleggslidelse til sykdomslidelsen og den eksistensielle lidelsen. Barker (1994) argumenterer for at personalet må fokusere på de menneskelige reaksjonene på lidelsen, ikke ensidig den medisinske sykkelighet. Bare på den

måten kan personen gis muligheter til å bearbeide sykdommens konsekvenser i dagliglivet. Lindholm og Eriksson (1993) finner at pleielidelsen kan lindres gjennom at møtet mellom pasient og sykepleier baseres på innlevelse og emosjonell berøring. Forfatterne viser at dette krever en behandlingskultur som søker å forstå og lindre lidelsen og samtidig gir rom for dette.

Mani forstått som en sosial lidelse står i nær tilknytning til den eksistensielle (Hummelvoll, (2004). Den maniske episoden utløser en eksistensiell ettertenksomhet. Personen kan tvile på egen kapasitet og egenverdi som følge av bevisstheten om hva man har gjort eller har vært i stand til å gjøre i den maniske fasen i form av sosial blamering. Når personen senere blir konfrontert med egen atferd under den maniske fasen, vil ofte skam, skyld og dyp fortvilelse oppstå. I enkelte tilfeller kan selvmord bli resultatet. Å skulle forsone seg med at også de maniske symptompresentrasjonene er en del av personens selvforståelse – en kapasitet man har – kan være tungt å bearbeide. Den sosiale lidelsen kan forsterkes av personens antakelse om at denne atferden også farger omgivelsenes innstilling til en selv i lang tid etter at det maniske syndromet har blitt borte. Dette vil også kunne gi personen manglende mot til å gjenoppta kontakt, ofte med selvtvil og isolasjon som følge.

## Relasjon

Relasjonen<sup>77</sup> mellom sykepleier og pasient konstituerer og utvikler seg i et grunnleggende subjekt–subjekt-syn både i forståelsen av hvert enkelt individ og i det intersubjektive (Travelbee, 1971). Det intersubjektive utgjør det fellesskapende rommet mellom to individer. Det er feltet mellom to personer der den ene aktivt engasjerer og engasjeres av den andre (Merleau-Ponty, 1994). Intersubjektivitet viser til det som foregår i relasjonen mellom sykepleier og pasient – det er noe de deler. Intersubjektiviteten gir rom for å beskrive, formidle og dele en subjektiv opplevelse, samt å bekrefte den ukrenkelige retten til subjektiv opplevelse og det å kunne gi uttrykk for denne. Intersubjektiviteten innebærer å dele livsverdener gjennom å skape en felles og delt livsverden, og å kunne romme ulike virkelighetsoppfatninger. I relasjonen kan sykepleier og pasient bringe med seg det unike

---

<sup>77</sup> Kasén (1997) belyser relasjonen fra et pasientperspektiv. Forfatteren finner at pasient–sykepleier-relasjonen ofte fremstår mer som en visjon enn som en virkelighet i pasientens verden. Presentasjonen i dette kapittelet inntar sykepleierperspektivet på relasjonen.

og spesielle inn i en situasjon karakterisert av felles interaksjon og kommunikasjon (Berg og Hallberg, 2000). Dette kan danne grunnlaget for en gjensidig innlevelse i den andre, samtidig som hver enkelt er i klar kontakt med seg selv og egne prosesser.

Intersubjektivitet kan frembringe både en styrket selvopplevelse og selvavgrensning og en relasjonell tilhørighet og berøring.

Det daglige rommer relasjonen både det å være med i pasientens endringsprosess og det å gjøre for og med pasienten (Berg og Hallberg, 2000). Forfatterne finner at relasjonen krever fire ulike områder av daglig omsorg: nettverksbygging, undervisning, "containing" og beskyttelse. I sykepleie-pasientrelasjonen krever dette at sykepleieren må kunne alternere mellom å være "ekspert" og "samarbeider". Bedring avhenger i mindre grad av konkrete terapeutiske tilnærminger. I den grad disse blir virksomme, så avhenger dette i noen grad av sykepleierens engasjement og tro på at de virker. Viktigst er at sykepleieren lar pasientens uttrykk skape inntrykk og lar seg berøre. Den terapeutiske relasjonen kan slik sett forstås som et innvendig forhold, og i mindre grad betraktes som en utvendig og instrumentell metodisk tilnærming (Barker et al, 1998).

Det å inngå i bekreftende relasjon til en person med en manisk lidelse er ikke en tilnærming for å oppnå en overordnet målsetting; det blir et mål i seg selv. Lindström (1997) fremholder at opplevelsen av ikke å bli bekreftet innebærer en lidelse. Sykepleieren kan utvikle både evne, villighet og åpenhet til å la seg berøre og til å berøre den andre gjennom lydhørhet og varsomhet overfor det ekte menneskelige.<sup>78</sup> Anerkjennelse favner både en klinisk holdning og de samværsmåtene som uttrykker holdningen (Schibbye, 1996). Når sykepleieren henvender seg til pasienten som subjekt, betyr det at hun ikke definerer, fastlåser eller blir kategorisk i sine synspunkter. En anerkjennende holdning og væremåte inkluderer blant annet lytting, åpenhet, respekt, toleranse, aksept og bekreftelse. Schibbye fremholder at intersubjektivitet, bekreftelse og innlevelse utgjør grunnlaget i all anerkjennelse.

---

<sup>78</sup> Henriksen (2002) viser til hvordan anerkjennelse er et relasjonelt fenomen ved at det gir aksept både av den andre slik den viser seg, og av deltakernes forskjellighet. Forskjelligheten skaper en grense eller bestemmelse som gir grunnlag for refleksjon over selvforståelse og forståelsen av den andre. Anerkjennelse bidrar slik til å utforske spenningen mellom nærhet og distanse i en menneskelig relasjon.

En interessant parallell til det ovennevnte resonnement omkring forholdet mellom intersubjektivitet, bekreftelse og innlevelse er Levinas (1996) utlegning av anerkjennelse. Levinas fremholder at det ikke er mulig å forstå fullt ut et annet menneske, men man kan anerkjenne det. I det andre mennesket møter vi en annethet som er grunnlaget for anerkjennelse i etisk forstand og ikke erkjennelse i epistemologisk forstand. Annetheten er knyttet til opplevelsen av ansvar for noe og å være kallet til å tjene. Ansvaret for den andre er det aller første, og kallet til ansvar for den andre realiserer subjektet. Dette ansvaret er før erkjennelsen og før subjektet. Det er annetheten i kraft av det fremmede, det uendelig og det ubegripelige som muliggjør anerkjennelse av den andre som fremmed og forskjellig fra subjektet. Forståelsen er noe utvendig som realiseres gjennom mottakelsen av den andres annethet.<sup>79</sup>

Den relasjonelle grunnforståelse bunner i det som av flere betegnes som en ikke-vitende posisjon (Anderson og Goolishian, 1992; Seikkula, 2000). Anderson og Goolishian (1992) fokuserer den ikke-vitende posisjon i den dialogiske prosessen i en terapeutisk samtale.<sup>80</sup> Forfatterne hevder at mening og forståelse skapes og utvikles av mennesker gjennom språklig samtale med hverandre. Derfor står dialogen sentralt i den terapeutisk samtalen. Anderson og Goolishian forstår den terapeutiske samtale som en felles leting etter forståelse og utforsking gjennom dialog om "problemer". Sykepleierens posisjon og spesielle ekspertise brukes til å utvikle et fritt samtalerom og fremme en dialogisk prosess der noe "nytt" kan tre frem. Sykepleieren anlegger en ikke-vitende posisjon ved å formidle en genuin nysgjerrighet overfor pasientens unikhet og særegenhet, og ved samtidig å arbeide systematisk med å tilsidesette egen forforståelse. Sykepleieren skal opplyses av pasienten gjennom en fellesskapende tolkningsprosess. Det som fremkommer gjennom dialogen, er samskapt, og sykepleieren blir en del av helheten i pasientens hermeneutiske forståelsesprosess, og vice versa.

Psykiatrispråket er ofte et vitenskapeliggjort ekspertspråk og som derved i liten grad bidrar til å skape en genuin dialog mellom sykepleier og pasienten som

---

<sup>79</sup> Bøe og Thomassen (2000) beskriver og diskuterer bl.a. Levinas som et bidrag "mot en mer menneskelig psykiatri".

<sup>80</sup> Se også under Dialog avslutningsvis i dette kapittelet.

person (Wifstad, 1998).<sup>81</sup> Sykepleierens spørsmål avspeiler ofte hennes teoretiske forståelse av og kunnskap om psykiatrisk sykepleie. Spørsmålene er påvirket av sykepleierens ekspertise og har oftest til hensikt å forklare og behandle pasientens symptomer.<sup>82</sup> I den ikke-vitende posisjon er sykepleieren i en forståelsesprosess der hun ledes av og lærer av personens ekspertise (Anderson og Goolishian, 1992; Seikkula, 2000). Sykepleieren skal ikke analysere, men forsøke å forstå ut fra de vekslende perspektivene i personens livserfaring. Spørsmålene som skapes fra en ikke-vitende posisjon, utvikles i en lokal forståelse og i et lokalt vokabular. "Lokalt" henviser til språket, meningen og forståelsen som skapes mellom mennesker i dialog, og ikke til generell kulturell kunnskap. Det er gjennom den lokale forståelsen det skapes mening av erindringer, oppfatninger og historier. Gjennom en slik prosess kan rommet for å utvikle nye historier, og derved en ny fremtid, holdes åpent. Dette innebærer en beredskap for å gå inn i situasjoner preget av uvisshet.

Seikkula (2000) fremhever at fagfolk innenfor psykisk helsearbeid må utvikle og øke sin toleranse for uvisshet<sup>83</sup>, og argumenterer for et profesjonelt skifte der den fagbaserte monolog erstattes med likeverdig dialog. Seikkula foreslår denne grunnregel: "Snakk ikke om folk når de ikke er til stede". Dette er et brudd med en terapeutisk tradisjon der pasienter og pårørende blir diskutert i de lukkede rom, og tiltak er meislet ut uten deres tilstedeværelse og/eller medvirkning.<sup>84</sup> Vilkårene for de åpne dialogiske samtaler må planlegges sammen med personer som opplever maniske lidelser. Den relasjonelle grunnforståelsen består både av et kunnskapsbasert handlingsrepertoar og av evne og vilje til å utforske sykepleierens egne beveggrunner for de konkrete handlingsvalg. Det innebærer at

---

<sup>81</sup> Hummelvoll (1995) finner at ekspertens språk kan endres og viser til at psykiatriske sykepleiere anvender hverdagspråket for å etablere relasjoner. De snakker om å "avkode" fagspråket slik at kunnskap kan deles og samforståelsen utvides.

<sup>82</sup> Wifstad (1994) diskuterer betydningen av å erkjenne ekspertkunnskapens grenser i møtet med "den andre". Språket formidler en "spisskompetanse", der eksperten vet og ser sannheten. Forfatteren minner om Sokrates' spisskompetanse som "den vitende uvitenhet".

<sup>83</sup> Se tidligere henvisning til Hall (1996) og hennes bruk av begrepet "åpenhetens tvetydighet" – kap. 3.2.

<sup>84</sup> Behandlingsmodellen fra Nord-Finland (Seikkula, 2000) prøves ut i flere kommuner i Norge p.t. Brottveit (2002) har gjort en systematisk beskrivelse og evaluering av de erfaringer som er gjort i to kommuner i Valdres omkring bruken av nettverksmøter etter en slik hjemmebasert psykiatrisk behandlingsmodell.

oppmerksomheten også rettes mot sykepleieren og utfordrer dennes selvrefleksjonskompetanse.

Vektleggingen av forholdet mellom forforståelse og forståelse stiller store utfordringer og muligheter til relasjonen mellom sykepleier og pasient. Forståelse er hovedoverskriften for den virksomhet som foregår i relasjonen mellom sykepleier og pasient (Barker et al, 1996). Fokus er rettet mot forståelse av pasienten og dennes opplevelser og livssituasjon. Forståelse forutsetter både forbindelse og avstand, skriver Gadamer (1975).<sup>85</sup> Forståelse i denne sammenheng er en psykologisk prosess som åpner opp den andres verden for sykepleieren ved at denne forsøker å ta den andres perspektiv. Sykepleieren forsøker å forstå den andres uttrykk, både verbalt og kroppslig. Sykepleieren blir derved invitert til å ta del i den andres intensjoner, opplevelser og tolkninger.

Schibbye (1996) viser til at forståelse er både en ytre forståelse rettet mot relasjonen og en indre rettet mot det emosjonelle.<sup>86</sup> Sykepleieren arbeider med å gå inn i pasientens opplevelsesverden, "kjenner på" følelser slik de oppleves for pasienten, gjennom å kontakte tilsvarende følelser i seg selv. Gjennom å bli forstått innenfra, får pasienten mulighet til å se sin opplevelsesverden utenfor seg selv i form av sykepleierens forståelse – gjennom sykepleierens forståelse kan pasienten forstå mer av seg selv. Forståelse er en autentisk relasjon der sykepleier og pasient deltar i hverandres opplevelser og engasjement omkring et problem eller en sak (Travelbee, 1971; Barker et al, 1997; Martinsen, 2002). Det dreier seg både om det å leve seg inn i den andre og om det å kunne reflektere gjennom å være i nær kontakt med det som foregår i eget selv. Sykepleieren arbeider med å være både hos den andre, hos seg selv og i fellesskapet (Martinsen, 2002).

---

<sup>85</sup> Se også min tidligere henvisning til Henriksen (2002).

<sup>86</sup> Martinsen (2002) bruker Skjervheims begrep "en treleddet relasjon" til å forstå samtalen og kommunikasjonen i omsorgsyrkene: meg, den andre og saken eller problemet vi er felles om. Vi er medsubjekter i et gjensidig engasjerende fellesskap; vi samtaler.

## Dialog

Dialogen og samtalen mellom sykepleier og pasient kan skape grunnlag for og utvikle forståelse og terapeutisk samarbeid (Anderson og Goolishian, 1992). Den terapeutiske relasjonen refererer til en felles leting etter forståelse og utforskning gjennom en dialog om "problemer". Dialogen mellom pasient og sykepleier er likeverdig i den forstand at begge snakker *med* hverandre, ikke til hverandre. Sykepleierens ekspertise kan bidra til et fritt samtalerom og fremme en dialogisk prosess der ny forståelse kan tre frem. I en terapeutisk dialog mellom sykepleier og pasient finnes ikke én mening, men målet er å løfte frem "problemer" og snakke om dem. I denne formen for dialog leter man ikke etter "vinnere" eller entydige løsninger, men man prøver først og fremst å finne en eller flere nye åpninger gjennom samtalen.

Seikkula (2000) utdyper begrepet dialogisk dialog forstått som den åpne og søkende dialog. Forfatteren begrunner begrepet i at språket er dialogisk i sin natur, og at det er forståelsen i dialogen som fører til endring i en terapeutiske samtale. Den dialogiske dialogen er karakterisert ved dens uferdighet og åpenhet. Ytringene får sin betydning nettopp i det øyeblikk de uttales, og deretter befinner man seg i en ny situasjon. Gjennom dialogen kan forskjellene i språk mellom sykepleier og pasient skape nye og uforutsette alternativer. Den dialogiske dialogen skaper i seg selv nye temaer, og den søker mot å skape forståelse mellom den som taler og den som lytter.

I den terapeutiske dialogen skapes forståelsen mellom sykepleier og pasient ved at ordene kan få en indre, psykisk skapende betydning. Forutsetningen er at partene utvider seg og åpner opp for nye synsvinkler om det samtalen dreier seg om. Pasienten kan ytre seg slik at det fremkommer flere betydninger. Et tilsynelatende entydig ord kan sies på en slik måte eller i en slik sammenheng at sykepleieren også hører andre betydninger i det samme ordet (Andersen, 1999). Sykepleieren er mottakelig for denne flertydigheten og lar det tre frem i dialogen med pasienten. Sykepleieren holder frem ytringens eller ordets flerstemmighet og utforsker dette gjennom undring og refleksjon i den terapeutiske dialogen. Pasienten lytter til sykepleierens refleksjoner og inviteres derved til en indre dialog med seg selv. Heri ligger selvrefleksjonen og derved også invitasjonen til forandring (Seikkula, 2000). Ulike former for samtalerapi har i svært liten grad vært systematisk utprøvd med personer med stemningslidelse (Miklowitz, 1996;



Miklowitz og Goldstein, 1997). Det finnes gode erfaringer med samtalerapi, men ikke systematisk og over tid. Samtidig var ønsket om et slikt tilbud stort blant pasienter (Lindgren og Mathisen, 2000).

Schibbye (1999) introduserer begrepet "terapeutisk undring" i dialogen. Forfatteren ser på terapeutisk undring som et vesentlig element i anerkjennelse ved å bryte med evnen til å trekke konklusjoner, finne en sannhet, den endelige tolkning eller den friske pasient. Når sykepleieren våger å undre seg, er hun samtidig nær seg selv, fri fra fagpersonlige ambisjoner, tåler uklarhet og manglende oversikt og våger å stole på egne følelser og egen intuisjon. I undringen ligger det muligheter til å lure på uten å kreve svar og til å undersøke i tankefull stillhet og kontemplasjon.<sup>87</sup> Schibbye viser til at en undrende atmosfære gir stillhet og dypde i opplevelse og et psykisk rom som muliggjør innlevelse og nærvær.<sup>88</sup> Atmosfæren gir pasienten mulighet til å vandre omkring i sitt psykiske rom, innta ulike posisjoner og leke med innfall og fantasier. Forfatteren skriver: "Klienten er opptatt av å utforske sin verden, men trenger *en annen* å være alene sammen med" (Schibbye, 1999, s. 137).<sup>89</sup>

"Det er som om hele verden har tatt på seg et par forvrengte briller som gjør dem blinde for den personen du er, og som gjør at de ser deg som en sykdom. Det virker som om alt du gjør blir tolket gjennom disse brilleglassene" (Deegan, 2000, s. 99). Forfatteren viser hvordan språklige kategorier blir bestemmende for personens selvforståelse og bidrar til å begrense menneskers livsutfoldelse og muligheter for bedring. Språkets definerende kraft uttrykkes gjennom ulike kategorier som både gjengir en virkelighet og samtidig bidrar til å opprettholde, forsterke og skape den samme virkeligheten. Hvis en sykepleier mange nok ganger sier at "pasienten har mye aggresjon i seg", vil man kunne bli forledet til å tro at aggresjon finnes, enten som en ting eller som en struktur. Sykepleieren kan komme til å tenke at aggresjon er noe pasienten har stabilt over tid, og at aggresjonen finnes som en indre bestanddel i pasienten. Andersen (1999)

---

<sup>87</sup> Martinsen (2000) viser til begrepet "undringens ettertenksomhet" når hun utlegger sin forståelse av refleksjon over egen yrkespraksis i relasjon til faglig veiledning.

<sup>88</sup> Bubers (1997) begrep "et mellommenneskelige rom" kan forstås som analogt til et psykisk rom. Se også under Person i dette kapittelet; om nærværenhet og autensitet.

<sup>89</sup> Haram Åkre (1997) har utviklet et meget viktig klinisk arbeid i forlengelsen av å forstå den terapeutiske dialog som et psykisk fellesskapende rom, der tanker, stemningsleier og toner kan gis et språk som kan skape mening og forståelse – både hos terapeut og pasient.

fremholder at vi alle blir forhekset av vårt eget språk, og at det er umulig å ikke bli forhekset. Det avgjørende er se hva slags språk man forhekses av, og på hvilken måte.

Kategoriseringen blir ofte nært knyttet opp til egenskaper ved personen og får derigjennom også en selvforsterkende kraft når det gjelder personens selvforståelse. Det blir vanskelig å skille mellom person og sykdom når lidelsen lokaliseres i din personlighet. Patricia Deegan (2000) forteller om en dehumaniseringsprosess der personen Patricia entydiggjøres til å bli 'en schizofren', og hun roper et varsko mot slike prosesser fordi det innebærer at personen mister sine selvhelbredende krefter. Det handler om en entydiggjøringsprosess der mennesket blir fratatt og gir fra seg ansvaret for sitt eget liv og passiviseres. Et alternativ til komplekse og ofte selvforsterkende lidelsesbeskrivelser kan være de konkrete, personlige, erfaringsbaserte fenomenbeskrivelsene.<sup>90</sup>

Ved å fremheve betydningen av å ta folk på alvor og å ta utgangspunkt i deres fortellinger, er oppmerksomheten og handlingen rettet mot de konkrete, fenomennære erfaringene (Barker et al, 1997). Forfatterne viser til at dette er en menneskelig respons på menneskelige problemer, der den terapeutiske dialogen i første rekke innebærer en evne og villighet til å ha et åpent sinn. En fleksibel forståelse der tanker og ideer kan komme inn og slippes ut igjen som følge av erfaringer med mennesker. Vi inviterer med andre ord til en hermeneutisk praksis, der vår forståelse settes til "lufting" og samtidig kan endres i dialogen med andre mennesker. Det innebærer at sykepleierens forståelse av både seg selv og den andre kan endre seg.

Peplau (1995) fremstiller utdypende hvordan det kan arbeides terapeutisk og fenomennært med "vrangforestillinger".<sup>91</sup> Peplau viser hvordan personen gjennom terapeutisk arbeid kan oppøve egen oppmerksomhet, kompetanse og mestring av

---

<sup>90</sup> En meget interessant refleksjon over dette temaet fremstilles av Orum (1999). Forfatteren viser til sin forståelse av forholdet mellom kreativitet og mani, og til dennes innvirkning på egen selvforståelse og livsutfoldelse.

<sup>91</sup> Hummelvoll (1997a) redefinerer "vrangforestillinger" og omtaler det som "fastlåste forestillinger". Forfatteren bygger videre på Peplau og sammenfatter følgende holdninger og intervensjoner i arbeidet: 1. *Undersøk virkeligheten*, 2. *Akseptér at de fastlåste forestillingene ikke er realistiske*, 3. *De fastlåste forestillingene har mening for personen* og 4. *Materialet i de fastlåste forestillingene har mening også for den som lytter* (s. 283-4).

fenomenet og av de situasjoner og relasjoner der fenomenet kan fremstå. Pasientens måte å beskrive og forstå seg selv og sin livssituasjon på er et likeverdig perspektiv i relasjonen. Sykepleieren arbeider med å forstå symptomer som problemløsningsstrategier med en spesiell mening og hensikt for pasienten – og ikke som indikatorer på sykdom. Pasientens egne mål og beskrivelser av disse utforskes og er ledende for arbeidet. Både forståelsesmessig og språklig er det *personen* som settes i sentrum.

### Oppsummering og antakelser

Den systematiske litteraturgjennomgangen har vist til forskning relatert til en humanvitenskapelig tradisjon i psykiatrisk sykepleie der pasientperspektivet på stemningslidelser blir fremtredende (Barker, 1990; Bristow og Callaghan, 1991; Nilsson, 1993; Barker, 1994; Hummelvoll et al, 2001). Sentralt i dette perspektivet står synet på partene i relasjonen som unike og likeverdige. Sykepleier og pasient henvender seg til hverandre som et subjekt til et annet subjekt. Både sykepleier og pasient er personer med en gjensidig og selvfølgelig rett til sine opplevelser. Å ta den andres opplevelsesmessige synspunkt er et hovedanliggende. Relasjonen er fundamentet gjennom en gjensidig utforskning av kommunikasjon, mottakelighet og villighet til å la seg gjensidig engasjere og berøre. Fokus er på den andres opplevelse ved at sykepleieren er følelsesmessig tilgjengelig med sikte på å utvikle forståelse og refleksjon.

Dialogen søker å legge grunnlaget for at den andre kan skape sine egne mål for forandring og utvikling. Sykepleieren støtter den andre i å avsløre særegne verdier, atferd og helbredelsesmåter. Dialogen sikter mot å romme åpenhetens tvetydighet både i form og i innhold. I språket arbeider sykepleieren med å følge den andres uttrykk og med å være i dennes språk, og samtidig være ytterst tilbakeholden med å introdusere sine begreper og sitt fagspråk. Uttrykkenes tvetydighet bør belyses gjennom ulike perspektiver i søken etter mening. En ikke-vitende posisjon innebærer en anerkjennelse av at pasienten har ekspertkunnskap om eget liv, erfaringer og opplevelser knyttet til dette. Sykepleieren kan lede an i å søke etter nye og alternative historier eller ny forståelse som kan gi ny mening eller et nytt handlingsrepertoar hos den andre. Pasientene har en menneskelig rett til å bestemme hvordan samarbeidet i relasjonen skal være. Det er bare pasienten som vet hvor hun er, hvor hun kommer fra og hva hun har tatt med seg derfra.

Sykepleieren samtaler *med* den andre, ikke *om* den andre når denne ikke er til stede.

## DEL 2 METODOLOGISKE VURDERINGER OG BEGRUNNELSER

I del 2 av avhandlingen vil jeg først beskrive det kontekstuelle utgangspunkt for delstudiene og knytte dette til valg av design. Jeg gir en figurlig og tekstlig fremstilling av prosessene i delstudiene og avhandlingsarbeidet som helhet. Deretter diskuterer og begrunner jeg de empiriske studienes metodologi. Videre presenteres avhandlingens to delstudier, deres empirisk tilnærming og gjennomføring. Hver delstudie omtales i form av deltakere, dataskapingsmetodene og metodene som er benyttet i analyse- og tolkningsarbeidet.<sup>92</sup> Deretter diskuteres validitetsspørsmålet i kvalitativ forskning generelt og kvalitetskrav i dette forskningsarbeidet spesielt. Avslutningsvis vil jeg presentere forskningsetiske overveielser. Disse kaster lys over hele forskningsprosessen og er spesielt viktige for forskning i psykiatrisk sykepleie med hensyn til pasienters opplevelse av verdighet og personlig integritet. En mulig innvending mot fremstillingen i del 2 er at den er for omfattende og detaljert. Dette valget er gjort bevisst for å kunne dokumentere hele dataskapings- og analyseprosessen, og for at disse prosessene skal kunne granskes grundig og kritisk av leseren.

### KAPITTEL 4

#### Avhandlingens forskningsdesign

##### 4.1 Avhandlingens kontekst: Prosjekt Undervisningsavdeling og Akuttposten

Hummelvoll (2001a, 2001b, 2003) beskriver det handlingsorienterte forskningssamarbeidets design i Prosjekt Undervisningsavdeling (PU) som forankret i en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Forskeren er en aktiv deltaker i en prosess som stadig forandres. Data skapes i den kliniske virkelighet innenfor rammen av Akuttposten. Personalet deltar aktivt i utformingen av problemstillinger og prosjekter som skal igangsettes. En vesentlig del av intervensjonen er basert på ukentlig dialogbasert undervisning som tar utgangspunkt i hverdagslige faglige og etiske problemstillinger. Deltakernes mål med undervisningen er økt bevissthet omkring de muligheter for

---

<sup>92</sup> Se kap. 4.4.1 om forholdet mellom analyse og fortolkning.

kunnskapsutvikling som finnes ved posten, og gjennom systematisk refleksjon frigjøre og artikulere denne formen for kunnskap. Deltakerne involveres i en refleksjonsprosess der erfaring er et vesentlig element og mål for videreutvikling av kompetanse.

Forskningsmetodene som brukes, er etnografisk metode med deltakende observasjon og uformelle samtaler, kvalitative forskningsintervjuer, spørreskjema, fokusgrupper og prosessnotater.

PU har pågått over en periode på fire år, fra 1999 til 2002, og har vært inndelt i fire faser: 1. Forberedelsesfasen, 2. Orienteringsfasen, 3. Aksjonsfasen og 4. Evalueringsfasen.

I *forberedelsesfasen*, vår og høst 1998, vedtok Høgskolen i Hedmark, Avdeling for helse- og sosialfag sin FOU-profil gjennom et strategidokument (Høgskolen i Hedmark, 1998), der psykiatrisk sykepleie var et prioritert satsningsområde. Sykehuset sa seg interessert i et samarbeid gjennom Akuttposten. Det ble utarbeidet en prosjektbeskrivelse (Høgskolen i Hedmark, 1998) som ble godkjent i Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion I. Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet innvilget en treårig stipendiatstilling samtidig som Avdeling for helse- og sosialfag fikk en professor II-stilling innenfor fagområdet psykiatrisk sykepleie.

*Orienteringsfasen* varte i hele 1999. Samarbeidet i PU ble da formelt satt i gang med prosjektledelse og referansegruppe. Det handlingsorienterte forskningssamarbeidet startet opp med en feltstudie (Hummelvoll og Røsset, 1999). Denne hadde et deskriptivt og eksplorativt design med deltakende observasjon. Studien utgjør en baseline-beskrivelse som identifiserte sentrale problemområder som kunne gjøres til gjenstand for forskningssamarbeid. Resultatene pekte også på områder der personalet ønsket å videreutvikle sin kompetanse gjennom dialogpreget undervisning. Personalgruppen sammen med prosjektledelsen avgjorde på basis av undersøkelsen hvilke områder som skulle gjøres til gjenstand for et samarbeid knyttet til forskning og fagutvikling.

*Aksjonsfasen* strakk seg fra august 1999 til desember 2001. I denne perioden ble de tre hovedmålsettingene for PU fokusert: systematisk programutvikling og forskning, videreutvikling av personalets kompetanse og å gi helse- og sosialfagsstudenter et fruktbart læringsmiljø. Disse tre hovedmålsettingene igangsatte seks ulike prosjekter knyttet til:

1. Målsetting og tenkningsgrunnlag
2. Kompetansehevning i det kliniske felt
3. Mani-prosjektet
4. Skjerming – teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring
5. Organisering og samarbeid – fokus på kommunale psykiatritjenester
6. Arbeidstilfredshet og etisk refleksjon

Avhandlingsarbeidet inngår i "Maniprojektet", der utgangspunktet er personalets ønske om at Akuttposten skal bli en kompetanseenhet med hensyn til pasientgruppen med stemningslidelser. Prosjektet vil vare hele samarbeidsperioden og består av tre studier: et studentprosjekt som fokuserte livskvalitet hos hjemmeboende personer med stemningslidelser (Bugge, 2000), en studie omkring personalets forståelse av mani som fenomen og lidelse (Hummelvoll et al, 2001) og det foreliggende doktorgradsprosjektet.

#### **4.2 Avhandlingens empiriske studier**

Den empiriske delen av avhandlingen består av to delstudier:

Delstudie I: "Tidligere pasienters opplevelser og erfaringer med mani som fenomen og lidelse og som innlagt pasient"

Delstudie II: "Pasienterfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling blant personalet ved Akuttposten"

PU og Akuttposten danner kontekst for delstudiene. Her har de tidligere pasientene erfart hva det innebærer å være innlagt med en manisk episode, de har fått ulike tilbud om pleie og behandling, og de og møtt og erfart medpasienter og personalet. Det er ved Akuttposten at personalet har gjort sine erfaringer med mennesker med stemningslidelser – det individuelle uttrykket og de krav og utfordringer dette stiller til hver enkelt fagperson med hensyn til pleie og omsorg. Akuttposten er den felles kontekst for alle deltakerne i dette avhandlingsarbeidet.

Forskningsdesignet for delstudiene ble utviklet på denne bakgrunn med en kontekstuell og metodologiske forankring i PU og Akuttposten. I de to følgende tabeller fremstilles den helhetlige prosessen i avhandlingsarbeidet og delprosessene i de to delstudiene.

**Tabell 1 Delstudienes tidsmessige og prosessuelle utvikling.**

Delstudie	1999	2000	2001	2002
<b>I: "Tidligere pasienters opplevelser og erfaringer med mani som fenomen og lidelse og som innlagt pasient"</b>	Høsten ble brukt til å utvikle en prosjektsøknad til Universitet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap med et design for delstudien. Desember ble brukt til utvikle en søknad til Regional komite for medisinsk forskningsetikk, Helseregion I (REK).	Søknad til REK sendt i januar. Godkjenning i februar. Invitasjon til deltakelse sendt i mars. Intervjuer ble gjennomført i tidsrommet april–august. Transkripsjon fortløpende, avsluttet medio desember.  Analyse og utskriving av funn startet parallelt med transkripsjon medio september.	Analyse, utskriving av funn og trinnvis presentasjon i en kommunikatív valideringsprosess med veiledere i perioden januar–desember. Parallelt startet i juni arbeidet med å se studiens analyse i relasjon til de andre delstudiene, samt utskriving. Dette sammen med tolkning og presentasjon av delstudien.	Tolkning, presentasjon og diskusjon av delstudiens funn sett i relasjon til den andre delstudien, tidligere forskning og teori pågikk hele året.
<b>II: "Pasienterfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling blant personalet ved Akuttposten"</b>	Høsten ble brukt til å utvikle en prosjektsøknad til Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap med et forslag til design for delstudien.	I løpet av vårsemesteret to undervisninger med personalet med utgangspunkt i deltakende observasjon. Høstsemesteret to undervisninger med personalet med utgangspunkt i analyse av Delstudie I. Et endelig design ble utviklet i desember.	Personalet invitert i januar. Oppstart med seminar, dialogbasert undervisning og seminar i februar–april. Fokusgruppe-intervjuer i april og mai. Transkripsjon og analyse til september. Oktober: siste fokusgrupper med kommunikatív validering. Ut året: transkripsjon.	Analyse, utskriving av funn og presentasjon trinnvis i en kommunikatív valideringsprosess med veiledere frem til juni. Tolkning, presentasjon og diskusjon av delstudiens funn sett i relasjon til den andre delstudien, tidligere forskning og teori pågikk hele året.



Tabell 2 Delstudienes innhold, deltakere og metoder.

Delstudie	Innhold	Deltakere	Dataskaping	Analysemetode
I: "Tidligere pasienters opplevelser og erfaringer med mani som fenomen og lidelse og som innlagt pasient"	<p>1. Beskrivelser av tidligere pasienters subjektive opplevelser og erfaringer med fenomenet mani i relasjon til livet og egen selvforståelse.</p> <p>2. Personenes opplevelser og erfaringer med sykdomstilstanden mani relatert til sosiale roller og funksjon.</p> <p>3. Personenes erfaringer og opplevelser med det å være innlagt pasient ved Akuttposten.</p>	<p>Strategisk utvalg av 11 tidligere pasienter, 6 menn og 5 kvinner basert på følgende kriterier:</p> <p>1. Alle diagnostisert i henhold til F31.0 Bipolar affektiv lidelse – ICD-10.</p> <p>2. Minimum innlagt ved Akuttposten to ganger før intervjutidspunktet.</p> <p>3. Innlagt én eller flere ganger i løpet av de siste 3 årene, dog ikke i løpet av det siste halve året før intervjutidspunktet.</p> <p>4. Deltakernes kapasitet til å bli intervjuet ble vurdert av avd. overlege.</p>	<p>11 kvalitative forskningsintervjuer gjennomført i perioden 01.05.00–01.11.00.</p>	<p>Hermeneutisk analyse og tolkning</p>
II: "Pasienterfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling blant personalet ved Akuttposten"	<p>1. Beskrivelser av hvordan erfaringsbasert pasientkunnskap kan danne grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie.</p> <p>2. Beskrivelser av hvordan tidligere pasienterfaringer med tilbud om pleie og omsorg kan innvirke på fremtidige møter og samarbeidsrelasjoner mellom maniske pasienter og personalet.</p>	<p>Strategisk utvalg av to grupper med fem og seks deltakere:</p> <p>1. Ansatt i fast stilling</p> <p>2. Arbeidet minimum 1 år ved posten</p> <p>3. Forpliktelse til å delta.</p> <p>Gruppene bestod av assistent, psykiatriske hjelpepleiere, sykepleiere og psykiatriske sykepleiere. Det deltok tre menn og åtte kvinner.</p>	<p>5 fokusgruppeintervjuer gjennomført i tidsperioden 04.04.01– 01.10.01.</p>	<p>Hermeneutisk analyse og tolkning</p>

### 4.3 Begrunnelser for metodologisk tilnærming

Jeg vil først kort beskrive det helhetlige designet som det handlingsorienterte forskningssamarbeidet utgjør innen rammen av PU. Deretter vil jeg begrunne den metodologiske tilnærmingen i avhandlingens to delstudier.

#### 4.3.1 *Det handlingsorienterte forskningssamarbeidet*

Denne tilnærmingen beskrives som en versjon av aksjonsforskning og har sine røtter i humanistisk psykologi (Reason og Heron, 1986; Reason, 1988, 1994; Kemmis og McTaggart, 2000). Den er fundamentert på to grunnleggende verdier: 1. Mennesket anses som selvbestemmende i den betydning at det skaper sine egne handlinger og 2. En utvidet forståelse av kunnskap (Reason og Heron, 1986).<sup>93</sup> Den grunnleggende antakelsen om at mennesket er selvbestemmende, innebærer at menneskets intensjoner, hensikter og begrunnede valg er basis for dets handlinger. Alle deltakere i en slik forskningstilnærming er medforskere og medsubjekter: Medforskere i den betydning at alle deltar som idéskapere og beslutningstakere i forskningsprosessen, og som medsubjekter ved at alle er likeverdige deltakere i det feltet som studeres, der de handler, reflekterer *i og etter* handling og slik sett bidrar til dataskaping.

Forskningstilnærmingen bygger på tre interrelaterede aspekter (Reason, 1988):

1. Deltakende og holistisk viten
2. Kritisk subjektivitet
3. Kunnskap-i-handling

Deltakende og holistisk viten inkluderer begreper som helhet, kompleksitet og deltakelse. Deltakelse er en inkludert del av helheten. Det er ikke mulig å virkelig forstå helhetens struktur uten at man aksepterer den mening som helheten har for alle deler som samspiller. Helhet forutsetter deltakelse, der deltakelse er synonymt med empati. Empati forstås i denne sammenheng som en tilnærmet identifisering med det som er gjenstand for vår oppmerksomhet, og empati medfører ansvar i den betydningen at vi bare kan delta i helheten ved at vi tar ansvar for vår deltakelse (Hummelvoll, 2001a, 2001b). Ved å fokusere helhet reduseres interessen for fragmentert kunnskap eller teoretisk kunnskap som

---

<sup>93</sup> Denne utvidete kunnskapsforståelsen kan ses i lys av min utlegning i kap. 2.4.

atskilt fra praksis og erfaring (Reason, 1994). Man søker etter kunnskap-i-handling, som inkluderer mest mulig av deltakernes erfaringer.<sup>94</sup> Dette innebærer en dypere forståelse av fenomenet ved at man kjenner fenomenet basert på deltakelse i systemet som helhet. Denne helhetstilnærmingen leder til en form for teoribygging og forståelse som er deskriptiv og systemisk, og som gir mettede beskrivelser eller sammenlenket teori. Hummelvoll (2001b) omtaler denne forståelsen som "en fortettet kunnskapsvev".

Den kritiske subjektiviteten skal bidra kvalitativt til at vår bevissthet kan overstige dikotomien mellom det objektive og det subjektive. Opplevelser og erfaringer fokuseres bevisst som en del av forskningsprosessen. I den kritiske subjektivitet erkjennes og aksepteres den enkeltes legitime rett til å oppleve verden som "sin verden" og ikke som "verden". Det er den subjektive og individuelle opplevelse og erfaring som vektlegges, og som på den bakgrunn ses i relasjon til en felles og objektiv verden. Med kunnskap-i-handling forstås kunnskap som skapes i og for handling, heller enn i og for refleksjon. Et sentralt element er utviklingen av praktisk kunnskap som har potensial i seg til å skape nye ferdigheter og praksiser eller til å endre eksisterende ferdigheter og praksiser (Reason, 1988; Kemmis og McTaggart, 2000).

#### **4.3.2 Avhandlingens empiriske tilnærming**

Avhandlingen er tidligere begrunnet som hermeneutisk-fenomenologisk. Hensikten er å beskrive og forstå mani som fenomen og lidelse og å vise hvordan disse erfaringene kan bidra til kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie til denne pasientgruppen. Det søkes etter opplevelser, erfaringer og mening i den hensikt å utvikle ny eller endret forståelse. Basis for all forståelse kjennetegnes av horisontsammensmeltning. Horisont er perspektivet fra et bestemt punkt, og det beskriver evnen til å bevege seg utover denne posisjonen: Horisonten er en forutsetning for forståelse for å kunne stige inn i den situasjon man vil forstå. Samtidig beveger vi oss i horisonten, og den beveger seg med oss. Forståelsen utvikles i refleksjonen over egen horisont og i møtet og dialogen med andre horisonter. Det er gjennom tolkning av horisontsammensmeltninger at vi oppfatter fenomener og situasjoner *som noe* (Bengtsson, 1999).

---

<sup>94</sup> Dette synet på kunnskap er relevant i lys av min utlegning av erfaring som basis for kunnskaping – kap. 2.4 og 2.5.

Avhandlingens empiriske tilnærming er som tidligere nevnt basert i et åpent livsverdensperspektiv.<sup>95</sup> Dette innebærer at i de empiriske studiene søker forskeren "å gå til sakene selv". Studiene retter seg mot saker som fremstår som saker for noen. "Å gå til sakene selv" omtaler Bengtsson (1999) som en mistenksomhet mot ferdige metoder som regler for å nå sakene og som derved ikke gir tilgang til sakene i deres mangfold og variasjoner. Følgelig skal man gå til sakene med åpenhet og følsomhet. I delstudiene har jeg etterstrebet en åpenhet og følsomhet rettet mot de studerte fenomenene, beskrivelser av disse og de personer som har delt av sine erfaringer. Det er personenes livsverdenskontekst og de ulike fenomenene som studeres, som er avgjørende for hvordan de empiriske studiene finner sin utforming. Det empiriske materialet bør få komme til uttrykk på sine egne vilkår innenfor rammene av det spørsmål det vil være et svar på (Bengtsson, 1999).

Livsverdensperspektivet i den empiriske delen av avhandlingen er tredelt: Først knyttet til forskerens forberedelser gjennom møtet med og opplevelser av Akuttposten og samhandlingen mellom personale og pasienter. For det andre retter livsverdensperspektivet seg mot de tidligere pasientenes erfaringer med fenomenet og lidelsen mani og med det å være innlagt pasient. Til sist løfter livsverdensperspektivet frem personalets opplevelser og erfaringer i samarbeidet med denne pasientgruppen og deres beskrivelser av møtet med den erfaringsbaserte pasientkunnskapen. Fenomenene som studeres, søkes beskrevet og gitt mening med basis i deltakernes artikulering. Dernest undersøkes og fortolkes fenomenene gjennom bruk av forskerens forforståelse av de ulike fenomenene, både praktisk og teoretisk.

Avhandlingens empiriske tilnærming er kvalitativ med et eksplorativt og deskriptivt preg innrammet av designet i det handlingsorienterte forskningssamarbeidet. Tilnærmingen i begge delstudiene omtales som hermeneutisk-fenomenologisk og er lagt til grunn for forståelsen av hele forskningsprosessen. De valgte dataskapingsmetodene innebærer, hver for seg og i relasjon til hverandre, en hermeneutisk-fenomenologisk forståelsesramme. Bruk av det kvalitative forskningsintervjuet og fokusgruppeintervjuet sikter mot å

---

<sup>95</sup> Se kap. 3.1, der det åpne livsverdensperspektivet knyttes sammen med avhandlingens

beskrive og artikulere deltakernes livsverden.<sup>96</sup> Siktemålet er å beskrive hva deltakerne gjør, tenker og føler omkring det eller de temaer som fokuseres. Problemstillingene for de ulike delstudiene er bestemmende for fokusvalgene.<sup>97</sup> Valg av fokus innebærer at bare en bestemt del av deltakernes livsverden kan beskrives gjennom subjektets umiddelbare erfaringer. Det fenomenologiske aspektet i de empiriske studiene viser seg i beskrivelsen av pasientenes og personalets opplevelser og erfaringer, og ved at forskeren søkte å parantesette sin forforståelse i intervjusituasjonen. I analysen av pasienter og personalets beskrivelser er det sentrale fortolkning av mening i en hermeneutisk forstand.

Det er vår forforståelse som gir oss tilgang til verden og tolkningen skjer i lys av den. Forforståelsen gir et tolkningsperspektiv. Dette innebærer at forskeren, som leser av en tekst, møter dette i form av kunnskaper, forventninger og forutinntatt meninger (Hummelvoll og Barbosa da Silva, 1996). Som forsker har jeg forsøkt å være bevisst min forforståelse, å reflektere over den og å påse at den ikke ble for styrende i de ulike delstudiene. Forforståelsen ble brukt som basis for en intersubjektiv åpenhet, undring og mest mulig fordomsfrihet (Dahlberg et al, 2001). Det ble søkt etter mening forstått både som mangfold og variasjon, og som essens og fellestrekk.

Sentralt er *forsøket* på å se utover det umiddelbare – å overskride sin egen horisont med det siktemål å forstå på den andres vilkår (Hummelvoll og Barbosa da Silva, 1996). I horisontsammensmeltningen vektlegges ikke det ene som mer sant eller riktig enn det andre. Deltakerne i delstudiene og uttrykkene for deres horisonter tydeliggjøres ved å gi stemmer til de ulike personenes livsverdener og deres subjektive erfaringer. I fremstillingen av funn fra de to delstudiene gjøres den hermeneutiske tolkningsprosessen eksplisitt gjennom tre sammenhenger:

1. Selvfølgelig – tolkning av funn i de to delstudiene basert på deltakernes opplevelser og erfaringer
2. En helhetlig tolkning – tolkningsmulighetene i de to delstudiene samt relasjonene mellom dem presiseres og berikes gjennom en bredere forståelsesramme

---

sykepleievitenskapelige fundament.

<sup>96</sup> Kvale (1997) fremholder hvordan intervjuet hermeneutisk sett fokuserer meningsforståelse og fortolkerens forforståelse. Et fenomenologisk perspektiv fokuserer livsverden, åpenhet over intervjupersonens opplevelser og en søken etter invariante og vesentlige meningsutsagn.

<sup>97</sup> I kap. 4.4 vil jeg beskrive konkret planlegging, gjennomføring og analyse av delstudiene.

3. Teoretisk forståelse – tolkning og drøfting av funn fra de to delstudiene i relasjon til avhandlingens teoretiske perspektiv.<sup>98</sup>

#### ***4.3.3 Forskerens forberedelser til avhandlingens tema.***

Som en første forberedelse til de empiriske studiene ønsket jeg å utvikle en dypere forståelse av den livsverden Akuttposten rommer. Akuttposten utgjør en felles kontekst både for pasienter og personalet. I perioder lever pasientene sitt daglige liv her og personalet sitt faglige. Akuttposten kontekstualiserer slik sett en livsverden som former deltakernes levde erfaringer og forståelsen av de samme erfaringene. Livsverden danner en forståelseshorisont og gir en kontekstuell innramming som forståelsen beveger seg innenfor. Jeg ønsket å erfare og gi beskrivelser av hverdagslivet, miljøet og samhandlingen ved posten. Dette ville kunne kontekstualisere den virkelighet som tidligere pasienter og personalet forteller om i delstudiene. Samtidig ville det være en mental forberedelse for meg som forsker og en finstilling av den empatiske beredskapen for å kunne tolke hermeneutisk. Jeg søkte å innta et hermeneutisk perspektiv på eksisterende og dominerende praksis ved å fokusere forståelsen av mening og intensjoner i etablert praksis. Målet var å gi en kontekstuell fortolkning av Akuttposten og den daglige samhandlingen mellom pasienter og personalet. Dermed som en måte å få kunnskap om aktørenes ulike livsverdener og som en bakgrunn for pasienters og personalets opplevelser og erfaringer med Akuttposten.

#### **Gjennomføring**

Jeg var tilstede i Akuttposten i 5 uker, totalt 67,5 timer. Jeg deltok i alt 10 dager som hver strakk seg fra 5 til 7,5 timer. Jeg startet dagen kl. 10.00 og avsluttet henholdsvis kl. 15.00 eller kl. 17.30. I alt syv ganger var jeg der i 7,5 timer, hvilket innebar at jeg fikk være til stede både ved deler av en dagvakt og ved deler av en kveldsvakt. Vanligvis er det mindre aktivitet på ettermiddags- og kveldstid. Jeg ønsket å erfare også dette. Personalet og pasienter ved posten fikk utdelt et informasjonsskriv som fortalte hvem jeg var og hva jeg skulle gjøre.<sup>99</sup> Jeg la vekt på å presentere meg som forsker overfor pasientene og personalet, og at jeg ønsket å gjøre meg kjent med posten og dens virksomhet.

---

<sup>98</sup> Tolkningskontekstene er fremstilt slik: Kontekst 1: kap. 5 og 6, kontekst 2: kap. 7 og kontekst 3: kap. 8. Fremstillingen er inspirert av Kvale (1997).

<sup>99</sup> Se vedlegg 4: Informasjonsskriv til pasienter og ansatte ved Akuttposten.

Deltakerne var personalet og pasienter som befant seg ved Akuttposten i tidsrommet da deltagende observasjon ble gjennomført, vinteren 2000. Det var 22,6 stillinger for sykepleiere og hjelpepleiere, og 37 % av stillingene var ubesatt. Personalgruppen bestod av studenter, ufaglærte, hjelpepleiere, sykepleiere og psykiatriske sykepleiere. Blant personalet var det en klar overvekt av kvinner. Antallet pasienter varierte fra åtte til tolv. Både kjønn, alder og psykiatriske diagnoser blant pasientene varierte i perioden. Sirkulasjonen av pasienter var stor og for det meste preget av mennesker i krise med hovedsakelig psykotiske reaksjoner – hvorav stemningslidelser utgjør en vesentlig del. Akuttpostens mandat er å ta seg av, vurdere og behandle pasienter med akutt behov for psykiatrisk spesialistkompetanse samt å dekke den lovpålagte øyeblikkelig hjelp-funksjonen i fylket.

Jeg deltok gjennom to ulike tilnærminger: deltagende observasjon og uformelle samtaler. Mitt fokus var postmiljøet med vekt på interaksjonen og samhandlingen mellom pasientene og personalet – inkludert møtevirksomheten. Jeg tilbrakte det meste av tiden ute i posten – nærmere bestemt på stua. Jeg var også til stede på vaktrommet, spiserommet og røykerommet. Dagligstua er plassert midt i posten, og er et halvoffentlig rom hvor jeg kunne sitte ved ulike bord og i ulike posisjoner, observere og delta i samhandling, kommunikasjon og andre uttrykk for hverdagslivet ved Akuttposten. Valget av mest mulig tilstedeværelse i stua var begrunnet i ønsket om å fokusere den hverdagslige kommunikasjonen og samhandlingen ved Akuttposten. Det halvoffentlige rommet kunne gi en kontekstuell beskrivelse av Akuttposten som var både bred og gjennkjennende for deltakerne i delstudiene. Dagligstua er et rom der alle ser og blir sett.

Min deltakelse var åpen og alle visste hvorfor jeg var der. Jeg deltok ikke i personalets gjøremål eller i annet miljøterapeutisk arbeid, men var hele tiden tilgjengelig for sosial omgang i form av en prat, et spill, TV-titting og så videre. Plasseringen i stua muliggjorde også en rekke uformelle samtaler med pasienter og personalet. Det samme skjedde når jeg var til stede på vaktrommet. På denne bakgrunn må mine refleksjoner ikke forstås som hentet ut fra en gitt eller "objektiv" virkelighet. De er skapt sammen med personalet og sammen med pasienter over en kaffe, i et kortspill eller i en samtale ved stuebordet.

Ulike aspekter ved miljøet i posten

En kort beskrivelse av de fysiske forholdene kan være på sin plass i den hensikt å peke på sammenhengen mellom det fysiske og det mellommenneskelige, og for å ramme inn beskrivelsene av postmiljøet. Posten er egentlig bygd som en klinikkavdeling som skulle ta seg av nevrotiske pasienter. Akuttposten fremstår som relativt nedslitt og umoderne i forhold til at den skal ta imot pasienter som har behov for behandling i et skjermet sykehusmiljø. Det er mangelfull lydemping mellom de ulike pasientrommene, og posten har en stor, åpen stue. Det finnes ikke særskilte samtalerom eller rom beregnet for dokumentasjon. Korridoren til pasientrommene er lang og umøblert, og dagligstuens størrelse og krav på åpenhet både rommelig og kroppslig kan fremstå som vanskelig. Å bevege seg i rommet kan både kreve mot og tidvis virke angstprovoserende. Alt som sies, kan lett høres av alle andre som er i rommet. Røykerommet er et fristed for pasientene og langt mer skjermet både for andre mennesker og for lyder.

Hverdagslivet ved posten er strukturert og organisert gjennom dagsprogram, møter, faste tidspunkter for kaffe og måltider, låste dører, husregler, røykerom, skjermet enhet og så videre. Daglig henges det opp en oversikt over hvilket personale som har hovedansvar for hvilke pasienter. En strukturering av for eksempel måltider og kaffeservering vil kunne se slik ut: frokost kl. 08.15, kaffe kl. 11.00, middag kl. 13.15, kaffe kl. 15.00, kveldsmat kl. 17.15 og suppe eller lignende kl. 20.00. Pasientene sitter ofte alene ved hvert sitt bord og spiser, og de fleste avslutter måltidene raskt. Ingen av personalet spiser sammen med pasientene, ei heller er noen av pasientene med på å tilberede måltidene. Det gjøres av personalet.

En dag sitter jeg og snakker med en nyansatt sykepleier like etter at middagsserveringen er over. Vedkommende er overrasket over at middagen i så liten grad brukes i terapeutisk og pedagogisk øyemed. Fra andre steder har denne sykepleieren god erfaring med å bruke langbord, med å la pasienter og personale tilberede maten i fellesskap og med å servere middagen seinere. Ofte er pasientene mer våkne og har større appetitt på kveldstid, hevder hun. Sykepleieren sier at det er faglig uforståelig at alle måltider tilberedes av personalet og serveres til faste tider, for eksempel at middagen serveres kl. 13.15. Tidspunktet er valgt av hensyn til sykehusets kjøkken og deres rutiner.

Miljøets struktur er basert på en faglig forståelse av at pasientene er i et indre kaos ved innleggelse. Den ytre strukturen i postmiljøet skal hjelpe til å



gjenopprette den indre orden og oversikt hos pasienten. Hvis ikke dette lykkes, kan pasientens indre kaos opprettholdes. Det strukturerte postmiljøet er et forsøk på å skape forutsigbarhet i relasjonen mellom personale og pasienter, ro i postmiljøet og trygghet og rammer for pasientene. Det faglige resonnementet er knyttet til at fysisk struktur og forutsigbarhet skal kunne gi det samme til mennesker som er i psykisk krise. En av Akuttpostens husregler symboliserer behovet for struktur og forutsigbarhet også i temaer og innhold i samtaler: "Temaer som sykehistorier, medisiner, politikk, livssyn osv. er ofte vanskelig for mange. Derfor henvises du til primærkontakten din for å snakke om dette."

Noen av pasientene omtaler en akuttinnleggelse i psykiatrisk sykehus som det å miste kontrollen over seg selv og sine handlinger. Enkelte forteller at de mister oversikten i tid og rom, og at de oppfører seg slik at andre opplever at de viser seg som unormale eller ute av kontroll. I dette perspektivet kan det erfares som trygt og samlende å bli ledet inn i en struktur som gir forutsigbarhet, ro og beskyttelse. Det kan oppleves som betryggende at andre mennesker og poststrukturen tar over og markerer grenser når en er i ferd med å miste taket på seg selv eller føler seg truet av andre. Denne opplevelsen kan ofte endres under innleggelsen som følge av at pasienten finner tilbake til seg selv og sin egen væremåte. Andre pasienter pekte imidlertid på at den samme kontrollen og strukturen kan oppleves som et overgrep og som krenkende i forhold til respekt og autonomi.

Begrepet Akuttpost peker mot høyt tempo og stor aktivitet. De dagene jeg var på posten, var karakterisert av ro – meget stor grad av ro. Uroen var representert ved mange og ulike kommentarer fra personalet til meg om at det var "kjedelig", "uvanlig", "et signal", "stille før stormen" og "godt med rolige perioder". Jeg satt stort sett rolig på dagligstuen sammen med forskjellige personer. Uroen var kroppslig representert ved at få pasienter ble sittende lenge av gangen; de var hele tiden på vei til noe annet – til røykestuen, til rommet sitt eller på tur. Det samme gjaldt personalet – på vei til pause, til skjerming, til møte eller til kontoret. I en feltstudie fra Akuttposten (Hummelvoll og Røsset, 1999) beskriver forfatterne sitt førsteinntrykk som at pasientene ser ut som om de går og venter på noe, personalet som om de holder på med noe. Et mulig kjennetegn på en akuttpsykiatrisk post er nettopp høyt tempo og stor aktivitet.

Jeg opplevde få episoder med høye lyder, hastig gange eller hektisk stemning. Samtidig var det en slags overflate-ro – en ro som når som helst kunne skifte til uro. Postmiljøet rommer mye lidelse, smerte, angst og forvirring, som raskt kan bringes til overflaten i form av et følelsesmessig eller kroppslig uttrykk. Et uventet og kraftfullt følelsesmessig uttrykk fra en pasient kan utfordre roen og omskape den til hektisk aktivitet blant personalet. De springer hjelpende til for å bringe situasjonen under kontroll og for å gjenopprette ro og orden. Medpasienter trekker seg oftest tilbake til egne rom i slike situasjoner, til uroen er over. Personalet søker å etablere ro og trygghet i postmiljøet i den hensikt å gi omsorg til pasientene og lindre den psykiske uro flere av dem rommer. Det er en skjør ro som begge parter er innforstått med kan brytes når en pasient gir uttrykk for sin psykiske uro og smerte. Forstått slik kan roen uttrykke en beredskapssituasjon, som kan legitimeres med at situasjonen raskt kan skifte karakter til høy grad av fysisk og psykisk uro.

Den andre dagen jeg er ved Akuttposten, er det i en av lokalavisene en artikkel om Akuttposten. Det står: "Mange av oss er blitt redde for å gå på jobb. Mindre forutsigbarhet gjør pasientene mer utrygge og utagerende." Hvis personalet er redde og utrygge, hvordan har da pasientene det? Når de kommer, er de jo oftest redde og engstelige både for seg selv og for andre, og møtes da kanskje av et personale som også virker redde og utrygge. Jeg observerer to personer som er på introduksjonsvakt. Begge får grundig opplæring knyttet til bruk av alarm, sikkerhet, forebygging av vold, mestring av vold, rutiner knyttet til bruk av belter og tvangsmedisinering. Det er sentralt at både pasienter og personale har en grunnleggende opplevelse av trygghet i miljøet. Et underliggende element i tryggheten kan samtidig være det utrygge; det uforutsigbare, det overraskende eller det uventede. Retningslinjer, rutiner og utstyr for sikkerhet gir personale og pasienter både en idémessig og en konkret opplevelse av trygghet forstått som en kollektiv forforståelse.

Oppslaget i lokalavisen kan forstås dithen at personalets eksponering av egen redsel og utrygghet kan bidra til å gi pasientene en opplevelse av mistillit og at de ikke blir stolt på. Utsagnene kan også uttrykke gjensidig utrygghet og skepsis i personalgruppen, mellom ulike yrkesgrupper og personer. Utryggheten kan vise seg både i relasjoner i personalgruppen, i gruppen av pasienter og mellom disse to

gruppene. Hvis en fagperson er utrygg og ikke stoler på en pasient er det mulig å tenke seg at dette kan innvirke på forholdet til en eller flere kollegaer. Opplevelsen av utrygghet vil kunne aksentuere hva som faktisk menes med å stole på og hvordan det oppleves at tilliten er til stede. Tillit og evnen til å stole på finner sin plass både i de mellommenneskelige relasjonene og i rutinenes trygghetsskapende praksis.

Forholdet mellom trygt–utrygt aktualiserer også begrepspar som tillit–mistillit og stole på–ikke stole på. Ved Akuttposten utøves det makt, og denne maktutøvelsen kan være både legitim og meget tydelig, og illegitim og langt mer subtil. Maktutøvelsen kan skje i form av enkle rutiner som låste dører og i form av tvangsbruk og tvangsmidler. Ved innleggelse overtar personalet kontrollen over pasienten. Forholdet er basert på at pasienten inntar en underordnet posisjon, og slik fremstår relasjonen mellom personale og pasient som asymmetrisk. Pasienten overgir seg – og gir seg over til personalet. Dette er en skjør form for tillit fordi den er basert på makt og kontroll og derved lett kan aktualisere opprør og kamp. At denne muligheten eksisterer, kan skape utrygghet og mistillit i forholdet mellom pasient og personale, noe som igjen, paradoksalt nok, øker mulighetene for at det faktisk skjer. Utrygghet, mistillit og manglende evne til å stole på hverandre kan ofte generere mer av det samme.

Et fagmøte diskuterer skjerming av en nyankommet pasient. Vedkommende omtales som psykotisk utflytende og lite samlet. Umiddelbart foreslår en sykepleier at pasienten må på skjermet enhet, og de andre nikker. En annen sykepleier tar ordet og spør på hvilket grunnlaget man skal sette i gang skjerming, og hva skjermingen skal bestå i. Den tilsynelatende enigheten sprekker opp, og det blir en diskusjon blant deltakerne knyttet til den aktuelle pasienten, prinsipielt om skjerming og om etikk i pasientbehandling. Alle på møtet deltar i diskusjonen. Det dannes et skille mellom faglig tradisjon og faglig fornyelse. I den faglige tradisjonen fremholdes det at pasienten er syk og må skjermes for inntrykk og mennesker, og at dette, sammen med medisinerer, på sikt vil gi bedring. Slik er det blir gjort mange ganger før, og det har gitt gode resultater – skjerming er den beste måten denne gruppen av pasienter kan behandles på. I den faglige fornyelsen vises det til at det er minst like viktig å se på hvorfor skjerming skal brukes, og hva dette tiltaket skal fylles med. Ofte kan det se ut som om dette

tiltaket brukes rituelt og uten særlig faglig begrunnelse eller refleksjon. Videre reises det tvil ved om dette er den optimale måten å behandle pasienten på – hva ville pasienten selv si?

Et annet fagmøte diskuterer en pasient og dennes fremtid. Det er et stort møte ved posten der mange og ulike samarbeidspartnere er innkalt sammen med representanter fra posten. Møtets tema er videreføring av arbeidet med pasienten, hvordan skal dette gjøres og hvem skal ha ansvaret. Jeg sitter på stuen sammen med pasienten, som på meg virker fysisk urolig og fremstår avvisende når jeg forsøker å ta kontakt. Etter en og en halv time blir pasienten invitert til å delta det siste kvarteret av møtet. En av de faglige deltakerne på møtet forteller i etterkant at det var et møte preget av stor uenighet, ansvarsfraskrivelse og unnfalhet. Møtet var i liten grad preget av god samarbeidsånd. Fagpersonen forteller at vedkommende ville synes at det var rimelig at pasienten selv var til stede under hele møtet. Slik kunne pasienten bringe frem sine oppfatninger om egen fremtid og ikke bli gjort kjent med en 'dom'. Pasientens deltakelse kunne ha gjort at møtedeltakerne var mer hensynfulle og respektfulle i forhold til hverandre, og at alle kunne ha bidratt med konstruktive forslag til best mulige løsninger.

#### Samhandling mellom pasienter og personalet

Jeg deltar på et behandlingsmøte hvor en pasient skal diskuteres. Representanter for hele personalgruppen deltar på møtet. Pasienten er ikke til stede. Møtet starter med en statusgjennomgang av pasientens situasjon og behandlingsopplegget. Det kommer raskt frem en uenighet knyttet til at pasienten er på skjermet enhet, og hvorvidt denne behandlingen fungerer. I tillegg er pasienten tvangsmedisinert under sterke protester. I et metaperspektiv handler diskusjonen om humanismens vilkår og hvordan denne finner sitt uttrykk i praksis ved posten. Diskusjonen går frem og tilbake omkring det samme kjernes spørsmålet: "Hvordan bør og skal vi behandle pasienten mest mulig menneskelig?" Diskusjonen illustrerer konflikten mellom humanistiske idealer og medisinske "realiteter" og hvordan den viser seg i klinisk praksis. Det er klare forskjeller i forståelsen av en selv som fagperson og medmenneske med hensyn til praktisering av menneskelige verdier i møte med pasienten. Diskusjonen utfordrer den grunnleggende forståelsen av hvorvidt fagpersonen kunne ha vært pasienten og pasienten kunne ha vært fagperson. I så fall: Hvordan ville jeg som fagperson ønske å bli møtt og behandlet både som pasient og medmenneske? Det utfordrer også personalet til å spørre hvordan pasienten vil ha det. Hva

tenker vedkommende pasient ville være den beste måten å bli møtt på? De som undrer seg over om pasienten blir behandlet mest som medmenneske og minst som pasient, er de nyansatte ved Akuttposten. Det er dem som har vært der kortest tid, som er mest bekymret og tidvis mest kritiske til deler av en behandling den omtalte pasienten får. De "gamle" ved posten gir uttrykk for oppgitthet og resignasjon i forhold til nyansatte. De samme diskusjonene kommer opp hver gang det skjer nyansettelser noe som avdekker mange forskjellige holdninger i personalgruppen.

Jeg samtaler en dag med en pasient på stuen. "Samtalen" er basert på at jeg stiller spørsmål og pasienten svarer. Det blir en pause i samtalen. Pasienten forteller en historie om en sykepleier som bare stilte spørsmål til pasienten – dette opplevde vedkommende som ubehagelig. Pasienten syntes at sykepleieren "var på fisketur" i hans liv. Pasienten opplevde at det ble en avstand mellom dem fordi den ene gav og den andre tok. Det ble en ny pause i vår samtale. Jeg spurte om pasienten kom på denne historien fordi jeg gjorde det samme som den andre sykepleieren. Pasienten nikket bekreftende og uttrykker et ønske om at forholdet vårt skal være likeverdig. Jeg skal gi og fortelle fra mitt eget liv og ikke utelukkende være på fisketur i den andres livserfaringer.

Historien forteller om hvor lett gjensidigheten i en relasjon kan forstyrres på tross av gode hensikter og intensjoner. Jeg stilte spørsmål for å vise min interesse for pasienten – ikke for å grave i dennes liv eller for å holde avstand til meg og mitt eget. Utfordringen i det øyeblikket da jeg snakket med pasienten, kan formuleres i følgende spørsmål: Hvordan kan gjensidigheten mellom oss vise seg både i samtalsform (spørsmål/svar), i dens innhold (vi snakker både om deg og om meg) og i relasjonen (hvordan samtalen påvirker vårt forhold)? Hvordan kan vi snakke sammen som gjensidige og likeverdige samtalepartnere i en dialog? Er det overhodet mulig å få til den likeverdige samtalen og de likeverdige samtalepartnere ved en akuttpost – vel vitende om at den ene er personale og den andre er pasient? Historien viser hvor vanskelig det er å etablere en samtale forstått som likeverdig dialog. Det kan fort bli en monolog eller en "dialog" basert på spørsmål og svar fra fagpersonen til den andre.

I Akuttpostens husregler står det at sykehistorier og medisiner ikke skal gjøres til samtaletema mellom pasientene. Samtalene rundt stuebordet var ofte reserverte, forsiktede og søkende i forhold til innhold og bruk av ord. Samtalene preges av

svært lite snakk om "sykdom" eller opplevelser og erfaringer knyttet til lidelsen. Det går i hverdagslige temaer, avislesning og spill. Ofte er det rom for mye humor. Samtaler som gjelder pasientens lidelse eller problemer, tas på pasientens rom eller på vaktrommet. Observasjonene av denne praksisen kan bety at lidelsen og problemer er individualisert og må reserveres det private rom. På den andre siden kan det uttrykke en lojalitet og forståelse av husreglens hensyn til medpasienters integritet og diskresjon, og at alle skal skjermes mot mulig sosial blamering.

Det var bare et fåtall av pasientene som satte seg ned ved stuebordet og pratet om sin lidelse eller opplevelser knyttet til den. Ofte er det de samme som sitter rundt stuebordet – noen kommer innom, for deretter å trekke seg raskt tilbake til rommet. Geografi og dialekt er temaer som ofte går igjen i samtalene rundt bordet. Kanskje er det en forsiktig tilnærming i det halvoffentlige rommet i en søken etter å finne ut av hva som er den enkeltes mulige identitet. Hvem er de egentlig bak rollen som pasient eller personale? Både av hensyn til hverandres lidelse og til husreglene kan pasientene være mer forsiktige og reserverte i relasjon til hverandre. Hvis samtalen blir for personlig og intens, kan det bli vanskelig for alle parter.

Forsiktigheten og reservasjonen som er knyttet til ordene og samtalens innhold i de halvoffentlige rom ved posten, kan forstås på flere måter. Personalet stopper ofte pasienten og ber vedkommende snakke med legen eller psykologen når det kommer opp "vanskelige" livstemaer eller opplevelser knyttet til lidelsen. Slik kan miljøpersonalet underkommunisere sin egen kompetanse og underslå sin egen legitimitet i forhold til å kunne samtale med pasienten om "vanskelige" temaer. Fagpersonen kan også foreslå å gå sammen med pasienten til dennes rom og fortsette samtalen der. Slik kan den vanskelige samtalen flyttes inn i et privat rom. I en akuttavdeling har personale og pasienter oftest kort tid på å bli kjent og utvikle en trygg relasjon. Det kan bety at man ønsker å være forsiktig og beskyttende slik at man ikke utleverer seg, nettopp fordi fellesskapet er kortvarig. Personalet kan være spesielt opptatt av tilbakeholdenhet gjennom å vise pasienten respekt og gi denne mulighet til konfidensialitet.

Kontekstens betydning for samtalen ble tydelig for meg en dag en pasient spurte meg om jeg har lagt merke til at det bare er pasienter på røykerommet. Jeg var to

ganger på røykerommet i observasjonsperioden og reflekterte ikke over dette da. Pasienten forteller at på røykerommet er det mulig å snakke med medpasienter om alt uten å bli stoppet av personalet. Jeg så ikke at noen av personalet ved Akuttposten gikk på røykerommet for å røyke – de gikk ut. Røykerommet er blitt pasientenes domene. Ulike lover og forskrifter har fastsatt at bare pasientene får lov å røyke der, ikke personalet. Dermed kan pasientene få frihet til å snakke om ting de egentlig ikke har lov til å snakke om. Røykerommet er en personalfri sone både hva angår form og innhold – en slags kontrollert frihet som begge parter vet om og aksepterer at finner sted akkurat i den konteksten.

#### **4.4 Planlegging, gjennomføring og analyse av de empiriske studiene**

I det følgende presenteres avhandlingens to delstudier og begrunnelser for planlegging og gjennomføring.<sup>100</sup>

##### ***4.4.1 Delstudie I: "Tidligere pasienters opplevelser og erfaringer med mani som fenomen og lidelse og som innlagt pasient"***

###### *Deltakere i Delstudie I*

Hensikten med Delstudie I og forskningsspørsmålene er beskrevet i kap.1.4. Fokus er tidligere pasienters beskrivelser av mani som fenomen og lidelse og det å være innlagt som pasient ved Akuttposten. For at en person skal kunne fortelle om sine opplevelser og erfaringer omkring fenomenene mani og innlagt pasient, må vedkommende ha erfart det.

På denne bakgrunn ble det gjort et strategisk utvalg<sup>101</sup> basert på følgende kriterier:

1. Tidligere pasient ved Akuttposten og diagnostisert i henhold til ICD-10, Affektive lidelser, F31 Bipolar affektiv lidelse.
2. Innlagt ved Akuttposten minimum to ganger før intervjudtidspunkt.
3. Innlagt i løpet av de siste tre årene (1997, 1998 og 1999), dog ikke i løpet av det siste halve året forut for intervjudtidspunktet (2000).
4. Vurdert faglig av avdelingsoverlege som mulig og forsvarlig å forespørre om intervju.

---

<sup>100</sup> Se tabell 1 og 2 (kap. 4.2) for en konsentrert fremstilling av planleggingen og gjennomføringen av de empiriske studiene.

<sup>101</sup> Knizek (1998) omtaler et strategisk utvalg som å velge personer som kan og vil uttale seg om de emner som utforskes, og i tillegg har erfaring med fenomenene som forskeren undersøker.

Ut fra disse utvalgskriteriene ble det over en periode på seks måneder rekruttert seks menn og fem kvinner (n = 11). Totalt var gjennomsnittsalderen 47,5 år, 49 år for kvinnene og 46,5 år for mennene. Yngste deltaker var 26 år og eldste var 62 år. Syv levde alene, én var forlovet, to var samboere og tre var gift. Ni av deltakerne hadde barn. Seks var uføretrygdet eller sykemeldt, fire var i arbeid og én var under utdanning. I gjennomsnitt hadde hver intervjuperson 10 innleggelses ved Akuttposten, med variasjon fra 2 til 43 innleggelses. Innleggelsene var knyttet til manisk episoder. Pasienterfaringene strakk seg fra 1960 til 2000 – en periode på 40 år. Hver deltaker hadde i gjennomsnitt 13,5 års erfaring som psykiatrisk pasient, med en variasjon fra 1 til 40 år. Syv av deltakerne hadde sin siste innleggelse ved Akuttposten i løpet av det siste året, for tre var det 2 år siden og for én 1 år siden. To personer hadde blitt diagnostisert som manisk depressive ved første innleggelse, tre ved andre og én ved tredje. To personer hadde fått diagnosen allerede før den første innleggelsen, én fikk den først etter 14 år, og to personer hadde aldri blitt meddelt den psykiatriske diagnosen.

Hver deltaker hadde i gjennomsnitt én frivillig innleggelse og ni tvangsinnleggelses. Seks av deltakerne hadde opplevd frivillig innleggelses fra én til seks ganger. Fire av deltakerne har blitt behandlet med ECT under en eller flere av innleggelsene. På intervju tidspunktet benyttet ti av elleve tilbudet om medikamentell behandling hvorav ni brukte preparatet Litium. Åtte av deltakerne gav uttrykk for at de ikke hadde hatt selvmordstanker, to hadde forsøkt å ta sitt eget liv to ganger, og én hadde forsøkt tre ganger. På intervju tidspunktet hadde fire av deltakerne kontakt med spesialisthelsetjenesten, syv hadde ingen kontakt. De samme fire hadde kontakt med kommunehelsetjenesten representert ved psykiatrisk sykepleier, og hadde fast samtaleterapi med psykiater, psykolog eller psykiatrisk sykepleier.

#### *Gjennomføring av de kvalitative forskningsintervjuene*

Jeg vil vise til de faktorer som nøye ble vurdert under gjennomføringen av de kvalitative forskningsintervjuene. Fog (1994) peker på to grunnforutsetninger for gjennomføringen av det kvalitative forskningsintervju som en samtale: relasjonen mellom samtalepartnerne og samtalens innhold. Disse to grunnforutsetningene påvirker hverandre gjensidig og særlig i samtalsituasjonen. Relasjonen i intervjuet er basert på deltakerbegrepet. Prinsipielt betyr dette at relasjonens fundament er et subjekt–subjekt-forhold karakterisert av likeverdighet



og respekt. Konkret handler det om en form for asymmetri; intervjuet har et forskningsmessig grunnlag som medfører at forskeren tar ansvar for relasjonen, samtaletemaer og samspillet mellom disse. Dette ansvaret innebærer at forskeren må la seg involvere og ta del i intervjupersonens fortellinger. Deltakerperspektivet er nært knyttet til empati og forskerens evne til å leve seg inn i deltakerens ulike erfaringer og opplevelser. Empati handler både om følelsesmessig inntoning og en kognitiv forestilling der bevissthetens evne til å innta den andres perspektiv settes på spill. Disse grunnforutsetningene utfordres i Delstudie I forstått som forholdet mellom forskningsintervjuet og den terapeutiske samtale, og forsøket på å skille disse to samtaleformene fra hverandre. Dette forholdet utfordres fordi deltakerne i delstudien har erfaring med ulike former for samtaleterapi, både individuelt, i grupper og med familie. Samtidig kan de temaer som det samtales om i intervjuet, vekke assosiasjoner til en samtaleterapeutisk kontekst.<sup>102</sup> Fog (1987) diskuterer fe'llestekk og særpreg mellom de to formene for samtale og fremholder at den vesentligste forskjellen består i ulike formål:

*I den terapeutiske samtale er det klientens formål, at slippe af med nogle problemer ved samtalen og terapeutens hjælp. I forskningsinterviewet skal forskeren bruge interviewpersonens udtalelser til sin egne forskningsmæssige formål (Fog, 1987, s. 4).*

Samtidig kan en samtale oppleves å ha to eller flere virkninger samtidig. Et forskningsintervju kan også virke terapeutisk uten at dette er et bevisst formål. I forskningsintervjuet kan samtalen føre til forandring i form av ny erkjennelse ved at intervjupersonen selv hører hva som blir sagt. Det kan dreie seg om forhold som formuleres for første gang, og som dermed gir ett nytt perspektiv eller en ny forståelsesmåte. Dette er ikke et tilsiktet resultat av forskningsintervjuet. En deltaker sier: "... Dette har jeg aldri drevet og pratet med noen om før, egentlig. Aldri så grundig som jeg har gjort nå." Utsagnet kommer etter at vedkommende har fortalt om en nær-døden-opplevelse fra Akuttposten og om hvordan denne ble erfart der og da og i ettertid. I en terapeutisk samtale ville fokus vært å utfordre beskrivelsen, mens forskningsintervjuets fokus er å klarlegge beskrivelsen. Dette skjer ved å avklare og tydeliggjøre deltakerens virkelighetsforståelse, og å forstå den betydning og mening virkelighetsforståelsen har i relasjon til deltakerens liv, selvforståelse og handlinger. Prosessen i forskningsintervjuet

---

<sup>102</sup> Se vedlegg 1: Følgebrev og invitasjon til deltakelse i Delstudie I og vedlegg 5: Intervjuguide – Delstudie I.

innebærer at deltakerne forhandler seg frem til en felles forståelse gjennom intervjupersonens perspektiv på det aktuelle temaet (Fog, 1987).

Fog (1994) viser til at det å delta i et forskningsintervju handler om å etablere kontakt mellom samtaledeltakerne. Kontakt må ikke forstås instrumentalistisk, men som en dimensjon ved en samtale som kan utvikles parallelt med og under samtalen. Fog peker på det asymmetriske i relasjonen ved å fremholde forskeren som ansvarlig for etablering av kontakt og for utviklingen av denne. I Delstudie I ble dette forsøkt ivaretatt på to måter, nemlig gjennom kontekst for samtalen og gjennom forskerens væremåte under samtalen. I invitasjonen til deltakelse i Delstudie I<sup>103</sup> ble det understreket at intervjupersonen kunne bestemme hvor samtalen skulle finne sted. Uten unntak ble intervjuene gjennomført i de respektive personers hjem. Hjemmet som kontekst for intervjuet muliggjorde større grad av trygghet og et personlig møte. Hjemmet viser til en helhet som er langt større enn det samtalen kan fange i form av familie, tilknytning, relasjoner, historie og tid. Hjemmet er deltakerens hjemmebane, der jeg som forsker er invitert inn som gjest (jfr. Magnusson, 2003). Hjemmet er også en annen og meget forskjellig kontekst enn Akuttposten, der mange av de erfaringene som tematiseres i intervjuet, er gjort. Ved gjennomføringen av hvert intervju la jeg vekt på å ha god tid både før, under og etter intervjuet. Jeg satte av én dag per intervju, hvorav forskningsintervjuet kunne ta fra to til tre timer med innlagte pauser.

Barbosa da Silva og Ore (1996) viser til at selve intervjusituasjonen også innebærer deltakende observasjon fordi intervjusituasjonen skaper tilleggsdata i form av kompletterende informasjon som går utover den verbale informasjonen. Denne tilleggsinformasjonen er sentral for den hermeneutiske forståelsen og som referanseramme for det transkriberte intervjuet som tekst. I intervjusituasjonen forsøkte jeg å uttrykke en væremåte som kunne bidra til kontakt og en invitasjon til deltakerne "om å fortelle sin historie" (jfr. Öhlén, 2001). Inspirert av forfatteren forsøkte jeg å være lydhør spørrende med et åpent sinn og å reflektere over og å bevisstgjøre min egen forforståelse. Intervjuguiden ble brukt som et fleksibelt

---

<sup>103</sup> Se vedlegg 1: Følg brev og invitasjon til deltakelse i Delstudie I.

styringsinstrument under samtalen.<sup>104</sup> Jeg oppfordret deltakerne til å fortelle om og å beskrive sine opplevelser og erfaringer, og jeg stilte i minst mulig grad direkte og avgrensede spørsmål. Jeg søkte systematisk etter deltakernes subjektive opplevelser i den hensikt å forsøke å forstå hvordan den andre forstod disse. Jeg stilte aldri spørsmål ved selve virkelighetsbeskrivelsen, men prøvde i større grad å fange bredden og dybden i deltakerens opplevelse av virkeligheten og vedkommendes relasjon til denne. Etter hvert intervju brukte jeg tid på å skrive ned mine refleksjoner over samtalen, interaksjonen og relasjonen mellom dens deltakere, samtalens kontekst og innhold. Denne skriftlige refleksjonen bidrog til å endre og videreutvikle min forståelse av forskningsintervjuet, kunnskapingen og de menneskelige relasjoner som dannet basis for intervjuet som samtale.

### *Analyse av Delstudie I*

De 11 kvalitative forskningsintervjuene ble dokumentert gjennom lydbandopptak. Disse ble ordrett transkribert umiddelbart etter intervjuene, og totalt utgjorde samtalene 445 sider tekst i A4-format med halvannen linjeavstand. Barbosa da Silva (1996) fremholder at tekstanalyse og teksttolkning er en form for kvalitativ analyse. Enhver del av teksten utgjør en skriftlig meningsbærende enhet. Den kvalitative tekstanalysen er en systematisk undersøkelse av en tekst for å få frem dens struktur eller logiske oppbygning og mening, innhold eller budskap. Hummelvoll og Barbosa da Silva (1996) hevder at kvalitativ analyse er en differensiering av det umiddelbart foreliggende gjennom påvisning av trekk og begreper og relasjonene mellom dem i beskrivelsen. Analysens kvalitative element viser seg ved bestemmelsen av tekstens oppbygning i relasjon til dens karakteristika, mening og sammenheng.

Barbosa da Silva og Ore (1996) viser til distinksjonen mellom *meningen i* og *meningen med* en intervjutekst og viktigheten av at forskeren kan analysere begge deler. *Meningen i* et utsagn eller en tekst bestemmes av språkets regler. *Meningen med* et utsagn bestemmes av *meningen i* utsagnet og i den kontekst det blir uttrykt. Forfatteren viser til at *meningen i* (konkret mening) et utsagn bare forandrer seg når språklige konvensjoner endres. Forståelsen av *mening med* (symbolsk tolkning) er følgelig avhengig av forståelsen av *meningen i* og av den situasjon

---

<sup>104</sup> Se vedlegg 5: Intervjuguide - Delstudie I.

der utsagnet ytres. Hermeneutisk analyse av intervjuetekster krever at forskeren er oppmerksom på disse distinksjonene, og at det tydeliggjøres hva som vektlegges i analysearbeidet.

Barbosa da Silva (1996) argumenterer for den hermeneutisk-fenomenologiske tolkningen i relasjon til intervjuetekster. Først søkes intervjusituasjonen tilrettelagt gjennom innlevelse i intervjupersonens livsverden med det siktemål å forstå. Deretter benyttes den hermeneutiske spiral i analysen av teksten, slik at forståelsen øker når deler av teksten relateres til hele teksten og teksten til konteksten, og vice versa. Å pendle mellom tekstens deler og dens helhet, omtaler Barbosa da Silva som den hermeneutiske sirkel. Den sirkulære prosess som bidrar til å øke forskerens forståelse, kaller forfatteren den hermeneutiske spiral. I den sirkulære forståelsesprosessen er det sentralt å gjøre en fenomenologisk beskrivelse av det studerte fenomenet.<sup>105</sup> Den fenomenologiske beskrivelsen baserer seg på tre sammenhengende aspekter. Først ved det fenomenologiske perspektivet forstått som et innenfra-perspektiv; personens subjektive opplevelser. Deretter må det fenomenologiske perspektivet kombineres med den fenomenologiske metoden for å kunne gjøre en fenomenologisk beskrivelse. I den fenomenologiske metoden legger forfatteren epoché og eidos. I epoché skal forskeren, så langt som mulig, bevisstgjøre seg sin forforståelse og søke å parentessette denne i arbeidet med den fenomenologiske beskrivelsen. Eidos, som oppnås gjennom epoché, sikter mot den delen av den fenomenologiske beskrivelsen som behandler et fenomens fundamentale egenskaper, struktur eller essens, og som er resultatet av den fenomenologiske reduksjonen. Til slutt inngår forforståelsen som et element i den hermeneutiske forståelsesprosessen (Barbosa da Silva, 1996).

Kvale (1997) hevder at det er et kontinuum fra beskrivelse til tolkning. I fremstillingen av det konkrete analysearbeidet har jeg valgt å skille analyse og tolkning. Ved bruken av termen *analyse* ønsker jeg å beskrive *metoden* for kvalitativ analyse som har blitt benyttet for å frembringe funn – det vil si undersøkelsen av det språklige materialet med hensyn til bestanddeler. Begrepet *tolkning* reserveres for den delen av analysemetoden som innebærer en dypere

---

<sup>105</sup> Se også kap. 4.3.2.

hermeneutisk tolkningsform som benyttes når funnene skal forstås (Kvale, 1997). I det følgende vil det konkrete analysearbeidet bli beskrevet. Analysearbeidet tok form av en hermeneutisk innholdsanalyse i fire trinn. Under hvert trinn i analyseprosessen forsøkte jeg å legge Kvales (1997) syv hermeneutiske tolkningsprinsipper til grunn: Kontinuerlig pendling mellom deler og helhet, sikte mot en indre meningsfortolkning, avprøve denne i lys av tekstens deler og helhet, forståelse av tekstens autonomi, kunnskap om tekstens emner, erkjennelse av relasjonen forforståelse og tolkning og at enhver tolkning uttrykker en bedre forståelse. Fokus i analysearbeidet er på *meningen med* utsagnene i den transkriberte teksten. Denne systematiserte fremstillingen av analyseprosessen gjør det mulig å utvikle en forståelse for intervjupersonenes livsverdener og samtidig kunne synliggjøre denne forståelsesprosessen.<sup>106</sup>

*Første trim* i analysearbeidet startet med avspilling av lydbåndet for å gjenoppleve intervjuet. Deretter leste jeg hvert enkelt intervju samtidig med at jeg lot lydbåndet gå. Jeg leste så alle intervjuene som en helhet med henblikk på å få en generell forståelse av helheten. Målsettingen var, så forutsetningsløst som mulig, å få en foreløpig tolkning av helheten.<sup>107</sup> Deretter ble hvert enkelt intervju sett i lys av helheten, og den samme prosessen i relasjon til intervjuets deler. Alle intervjuene ble lest enkeltvis, for deretter å bli sammenlignet med hverandre i lys av fellestrekk, forskjeller, mønstre og variasjon. Under denne gjennomlesningen ble det gjort fortløpende refleksjonsnotater i margin med spørsmål til tekstens mulige mening og hvilke temaer jeg preliminært kunne identifisere.

*Andre trim*<sup>108</sup> av analysen startet med en systematisk gjennomgang av tekstmaterialet med henblikk på å identifisere meningsbærende enheter. Jeg arbeidet på nytt med bånd og transkribert tekst parallelt. Jeg identifiserte mening i de deler av teksten som var relatert til studiens forskningsspørsmål, og ikke hele teksten. Identifiseringen av de meningsbærende enhetene i hvert intervju ble så kodet og sett i relasjon til de preliminare temaene fra første trinn. Dette ble først

---

<sup>106</sup> Se Söderlund (1998) som i sin avhandling viser til at tradisjonen for hermeneutiske studier innenfor sykepleievitenskapelig forskning er ung i Norden. Dette stiller krav til å synliggjøre tolkningsprosessen og dens tillempling til sykepleievitenskapelige forskningsarbeider.

<sup>107</sup> Ricoeur (1992) kaller dette naiv lesning av en tekst. Öhlén (2001) omtaler det samme som "inledande naiv förståelse av helheten" (s. 83).

<sup>108</sup> Vedlegg 8: Preliminær analyse av Delstudie I, som illustrerer trinn 2 og 3 i analyseprosessen i delstudien.

gjort i forhold til hvert enkelt intervju. Deretter ble kodingene av hvert enkelt intervju sett i relasjon til hverandre, og hvordan kodingen uttrykte den meningsbærende helheten i den totale teksten.

I *trinn tre* ble kodingen av de meningsbærende enhetene fra alle intervjuene samlet i en tabell inspirert av Kvale (1997, s. 193). Utgangspunktet var de identifiserte meningsenhetene som er forankret i sitater fra deltakernes utsagn. Meningsenhetene og de tematiserte utsagnene er identifisert og tolket av forskeren. Identifiseringen av temaer gjennom koding og kondensering representerer en abstraksjon av den kunnskap som meningsenhetene uttrykker. Teksten, forstått som det enkelte intervju og alle intervjuene, ble lest på tvers med nye spørsmål og søken etter generelle trekk og forskjeller. Denne analysen på tvers gav grunnlag for utvikling av sentrale temaområder.

Det *fjerde trinnet*<sup>109</sup> i analyseprosessen representerer en sammenfatning som beveger seg fra kondensering til beskrivelser og begreper. Dette trinnet innebar en rekontekstualisering der funnene ble sammenstilt med henblikk på å beskrive det sentrale innholdet og strukturen i de studerte fenomener. Målet aspekter ved de respektive var å skape nye beskrivelser eller temaer som kunne formidles til andre. Presentasjonen av funnene i delstudie I<sup>110</sup> representerer trinn fire i analyseprosessen. Syntesen er uttrykt gjennom temaområder samt ulike aspekter ved temaområdet og uttrykker slik sett ulike nivåer i analyseprosessen. Temaområdene er forankret i deltakernes utsagn og søker å fange sentrale karakteristika ved fenomenene mani og innlagt pasient.

#### **4.4.2 Delstudie II: "Pasienterfaringer om grunnlag for kunnskapsutvikling blant personalet ved Akuttposten"**

##### *Deltakere i Delstudie II*

Hensikten og forskningsspørsmålene relatert til Delstudie II er beskrevet i kap.1.4. og har karakter av en intervensjonsstudie med to hovedelementer: *dialogbasert undervisning* og *fokusgruppeintervjuer*.<sup>111</sup> Den dialogbaserte undervisningen fant sted i forkant av

---

<sup>109</sup> Se tabell nr. 3, 4 og 5 som illustrasjoner på trinn 4 i analyseprosessen – Delstudie I.

<sup>110</sup> Se nærmere presentasjon i kap. 5.

<sup>111</sup> Se vedlegg 6: Invitasjon til deltakelse i fokusgrupper – Delstudie II og vedlegg.7: Invitasjon til fokusgruppeseminar – Delstudie II.

fokusgruppeintervjuene og var basert i funnene fra Delstudie I. Fokus for Delstudie II var møtet mellom den erfaringsbaserte pasientkunnskapen og fagkunnskapen, og de konsekvenser dette møtet kunne få for forståelsen av samarbeidet med personer som opplever mani. De som ble invitert til å delta, var personalet som arbeidet i miljøet. Det er miljøpersonalet som har direkte erfaringer med maniske pasienter der fokus er pleie og omsorg. Da studien ble gjennomført, var det fire psykiatriske sykepleiere, ni sykepleiere, fem hjelpepleiere og fire assistenter blant miljøpersonalet. Invitasjonen<sup>112</sup> til å delta tok utgangspunkt i et strategisk utvalg basert på følgende kriterier:

1. Må være ansatt i fast stilling ved Akuttposten
2. Arbeidet minimum ett år ved posten
3. Forplikte seg til å delta i hele delstudiens gjennomføring (mars–september 2001)

Gjennom utvalgskriteriene ble det rekruttert åtte kvinner og tre menn (n = 11). Den aldersmessige sammensetningen varierte fra 26 til 58 år (gjennomsnittsalder var 43,8 år). Deltakerne bestod av én assistent, to psykiatriske hjelpepleiere, fem sykepleiere og tre psykiatriske sykepleiere. Deltakerne var de personer i det strategiske utvalget som ønsket å delta, og utgjorde 50 % av utvalget (22 personer). De som deltok, hadde ulik erfaring fra akuttpsykiatri, fra 1 til 10 år (gjennomsnittlig 3,7 år). Deltakerne hadde gjennomsnittlig lang erfaring fra psykisk helsevern generelt: 4,2 år, med variasjon fra 1 til 10 år. Deltakerne ble satt sammen i to fokusgrupper av ledelsen ved posten ut fra en vurdering av arbeidstidsordninger og arbeidsbelastningen ved posten. De to fokusgruppene kom på denne bakgrunn til å se slik ut:

*Fokusgruppe I:* Fire kvinner og to menn, hvorav tre var psykiatriske sykepleiere, to sykepleiere og én psykiatrisk hjelpepleier.

*Fokusgruppe II:* Fire kvinner og én mann, hvorav tre var sykepleiere, én psykiatrisk hjelpepleier og én assistent.

#### *Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene*

Brataas (2001) viser til at fokusgrupper er semistrukturerte gruppediskusjoner med et mindre utvalg fra en populasjon. Hensikten er å samle utdypende informasjon om et angitt tema ved å la deltakerne beskrive og reflektere over opplevelser og erfaringer med et

---

<sup>112</sup> Se vedlegg 6: Invitasjon til deltakelse i fokusgrupper - Delstudie II.

fenomen eller en spesifikk situasjon. Tillgren og Wallin (1999) fremholder at fokusgrupper ikke handler om å beskrive generelle betraktninger, men om å utforske den personlige erfaring, oppfatning, ønskemål eller vanskelighet i relasjon til det fenomenet eller den situasjonen som er tematisert. Madriz (2000) fremholder at fokusgrupper er velegnet når man ønsker dypere forståelse av meningsdannelse og holdninger til spesielle emner i en gruppe. Morgan (1990) og Krueger (1994) påpeker at til forskjell fra individuelle intervjuer fremskaffer fokusgrupper informasjon fra en gruppedynamisk interaksjonsprosess. Den gruppedynamiske interaksjonen brukes bevisst i forhold til det å skape data eller innsikt som vanskelig ville latt seg produsere uten dynamikken i gruppen.

Madriz (2000) argumenterer for bruken av fokusgruppeintervjuer i studier der man særlig er opptatt av holdninger, erfaringer og hvordan kunnskap produseres og brukes i en bestemt kulturell kontekst. Brataas (2001) viser hvordan bruk av fokusgruppeintervju gav informasjon fra en dynamisk prosess der samtalene reflekterte tankeprosesser hos sykepleiere i en gitt fagkultur. Grunnlaget for hva som ble forstått og hadde verdi som god kommunikasjon, var basert i felles verdier og den fagkulturelle kunnskapen. Hummelvoll et al (2001) viser dessuten til at fokusgruppeintervjuet er en metode som harmonerer med designet for et handlingsorientert forskningssamarbeid ved å styrke og videreføre deltakernes refleksive prosesser.

Fokusgruppeintervjuet ble benyttet i Delstudie II som en metode både for innsamling og for skaping av data gjennom dialogbasert undervisning og refleksjon. Hensikten med Delstudie II var å beskrive og undersøke de refleksjoner personalet gjorde seg i møtet med funnene fra Delstudie I. Hvordan den erfaringsbaserte pasientkunnskapen influerte på forståelsen av og metodene i arbeidet med maniske pasienter. Fokusgruppeintervjuet var den dataskapingsmetode som best kunne beskrive, ivareta og videreføre den kunnskapingsprosess som medforskerne deltok i. Intervjuene i fokusgruppene skapte informasjon omkring den erfaringsbaserte pasientkunnskapens verdi i møtet med fagkunnskapen og i hvilken grad dette kunne bidra til endringer eller forbedringer i det kliniske arbeidet.

Den dialogbaserte undervisningen tok form av at personalet ved Akuttposten deltok på et åpent seminar ved Sykehuset i februar 2001, der analysen fra Delstudie I ble lagt frem. I midten av mars ble det arrangert et eget



halvdagsseminar for fokusgruppedeltakerne.<sup>113</sup> Seminaret fokuserte på to hovedområder fra analysen av Delstudie I: "Erfaringer og opplevelser med mani" og "Erfaringer og opplevelser som innlagt pasient". Seminaret søkte å gå i dybden i temaområdene og å knytte dem til klinisk utøvelse. Ved seminarets slutt fikk hver av deltakerne utdelt en skriftlig fremstilling av analysen. Presentasjonen av de samme temaene ble også gitt i form av fellesundervisning til postpersonalet seinere i vårsemesteret.

Fokusgruppeintervjuene ble ledet av undertegnede som moderator med hovedveileder som assisterende moderator. Moderators oppgave er å lede og holde fokus i intervjuet og oppmuntre til diskusjon mellom deltakerne. Assisterende moderator skal observere gruppedynamikken, oppsummere innholdet med jevne mellomrom og hjelpe til å sentrere diskusjonen omkring de vesentlige temaene i samtalen (Krueger, 1994). Fokusgruppeintervjuene fokuserer på subjektiv opplevelse og erfaring (Tillgren og Wallin, 1999) og forsøker å begrense generelle vurderinger og utsagn. Deltakerne ble oppfordret til å eksemplifisere med konkrete kliniske situasjoner og møter med pasienter.

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer av to timers varighet med hver gruppe, i april og i mai. Første intervju i hver av fokusgruppene ble gjort med basis i preliminær analyse fra Delstudie I, som var blitt presentert på halvdagsseminaret.<sup>114</sup> Denne skriftlige presentasjonen ble brukt som intervjuguide i begge de første fokusgruppeintervjuene og fungerte som en inngangsport til utdyping av ulike temaer. Intervjuene ble tatt opp på bånd og ordrett transkribert umiddelbart etter at intervjuene var gjennomført. Teksten fra hvert intervju ble gjort til gjenstand for analyse<sup>115</sup> og lagt frem skriftlig for deltakerne ved starten av andre fokusgruppeintervju. Innledningsvis i intervjuet fikk deltakerne anledning til å lese den skriftlige fremstillingen av analysen. Dokumentet ble også brukt som intervjuguide i begge de andre intervjuene. Analysedokumentet fra de første fokusgruppeintervjuene var en invitasjon til samtale i neste intervju, og deltakerne tok opp temaer de selv relaterte til funnene.

---

<sup>113</sup> Se vedlegg 7: Invitasjon til fokusgruppeseminar – Delstudie II.

<sup>114</sup> Se vedlegg 8: Preliminær analyse av Delstudie I brukt som guide i 1. fokusgruppeintervju.

<sup>115</sup> Se vedlegg 9: Preliminær analyse av 1. fokusgruppeintervju brukt som guide i 2. intervju – Delstudie II.

Båndene fra de andre fokusgruppeintervjuene ble umiddelbart transkribert ordrett etter gjennomføring og gjort til gjenstand for analyse. Denne analysen ble sett i relasjon til analysen fra de første intervjuene. Deretter ble det utarbeidet en analyse som omfattet funnene fra alle de fire intervjuene. Denne analysen ble presentert i et femte og siste intervju. Hensikten med dette intervjuet var en kommunikativ validering av analysen av alle fokusgruppeintervjuene. Intervjuet ble gjort med deltakerne fra begge gruppene til stede.

Intervjuet startet med at deltakerne fikk lese en skriftlig analyse av de fire fokusgruppeintervjuene.<sup>116</sup> Analysedokumentet utgjorde intervjuguide og basis for den kommunikative validering som fant sted. Det femte intervjuet ble dokumentert på lydbånd og umiddelbart transkribert. Teksten fra intervjuet ble gjort til gjenstand for en todelt analyse. En del fokuserte den kommunikative validering av analysen fra de tidligere intervjuene. Den andre delen rettet seg mot nye beskrivelser som var fremkommet i det femte intervjuet, og en evaluering av fokusgruppeintervjuet som forskningsmetode.<sup>117</sup>

### *Analyse av Delstudie II*

De fem fokusgruppeintervjuene utgjorde totalt 185 sider i A4-format. Helheten i analysearbeidet representerer i alt syv *faser*, der forskeren har benyttet seg av den samme analysemetoden som i Delstudie I i form av en hermeneutisk innholdsanalyse i fire *trinn* (Barbosa da Silva, 1996; Malterud, 1996; Kvale, 1997). De fire trinnene i den hermeneutiske innholdsanalysen ble brukt i *hver fase* til og med fase 6:

*Fase 1:* Analyse av første intervju fokusgruppe 1

*Fase 2:* Analyse av første intervju fokusgruppe 2

*Fase 3:* Analyse av andre intervju fokusgruppe 1

*Fase 4:* Analyse av andre intervju fokusgruppe 2

*Fase 5:* Analyse av alle fire intervjuene presentert i et felles femte intervju

*Fase 6:* Analyse av intervju 5 etter kommunikativ validering

---

<sup>116</sup> Se vedlegg 10: Preliminær analyse av 2. fokusgruppeintervjuer brukt som guide i 5. intervju – Delstudie II.

<sup>117</sup> Funnene fra den helhetlige analyseprosessen i Delstudie II er uttrykt i tabell 6 og 7.

### *Fase 7: Presentasjon av funn.*

De fire trinnene i analysemetoden som ble benyttet til og med fase 6, var følgende: 1. Å få et helhetsinntrykk, 2. å identifisere meningsdannende enheter, 3. å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enheter og 4. å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 1996). Etter de fire første intervjuene (til fase 5) ble de transkriberte intervjuetekstene lest av både moderator og assisterende moderator (heretter forsker I og II) flere ganger for å få et helhetsinntrykk av samtalens innhold. Forsker I gjennomførte så en tentativ hermeneutisk analyse av intervjuet, som forsker II kommenterte ut fra sin forståelse. Forsker I gjorde på bakgrunn av denne analysen en tematisering av meningsdannende enheter. Disse temaene trengte ytterligere utdyping og presisering ved å bringe dem inn i neste fokusgruppeintervju.

Denne analysemetoden ble fulgt også i fase 5, der det ble gjort en analyse av de fire preliminnære analysene sett i relasjon til hverandre (forsker I). Alle de fire intervjuene ble lest flere ganger på nytt for å kunne gi et helhetsinntrykk. Denne lesningen ble gjort sammen med avspilling av lydbandene. Alle intervjuene ble lest enkeltvis, for deretter å bli sammenlignet med hverandre i relasjon til fellestrekk, forskjeller, mønstre og variasjon. Det ble gjort fortløpende markeringer i margin med spørsmål til tekstens mulige mening og hvilke temaer jeg preliminært kunne identifisere.

Deretter startet arbeidet med å identifisere meningsbærende enheter ved på nytt å lese den transkriberte teksten. De meningsbærende enhetene i hvert enkelt intervju ble så kodet og sett i relasjon til hverandre. Kodingen ble gjort i forhold til sentrale temaer, undertemaer og mønstre som kom frem i materialet. Utgangspunktet er de identifiserte meningsenhetene som er forankret i sitater fra deltakernes utsagn. Forsker I har identifisert disse meningsenhetene og tematisert utsagnene slik disse blir tolket av vedkommende. Forskerens identifisering av temaer gjennom koding og kondensering representerer en abstraksjon av den kunnskap som meningsenhetene uttrykker. Teksten ble lest på tvers med nye spørsmål og søken etter generelle trekk og forskjeller. Både konsensus- og minoritetsoppfatninger ble søkt belyst gjennom abstraksjoner og konkrete illustrasjoner i forhold til de ulike temaenes innhold (jf. Krueger, 1994). Denne analysen (fase 5) ble lagt frem til kommunikativ validering i et felles femte fokusgruppeintervju. Den kommunikative validiteten i relasjon til analysen syntes

å være god. Den dannet grunnlag for en samtale der deltakerne fikk anledning til å lese og kommentere analysen. Fokus for samtalen var i hvilken grad deltakerne gjenkjente funnene i analysen, og i hvilken grad dette gav eller kunne gi utdypende forståelser av de samme funnene. Et tema var også i hvilken grad analysen kunne lede til andre og nye funn.

Det femte fokusgruppeintervjuet ble gjort til gjenstand for den samme trinnvise analyseprosess som er beskrevet over og ble gitt en tekstlig fremstilling (fase 6). I fase 6 beveget analyseprosessen seg fra kondensering til beskrivelser og begreper. Fasen innebar en rekontekstualisering der funnene sammenstilles med henblikk på å beskrive det sentrale innholdet og strukturen i det studerte fenomenet. Dette dokumentet ble presentert for forsker II og biveileder. Forsker II kommenterte ut fra sin forståelse som medforsker gjennom hele prosessen, og biveileder leste teksten fra et utenfra-perspektiv. Slik ble analysen av alle fokusgruppeintervjuene kommunikativt validert og senere gitt en fremstilling som vist i funnene fra Delstudie II.<sup>118</sup> Her presenteres funnene i form av temaområder som er forankret i deltakernes utsagn, og søker å fange sentrale trekk ved fenomenet pasienterfaringer som grunnlag for kunnskaputvikling i psykiatrisk sykepleie.

#### 4.5 Validitet i kvalitativ forskning

Troverdigheten av kvalitativ forskning er i hovedsak et spørsmål om validitet. Både Svensson (1996), Malterud (1996) og Kvale (1997) fremholder at validitet i kvalitativ forskning er å stille spørsmål til sammenhengen mellom sannhet og viten. Særlig gjelder dette hva som er gyldig kunnskap, og under hvilke betingelser den fremstår som gyldig. Svensson (1996) peker på at det er to hovedtradisjoner i synet på både begrepet og anvendelsen av validitet i kvalitativ forskning. Den ene tradisjonen mener at validitetsbegrepet ikke er relevant i kvalitativ forskning, og benytter begreper om autentisitet, troverdighet og forståelse. Guba og Lincoln (1989) fremholder at validitet er assosiert med et positivistisk begrep, og erstatter det med "autentisitet". Mishler (1990) deler denne oppfatning og fremholder i stedet at begrepene "mening" og "talkning" bør være sentrale. Wolcott (1990) peker på at "forståelse" er mer dekkende og griper selve hensikten med kvalitativt orientert forskning.

Den andre tradisjonen mener at validitetsbegrepet er relevant i kvalitativ forskning, og er opptatt av å gi begrepet et nytt og utvidet innhold (Svensson, 1996). Kvale (1997) mener at validitet i kvalitativ forskning innebærer en kontroll av troverdigheten og gyldigheten, en forsikring om at det finnes empirisk belegg og at forskeren har gjort en rimelig tolkning. Forfatteren skiller mellom kommunikativ og pragmatisk validering. Kommunikativ validitet er den kommunikasjon som foregår mellom forskerens tolkninger og de personer som deltar i den sammenheng der fenomener studeres. Gjennom samtaler mellom forsker og deltaker avgjøres det hva som kan omtales som gyldige tolkninger. Pragmatisk validitet er et uttrykk for at gyldigheten av kunnskapen fører til endret atferd eller handling. Kunnskapens gyldighet avgjøres gjennom handlingens effektivitet. Det er kunnskapens anvendelse og ikke dens begrunnelser som er avgjørende for dens validitet.<sup>119</sup> Både Larsson (1994), Svensson (1996) og Malterud (1996) fremholder gyldighet og relevans som sentrale validitetskriterier i kvalitativ forskning. Forfatterne argumenterer for betydningen av at kravene om gyldighet og relevans preger hele forskningsprosessen, og at kravene eksemplifiseres. Dahlberg et al (2001) diskuterer validitetsproblematikk knyttet til livsverdensforskning og fremholder begrepets relevans og betydning i denne tradisjonen av kvalitativ forskning. Forfatterne knytter validitetsbegrepet til forpliktelsen om å gå til sakene selv i form av å være åpen, følsom og påvirkelig i relasjon til de studerte fenomener og hele forskningsprosessen. Et siste krav er knyttet til validitet i analysearbeidet; fremgangsmåter for analyse, tolkning og resultater må beskrives grundig og konkret (230ff).

Basert på denne korte gjennomgangen av to sentrale tradisjoner vil jeg i denne sammenheng støtte meg til den sistnevnte. Jeg vil redegjøre for hvordan Heron (1988), Larsson (1994), Svensson (1996), Malterud (1996) og Kvale (1997) omtaler mulige validitetskriterier i kvalitativ forskning. Jeg vil deretter konkretisere validitetsbegrepet og relatere det til arbeidet med denne avhandlingen basert på min forståelse av Kvales (1997) syv stadier av validering i et forskningsarbeid. Larsson (1994) diskuterer kvalitetskriterier i kvalitative studier og peker på tre overordnede prinsipper: 1. Kvalitet i fremstillingen som helhet, 2.

---

<sup>118</sup> Se presentasjon av Delstudie II i kap. 6.

kvalitet i resultatene og 3. validitetskriterier. Forfatteren hevder at kvalitet må forstås som sammenhengen og helheten i disse tre kriteriene og fremholder at det er vanskelig å skille ett kriterium fra et annet. Det er en gjensidig bevegelse mellom kvalitet i fremstilling og validitetskriterier. Larsson gjør allikevel en distinksjon mellom krav til fremstilling og validitetskriterier til funnene i et kvalitativt forskningsarbeid. Han viser til fem kriterier som omtales som diskurskriteriet, heuristisk verdi, empirisk forankring, konsistens og det pragmatiske kriteriet.

Svensson (1996) argumenterer for at når man skal vurdere validitet i kvalitative studier, bør følgende kriterier for gyldighet trekkes inn: "1. undersøkingsopplægning, 2. datainnsamlingsmetodik, 3. analys av data og 4. resultat" (s. 211). Forfatteren viser til at validitetsbegrepet er blitt videreutviklet både i form og innhold, og gitt en presisering og tilpasning til kvalitativ forskning. Kvale (1997) viser til at validitet i kvalitativ forskning er knyttet til begrepene om gyldighet og relevans. Disse må bygges inn i hele forskningsprosessen og bør følge en kvalitativ undersøkelse (s. 232). Kvale fremholder at dette kravet innebærer å stille spørsmål ved og kontrollere om kunnskapen er holdbar, og ikke uttrykker en subjektiv og selektiv forståelse og skjev tolkning.

Heron (1988) viser til at validitet i handlingsorientert forskningssamarbeid må ses i relasjon til funnenes basis i erfaring, og fremholder at erfaring alltid er erfaring av noe, og at det er en måte å konstruere eller å gi mening til erfaringens innhold. Slik er den virkelige verden allerede skapt av oss. Våre begreper og beskrivelser evner ikke å nå utover den skapte verden med henblikk på å evaluere om våre funn samstemmer med den. Når et funn er forankret i en erfaring, innebærer det at det er samsvar mellom erfaringen og det innhold vi tillegger den. Heron peker på prosedyrer for validering i handlingsorientert forskningssamarbeid (Co-operative Inquiry):

1. Forskningssykluser i form av feedback-sløyfer mellom erfaring og refleksjon
2. Det bør være en balanse mellom divergens og konvergens
3. Det bør være en balanse mellom refleksjon og erfaring
4. Kaos versus orden

---

<sup>119</sup> Se kap. 4.6 for beskrivelse og diskusjon av begrepene knyttet til dette avhandlingsarbeidet.

5. Vedlikehold av autentisk samarbeidsforhold

6. Parantessetting

Heron (1988) gjør en ytterligere presisering av forskningssykluser og diskuterer begrepet på tre nivåer: individuell forskningsrefleksjon, kollektiv forskningsrefleksjon og interaktiv forskningsrefleksjon. De tre gjensidig avhengige nivåene av refleksjon skal bidra til å sikre validiteten i forskningssamarbeidets konklusjoner. Forfatteren skriver at en forskningssyklus er å forstå som en toveis feedback-sløyfe, som både er positiv og negativ i betydningen fra erfaring til ideer og fra ideer til erfaring. Den positive eller adderende feedback betyr at innholdet i den erfaringsmessige tolkningen av forskningsspørsmålene blir utdypet og videreutviklet. I den negative eller korrigerende feedback-sløyfen blir innholdet av den erfaringsmessige tolkningen av forskningsspørsmålene forenklet, klargjort og korrigert (Heron, 1988).

Heron (1988) fremholder at individuell forskningsrefleksjon innebærer at enhver (med)forsker er sin egen kontroll; toveis feedback-sløyfer mellom refleksjon og erfaring skjer for hver person atskilt fra andre medforskere. Kollektiv forskningsrefleksjon betyr at forskerne opererer som en gruppe i alle faser av forskningsprosessen. De reflekterer og gjør erfaringer sammen eller gjør individuelle ting side om side. Det sentrale i den kollektive refleksjonen er at alle medforskere blir hørt og deltar i erfaringsarbeidet. Interaktiv forskningsrefleksjon er å søke en balanse mellom enkelte aspekter ved den individuelle og den kollektive forskningsrefleksjonen. Én eller flere individuelle erfaringer og refleksjoner kan settes i relasjon til en kollektiv forskningsrefleksjon. På denne måten kan hver enkelt medforskers funn deles, for deretter å bli kommentert og diskutert av andre. Heron (1988) argumenterer for at det beste forskningssamarbeidet kan oppnås hvis både den individuelle og den kollektive refleksjonsprosessen kombineres, for eksempel gjennom bruk av intervjuer, fortellinger, fokusgrupper og erfaringsseminarer.

#### **4.6 Delstudienes gyldighet og relevans**

Jeg vil nå begrunne hvordan validitetsspørsmålet er blitt ivaretatt og behandlet i delstudiene og i forskningsprosessen som helhet. Jeg har vist til Larsson (1994), Malterud (1996) og Kvale (1997), som alle fremhever at validitet kan forstås gjennom begrepene om gyldighet og relevans. Forfatterne fremholder at validitet og sikringen av denne må prege

hele forskningsprosessen. Kvale (1997) peker på syv stadier av validering i et forskningsarbeid: 1. Tematisering, 2. Design, 3. Intervju, 4. Transkribering, 5. Analyse 6. Validering og 7. Rapportering. Valget av Kvales validitetsstadier begrunnes i at disse på en adekvat måte tilfredsstiller hermeneutisk-fenomenologiske krav til forskningens relevans og gyldighet.

Den følgende gjennomgang av de ulike validitetsstadiene i relasjon til delstudiene kan her begrunnes i Gadamer (1975) begrep om det holistiske kriteriet. Kriteriet sikter mot å kunne klargjøre grunnlaget og derved avgjøre om forskeren virkelig har forstått den tekst eller de handlinger som søkes forstått. Kriteriet på en korrekt forståelse ligger, i følge Gadamer, i sammenhengen mellom deler og helhet. Det holistiske kriteriet er orientert mot forskningens indre sammenheng og koherens. Fortolkningens begrunnelse ligger i sammenhengen mellom forskningsprosessens ulike deler og dens helhet. Kvales ulike validitetskriterier ivaretar muligheten for å tydeliggjøre og begrunne tolkningsprosessens sannsynlighet og troverdighet i relasjon til de to delstudiene. I den konkrete gjennomgangen av delstudiene forstått som deler skapes det et grunnlag for også å kunne vurdere om den helhetlige fortolkningen er relevant og gyldig. Bruken av de valgte validitetstadier bidrar også til å styrke delstudienes reliabilitet forstått som nøyaktighet og pålitelighet. Kvale (1997) viser til at stor unøyaktighet i skaping og analyse av data kan studiens reliabilitet svekke validiteten. Bruken av de syv validitetsstadiene benyttes også følgelig for å fremstille delstudienes reliabilitet.

I *tematisering* knytter Kvale (1997) en studies validitet til det teoretiske rammeverk og sammenhengen fra teoretisk fundament til forskningsspørsmål. Avhandlingens teoretiske rammeverk er presentert i kapitlene 1, 2 og 3. Rammeverkets relevans og sammenheng blir diskutert i disse kapitlene og løftes opp igjen i avhandlingens siste del. Her drøftes det teoretiske fundamentet i relasjon til de empiriske funnene. Forskningsspørsmålene i avhandlingsarbeidet er åpne fordi tilsvarende problemstillinger i liten grad har vært beskrevet i psykiatrisk sykepleie. Temaet for avhandlingsarbeidet ble diskutert og avklart både i relasjon til medforskere (veiledere) og med prosjektets referansegruppe. Den konkrete utformingen i forhold til forskningsspørsmål ble diskutert både med medforskere (personalet), med prosjektledelsen og med veilederne. Prosjektets



design som et handlingsorientert forskningssamarbeid gav både teoretiske og metodologiske føringer for avhandlingsarbeidet.

Kvale (1997) fremholder at validiteten av kunnskapingen er knyttet til *designets* og de anvendte metodenes relevans i forhold studiens hensikt og problemstillinger. Det overordnede designet er et kvalitativt, handlingsorientert forskningssamarbeid basert på en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming i et livsverdensperspektiv. Det kvalitative forskningsintervjuet (Delstudie I) ble valgt fordi den sentrale målsetting var å få frem beskrivelser fra deltakernes livsverdener knyttet til fenomenene mani og det å være innlagt pasient. Målet er økt kunnskap og forståelse ved å samtale om den intervjuedes livsverden i relasjon til de forskningsspørsmål det søkes kunnskap om. Intervjusituasjonen muliggjorde å validere den kunnskap som var utviklet gjennom deltagende observasjon. Etter transkriberingen av intervjuene fikk deltakerne mulighet til å kommentere og endre utsagn. Fokusgruppeintervjuet (Delstudie II) ble valgt for å videreføre samtalen som hjelpemiddel med henblikk på ytterligere kunnskapsproduksjon. Fokusgruppeintervjuene muliggjorde å validere og komplementere kunnskapen fra Delstudie I. Fokusgruppeintervjuet angir også en annen og ny dimensjon i kunnskapingsprosessen ved at intervjuet er gruppedynamisk. Kunnskapingen uttrykker også interaksjonen og kommunikasjonen i gruppen og må forstås på bakgrunn av en dynamisk interaksjonsprosess.

Kvale (1997) viser til at et etisk forsvarlig design bør produsere kunnskap som er til nytte i menneskelige situasjoner, og som har minimale skadelige konsekvenser for deltakerne. En hovedmålsetting med delstudiene er å utvikle kunnskap om menneskelige relasjoner og situasjoner med siktemål om å kunne bidra til den konkrete samhandling i de samme relasjoner og situasjoner. Samhandlingsprosessen strekker seg fra de ulike delstudienes beskrivelser til analyse og tolkning av den kunnskap som er skapt. Gjennom hele forskningsprosessen har kunnskap fra delstudiene blitt presentert for medforskere (tidligere pasienter, personalet og veiledere) og andre. På denne måten har helheten i designet bidratt til å validere kunnskapsproduksjonen gjennom individuelle, kollektive og interaktive forskningsrefleksjoner.

Kvale (1997) omtaler det tredje stadiet av validering som *intervju*. Validiteten omhandler intervjupersonens utsagn og kvaliteten av selve intervjuet. Validitetsproblematikken er generell og er relatert til troverdigheten i de data som skapes i intervjuet, og kvaliteten i dette dataskapingsarbeidet. Kvale understreker betydningen av å etterspørre mening samt å validere den skapte informasjonen på stedet. Troverdigheten i de skapte data i Delstudie I ble validert på to måter. Først ved at analysen ble lagt frem gjennom internundervisning for personalet ved Akuttposten og slik sett til gjenstand for kommunikativ validitet. I tillegg ble den samme analysen samt den endelige presentasjonen av funnene validert med veiledere.

Troverdigheten i fokusgruppeintervjuene ble validert på tre måter. Først ved at basis for kunnskapingen var analysen fra Delstudie I. Denne ble presentert gjennom dialogbasert undervisning, seminar og skriftlig. Helheten i dette materialet dannet så basis for kunnskaping i de to første fokusgruppeintervjuene. For det andre ble det presentert en analyse av de to første fokusgruppeintervjuene forut for det tredje og fjerde. Dette ble gjort både muntlig og skriftlig. Analysen dannet igjen basis for samtale i de to fokusgruppene. For det tredje ble samme prosedyre fulgt i det femte fokusgruppeintervjuet. Analysen av funnene fra de fire tidligere intervjuene var grunnlaget for samtalen. Dette intervjuet siktet mot kommunikativ validering. I det siste intervjuet ble deltakerne også invitert til å reflektere over hvordan selve deltakelsen i fokusgruppene hadde vært. Trinnene i analyseprosessen og den endelige presentasjonen av funnene ble validert også med veiledere.

Validitet i *transkribering* knytter Kvale (1997) til spørsmålet om hva som er gyldig oversettelse fra muntlig til skriftlig språk, og valget av språklig utforming av transkripsjonen. Transkribering av de kvalitative forskningsintervjuene og fokusgruppeintervjuene ble gjort fortløpende og umiddelbart etter gjennomføring. Intervjuene ble skrevet ut med pauser, pauseord og all muntlig tale. Denne transkripsjonen dannet basis for den første gjennomlesning. Det ble deretter gjort en redigering der markerte pauser og pauseord som "eh", "åh" og "øh" ble tatt ut og ikke brukt i det videre arbeidet. Forskningsintervjuene ble så oversendt deltakerne for gjennomlesning og kommentarer. Gjennomlesningen hadde til hensikt å sikre at transkripsjonen uttrykte det deltakerne ønsket å formidle.

Kommentarene som fremkom, skriftlig og telefonisk, ble innarbeidet og dannet deretter basis for det videre analysearbeidet. De transkriberte fokusgruppeintervjuene ble ikke lagt frem for medforskerne (deltakerne i fokusgruppene), bare for assisterende moderator. Analyse av hvert intervju og den helhetlige analysen ble lagt frem for medforskerne. Den avsluttede presentasjonen av funnene fra Delstudie II utgjør slik sett en validert felles forståelse blant forsker og medforskere.

Validitet i *analysearbeidet* handler om hvorvidt de spørsmål som stilles til en transkribert tekst, er gyldige, og om tolkningens logikk er fornuftig (Kvale, 1997). Den transkriberte teksten fra delstudiene var stor og delvis ustrukturert. Jeg hadde en klar ambisjon om å lese tekstene mest mulig forutsetningsløst gjennom parantesetting av forforståelse, for på den måten å la tekstene tale sitt eget språk (fenomenologisk tilnærming). Derfor ble det arbeidet lenge og nøye med tekstene for å få tak i medforskernes ulike stemmer. Gjennomlesningene ledet så til ulike temaer. I arbeidet med tekstene har forskeren pendlet mellom deler og helhet på flere nivåer, både i analysen av hver enkelt delstudie og i relasjonene mellom hver delstudie. På denne måten har detaljkunnskap blitt utfordret og endret i møte med helheten, og vice versa. Analyseprosessen har vært intens og arbeidskrevende og har gitt funnene en klar forankring i de skapte data.

Kvale (1997) knytter *validering* av validitet til en refleksjon av de valideringsprosedyrer som er relevante i relasjon til den angjeldende undersøkelse. Videre må det reflekteres i forhold til den konkrete gjennomføring av valideringen og i hvilke(n) sosial(e) sammenhenger det er hensiktsmessig med en dialog omkring validitet. Jeg har gjort rede for de konkrete tiltak som er blitt gjennomført i relasjon til validiteten i forskningsprosessen. Undersøkelsens design i form av det kvalitative, handlingsorienterte forskingssamarbeidet har muliggjort en løpende kommunikativ og pragmatisk validering. Begge formene for validering har funnet sted gjennom individuell, kollektiv og interaktiv refleksjon og dialog.

Kvale (1997) fremholder at kommunikativ validering dreier seg om etterprøving av gyldigheten av deltakernes utsagn i en dialog. Gyldig viten oppstår når motstridende utsagn diskuteres i en samtale. Det er de ulike deltakernes argumentasjon som avgjør hvorvidt en beskrivelse, observasjon eller

kunnskaping er gyldig eller ikke. Den kommunikative validiteten gjelder ikke bare forskningsprosessens funn og konklusjoner, men i like stor grad selve prosessen (Malterud, 1996). Intersubjektivitet på prosessnivå er et sentralt premiss for forståelse – ikke forstått som enighet, men som ny innsikt og ny forståelse. Ricoeur (1979) viser til den hermeneutiske sirkel og hevder at validering er en del av en argumentativ prosess som skiller mellom gyldigheten av ulike tolkninger. Dialogen knyttet til den kommunikative valideringen har funnet sted gjennom muntlige og skriftlige fremlegg, både i forhold til medforskere, andre deltakere ved Akuttposten, medstudenter og veiledere. Dialogen har vært ført i relasjon til hver enkelt delstudie og i forhold til helheten i det empiriske arbeidet.

Avhandlingsarbeidet ble i sin helhet diskutert og utformet i et samarbeid med ledelsen for Prosjekt Undervisningsavdeling og veiledere. Det samme gjaldt utformingen av de empiriske studiene. Gyldigheten i deltakernes utsagn i Delstudie I ble ivaretatt ved gjennomlesning og kommentering. Fire deltakere gav tillatelse til at veilederne kunne lese den samme teksten. Dette gav bakgrunn til en dialog mellom veiledere og forsker omkring den transkriberte intervjueteksten. Fire ganger ble analysen fra Delstudie I lagt frem for personalet og medforskere ved Akuttposten. De fire trinnene i analyseprosessen ble gjort til gjenstand for en kontinuerlig, felles kommunikativ validering mellom veiledere og forsker.

Den kommunikative validiteten i Delstudie II var hovedfokus i det siste fokusgruppeintervjuet. Medforskerne fikk fremlagt analysen av de tidligere intervjuene og kommenterte på gyldigheten av sammenhengen mellom deres utsagn og tematiseringen av disse. Den kommunikative valideringen var også fremtredende i fokusgruppeintervju 3 og 4. I begge disse intervjuene fikk medforskerne presentert den skriftlige analysen av henholdsvis fokusgruppeintervju 1 og 2. Ved tre anledninger ble utkast til analyse lagt frem for personalet og medforskere ved Akuttposten i form av undervisning. De syv fasene i analyseprosessen har vært gjort til gjenstand for en kontinuerlig, felles kommunikativ validering mellom veiledere og forsker.

Pragmatisk validering er verifisering i bokstavelig forstand, hevder Kvale (1997). Forfatteren fremholder handlingsaspektet ved kunnskapsproduksjonen; ledsages intervjupersonens utsagn av handling, eller bidrar de til forandringer i handlinger? Dette aspektet har vært fremtredende i de empiriske studiene ved at

de har inngått i et handlingsorientert forskningssamarbeid ved Akuttposten. Særlig gjelder dette i Delstudie II, der det handlingsorienterte fokuset har fremholdt hvordan den erfaringsbaserte pasientkunnskapen kan bidra til kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie. Kunnskapsutvikling forstått som forandringer både i forståelsen av og i det kliniske arbeidet med fenomenet og lidelsen mani og det å være innlagt pasient.

Kvale (1997) omtaler den intervenserende delen av den pragmatiske valideringen som den viktigste: Kan intervensjonene som er blitt satt i gang på grunnlag av forskerens kunnskapsproduksjon, igangsette virkelige atferdsendringer? Forfatteren fremholder at medforskere "ja" eller "nei" på dette spørsmålet ikke kan være tilstrekkelig. Det avgjørende er i relasjon til handlingsorientert forskningssamarbeid – å prøve ut handlingene i praksis (Reason, 1994). Reason hevder at den kunnskap som er utviklet i forskerfellesskapet, er en form for sosial kunnskap som må prøves ut i konkrete handlinger i situasjonen. Ved å handle i situasjonen får en validert kunnskapen i praksis. Den handlingsbaserte validering settes deretter i relasjon til den refleksive validering. Samspillet mellom handling og refleksjon gir en ytterligere dimensjon til den pragmatiske validering.

Pragmatisk validering i denne form har funnet sted gjennom hele forskningsprosessen. Det empiriske materialet har vært lagt frem gjennom dialogbasert undervisning for medforskere og personalet ved Akuttposten. Flere medforskere (personalet) har siden rapportert muntlig at de har prøvd ut en annen metodisk tilnærming på bakgrunn av kunnskapsproduksjonen og muntlig evaluert denne. Flere av deltakerne i Delstudie I har brukt den kunnskapen som ble artikulert i sine egne liv i forhold til ulike interesseorganisasjoner. I det femte fokusgruppeintervjuet fortalte flere av medforskerne (personalet) hvordan de hadde brukt den angitte kunnskapen i praksis på flere områder. For det første i arbeidet med maniske personer som var innlagt og i arbeidet med seg selv som fagperson. Flere hadde opplevd større grad av individuell og kollektiv refleksjon over klinisk arbeid og fremhevet betydningen av å ha deltatt som medforskere og den anledning det gav til artikulering av erfaringsbasert fagkunnskap.

Validitet i *rapporteringen* ser Kvale (1997) i relasjon til en rapport og dennes redegjørelse for studiens resultater og leserens rolle i valideringen av resultatene.

Malterud (1996) fremholder at man skal stille spørsmål ved presentasjonsformens relevans. Kvale (1997) argumenterer for at dette innebærer å stille spørsmål om rapporten gir en riktig fremstilling av de sentrale funn, og ikke utelater eller legger til forhold av betydning. Larsson (1994) fremholder at et sentralt kvalitetskriterium er forholdet mellom innholdsrikdom og struktur. Forfatteren peker på at når hensikten er å beskrive og artikulere den konkrete og levde erfaring, så er innholdsrikdom en selvsagt kvalitet. Larsson viser videre til at i en hermenutisk tilnærming så har tolkningene høyere kvalitet om de kan fange flere nyanser og distinksjoner. På denne måten får tolkningen en enda større presisjon.

Den hermeneutiske innholdsanalysen<sup>120</sup> som er beskrevet, er inspirert av Kvales sammenkobling av ulike tolkningskontekster. En slik sammenkobling vil kunne gi teksten og tolkning av denne en ytterligere dybde og sammenheng. Tolkningskonteksten *selvforståelse* innebærer å gi en kondensert beskrivelse av meningen i deltakernes ulike utsagn. Denne tolkningskonteksten er reflektert i analysearbeidet som jeg har beskrevet i analysens trinn en og to. *Den helhetlige tolkningen* utgjør en dialektisk bevegelse mellom delstudienes deler og helheter, samt den helhet disse representerer når de settes i relasjon til hverandre. Dette innebærer å stille flere spørsmål til tekstens mening i lys av flere og ulike tolkningsmuligheter; hva uttrykker teksten *egentlig* om fenomenet som studeres? De ulike transkriberte intervjuetekstene ble satt i relasjon til hverandre og tolket i form av generelle trekk, variasjoner og ulikheter. Denne tolkningskonteksten tilsvarer trinn tre i den beskrevne innholdsanalysen. I tolkningskonteksten av *teoretisk forståelse* er det funnene i det fjerde trinnet i analysen som fokuseres.<sup>121</sup> I denne konteksten anlegges den teoretiske rammen som grunnlag for tolkning av funnene, og temaområder drøftes i lys av det teoretiske perspektivet. Temaområdene søker å overskride de to forutgående kontekstene av tolkning. Funnene er utviklet på basis av de ulike trinnene i analyseprosessen. Det teoretiske rammeverket er presentert i den første delen av avhandlingen, og drøftingen gjøres i lys av dette.

Disse kravene til validitet og kvalitet er søkt ivaretatt i den skriftlige fremstillingen av avhandlingen. Sentralt er et ønske om å tydeliggjøre mangfoldet

---

<sup>120</sup> Se også kap. 4.3.

og rikdommen i det empiriske materialet gjennom rikholdig fremstilling av funn ved bruk av sitater. I tillegg er det lagt vekt på nøye beskrivelser av gjennomføringen av de empiriske studiene for å gi leseren muligheter til å validere *hele* forskningsprosessen. Tolkingsprosessene av funnene er grundig beskrevet for å søke å fange flest mulig distinksjoner og nyanser. Diskusjon og konklusjon er forsøkt atskilt i den hensikt å tydeliggjøre hva avhandlingen kan bidra med i kunnskapingen av de studerte fenomener. Gjennom avhandlingens disposisjon forsøker jeg å gi en god indre struktur i form av oppbygning, informative overskrifter og bruk av tabeller og vedlegg.

#### 4.7 Forskningsetiske overveielser

Basis for avhandlingens grunnleggende og allmenne etiske refleksjoner er å finne i Helsinki-deklarasjonen (1964/1975), i Hawaii-erklæringen (1977) og i "Forskning på mennesker" (NEM, 1992). Forskning i psykisk helsevern og med personer med psykiske lidelser stiller krav til ytterligere etisk refleksjon. Friis og Vaglum (1999) fremholder etiske problemstillinger som særlig aktuelle i klinisk psykiatrisk forskning. De viser til fem hovedpunkter som kan ivareta den etiske diskusjonen: 1. En nøye vurdering av faren for skade/smerte, 2. En nøye vurdering av mulig nytte, 3. Innhenting av informert samtykke, 4. Grundig planlegging og gjennomføring av undersøkelsen og 5. Sikring av personvernet. Disse punktene er utarbeidet på grunnlag av retningslinjer som er nedfelt i Helsinki-deklarasjonen og i Hawaii-erklæringen. Jeg vil kort beskrive punktene og relatere dem til hver enkelt delstudie under fem overskrifter:

Vurdering av faren for skade/smerte:

En spesifikk vurdering av faren for skade eller smerte ble vurdert ved min deltakelse i Akuttposten. Personalet og pasienter ble informert om min tilstedeværelse både muntlig og skriftlig.<sup>122</sup> All deltakelse var frivillig basert og ble det orientert om taushetsplikt og konfidensialitet. Vurdering av faren for skade og smerte lå i at uformelle samtaler med pasienter kunne skape behov for videre terapeutisk arbeid ved at de fleste pasientene var i en akutt krise. Jeg avklarte med avdelingssykepleier ved posten at hvis slike situasjoner skulle oppstå, ville en av personalet overta og følge opp. Det skjedde ikke. I tillegg bar jeg

---

<sup>121</sup> Se tabell 3, 4, 5, 6 og 7.

skilt som gjorde oppmerksom på min utdanning som psykiatrisk sykepleier og på hva jeg arbeidet med. Studien var godkjent av Sykehusets ledelse.

Deltakelse i Delstudie I gjennom forskningsintervjuet kunne medføre smertefull påminnelse om vonde minner. Man måtte vurdere om deltakelse i forskningsintervjuet skapte behov for terapeutisk arbeid som ikke kunne følges opp. Disse spørsmålene ble reflektert over ved igangsettingen av Delstudie I. Avdelingsoverlegen ved Akuttposten og medisinsk behandlingsansvarlig i Prosjekt Undervisningsavdeling gjorde en faglig vurdering av potensielle deltakere i Delstudie I også med hensyn til mulig skade eller smerte. Dette ble gjort før invitasjon om deltakelse ble sendt ut. I følgebrevet<sup>123</sup> som gikk ut i forbindelse med forespørsel om deltakelse ble det understreket at denne var frivillig og man kunne trekke seg på ethvert tidspunkt i undersøkelsen. Brevet gav også de forespurte muligheter til å ta kontakt med Akuttposten for å diskutere eventuell deltakelse. For de som ønsket å delta, ville det til enhver tid være mulig å henvende seg til Akuttposten med henblikk på å fange opp reaksjoner eller senreaksjoner på forskningsintervjuet. Sammen med invitasjonen om deltakelse lå det et brev fra avdelingsoverlegen som viste til at det var han som hadde vurdert og funnet frem til personer å forespørre. Forskeren hadde følgelig ikke tilgang til navn, adresse eller andre personopplysninger.

Prosedyren for utsendelse av invitasjon til deltakelse ble beskrevet og godkjent i Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion I (REK).<sup>124</sup> I den praktiske gjennomføringen av utsendelse av forespørsel om deltakelse ble den foreskrevne og godkjente prosedyren brutt av forskeren. Feilen bestod i at jeg i en kort periode hadde tilgang til de forespurte personenes navn og adresser, påførte disse på konvolutter merket med høgskolens navn og logo, som siden ble frankert og sendt ut fra høgskolen (i stedet for fra Sykehuset med dets logo). Bruddet på prosedyren ble oppdaget etter to uker. Det ble umiddelbart innkalt til møte mellom ledelsen ved Sykehuset og Prosjekt Undervisningsavdeling. Her vedtok man å stoppe den videre utsendelse og prosjektet som sådan – og å informere Fylkeslegen. Det ble sendt et oppklaringsbrev fra Sykehusets ledelse til dem som

---

<sup>122</sup> Se vedlegg 4: Informasjonsskriv til pasienter og ansatte ved Akuttposten.

<sup>123</sup> Se vedlegg 1: Følgebrev og invitasjon til deltakelse i Delstudie I.

<sup>124</sup> Se vedlegg 2: Godkjenning fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion I



hadde mottatt invitasjonen. Samtidig ba man om en vurdering av den oppståtte situasjonen fra REK. Komiteen (REK) behandlet saken etter nye to uker og fastslo at det hadde skjedd et brudd på den foreskrevne og godkjente prosedyren. Måten bruddet var behandlet på, var tilfredsstillende og gav ingen grunn til en ny vurdering av helheten i prosjektet fra REKs side.

En annen dimensjon ved ikke å skade eller smerte intervjupersonen er å være lydhør og la deltakerens historie være avgjørende for den retning samtalen tar. Å ikke skade innebærer også å kunne hankses med forholdet mellom fortrolighet, anonymitet og privatliv.

I forhold til retten til privatliv og respekten for den personlige integritet ble dette forsøkt ivarettatt ved at det ikke ble opprettet noen form for personregistre. Forskeren underskrev erklæring om taushetsplikt om mulige pasientopplysninger. All informasjon ble behandlet konfidensielt, og alle data om og fra pasienter er nøye anonymisert. Hele forskningsprosjektet "Pasienterfaringer med mani og sykehusinnleggelse og som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie" ble behandlet og godkjent i REK, Helseregion I 28.01.00.<sup>125</sup> Gjennom hele forskningsprosjektet har forskeren fått veiledning av to erfarne forskere, hvorav den ene er professor innenfor fagfeltet psykiatrisk sykepleie. Forskeren har også gjennomført omfattende litteratursøk for å utvide sin kunnskap om de aktuelle forskningstemaer og for å kunne begrunne delstudienes relevans. Forskeren har lang klinisk erfaring fra feltet og fra arbeid med mennesker med alvorlige psykiske lidelser og er utdannet psykiatrisk sykepleier. Dette er en fordel når det gjelder å ha kunnskaper om psykiske lidelser, psykiatrisk sykepleie og relasjonen mellom intervjuperson og forsker. I Delstudie I var det frivillig å delta, og deltakerne kunne trekke seg når som helst.<sup>126</sup> Temaene i fokusgruppene ble vurdert som lite truende for de involverte. Alle utsagn er anonymisert.

Vurdering av mulig nytte:

Vurderingen av nytten må ses i lys av vurderingen av fare for smerte eller skade. I hvilken grad kan deltakerne i delstudiene nyte godt av den kunnskap som produseres gjennom

---

(REK).

<sup>125</sup> Se vedlegg 2: Godkjenning fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion I (REK).

<sup>126</sup> Se vedlegg 3: Erklæring om informert samtykke.

avhandlingsarbeidet? Mulig nytte i forhold til deltagende observasjon var primært knyttet til å forstå hverdagen og samhandlingen ved Akuttposten. Denne kunnskapen ville så danne basis for den kunnskap som ble utviklet i de neste delstudiene. Et sentralt moment for de alle fleste av deltakerne i Delstudie I var ønsket om å fortelle *sin* historie til en som var villig til å lytte. Deltakerne mente at dette kunne tjene minst to hensikter. For det første fikk de snakket om forhold de ikke hadde snakket sammenhengende om tidligere. Dette kunne hjelpe dem til å komme videre i egen prosess. Det andre momentet var ønsket om å dele sine erfaringer og opplevelser i et forskningsprosjekt. På denne måten kunne deres erfaringer bidra til økt forståelse og kunnskap både om det å ha en psykisk lidelse og for arbeidet med mennesker som har en psykisk lidelse.

For deltakerne i Delstudie II var nytteverdien knyttet til siste del av de tidligere pasientenes vurderinger. Personalet ønsket å få mer kunnskap om fenomenet og lidelsen mani og om hvordan det oppleves å være innlagt pasient. To andre forhold kom også i frem i vurderingen av nytte: muligheter for kollektivt å kunne reflektere over faglig kunnskap og ønsket om bidra til å endre etablert klinisk praksis. Flere av deltakerne fremholdt arbeidet i fokusgruppene både metodisk og prosessuelt som meget velegnet i forhold til å kunne reflektere over egen praksis. Fokusgruppene muliggjorde en dialog omkring ulike perspektiver og forståelser, som var vanskelige å gjennomføre i det daglige. På samme måte forpliktet dialogen deltakerne både individuelt og kollektivt til å endre på egen klinisk praksis i arbeidet med den aktuelle pasientgruppen.

Avhandlingsarbeidet, som en del av Prosjekt Undervisningsavdeling, var ønsket av både Sykehusets ledelse og postens personale. Avhandlingsarbeidet var på denne bakgrunn klart forankret i ledergruppen og blant personalet med hensyn til planlegging, gjennomføring, rapportering og tilbakeføring av resultater. Pasientene som gruppe har ikke kunnet ta stilling verken til de ulike forskningsprosjektene eller til avhandlingsarbeidet. Forskningsresultatene sikter mot å gi personalet økt forståelse for hvordan deres kommunikasjon og interaksjon initieres og utvikles i samspill med pasientene. Slik vil kunnskapsproduksjonen skape økt interesse og nysgjerrighet for videre granskning og å forbedre postens behandlingsmetoder. I dette perspektivet vil pasientene kunne ha stor nytte av egne og personalets refleksjoner omkring den virksomhet de samskaper.

## Informert samtykke:

Under min deltakelse i Akuttposten ble alle informert både muntlig og skriftlig.<sup>127</sup> Bare de av personalet som sa seg villig til å delta, ble involvert. De var kjent med at deltakelsen var frivillig. Forskeren vurderte at det ikke var forsvarlig å søke om pasientens informerte samtykke. Pasientene er inne en kort tid og i akutt tilstand. Forskningsopplegget bestod i deltakende observasjoner og uformelle samtaler.

Deltakerne i Delstudie I gav informert samtykke.<sup>128</sup> Deltakerne ble tilskrevet på forhånd med informasjon om at deltakelsen var frivillig og at man kunne trekke seg med umiddelbar virkning.<sup>129</sup> I informasjonsbrevet til deltakerne var det angitt informasjon om mulig risiko og nytte ved eventuell deltakelse. Sammen med den skriftlige informasjonen til deltakerne lå det et skriv om informert samtykke.<sup>130</sup> Dette måtte eventuelt undertegnes og returneres til avdelingsoverlegen. Deretter tok overlegen kontakt med forskeren, som igjen kunne ta kontakt for å avtale intervjutidspunkt. Samtykkeerklæringen var utformet i tråd med retningslinjer fra REK. Den informerte samtykkeerklæringen gav forskeren mulighet til å *forespørre* om intervju. Både i telefonen og i selve intervjusituasjonen gjorde jeg oppmerksom på at deltakelsen var frivillig.

Deltakerne i Delstudie II fikk muntlig og skriftlig informasjon om at deltakelsen var basert på frivillighet og med rett til å trekke seg.

## Gjennomføring av undersøkelsen:

Friis og Vaglum (1999) peker på et fjerde etisk refleksjonspunkt, nemlig kravet om grundig planlegging og gjennomføring av undersøkelsen. I dette ligger det en forventning om god planlegging med et ønske om å utvikle ny kunnskap innenfor det temaet undersøkelsen omhandler. Dette fokuset må også prege arbeidet med å skape og analysere data og publisere resultater. I tabell 1 og 2 (kap. 4.2) viser jeg hvordan helheten i undersøkelsen har vært planlagt og gjennomført over en periode på 3 år. Avhandlingen har som en del av Prosjekt Undervisningsavdeling vært gjennomført over 4 år, og prosjektene har fulgt hverandre ad.

---

<sup>127</sup> Se vedlegg 4: Informasjonsskriv til pasienter og ansatte ved Akuttposten.

<sup>128</sup> Se vedlegg 3: Erklæring om informert samtykke.

<sup>129</sup> Se vedlegg 1: Følg brev og invitasjon til deltakelse i Delstudie I.

<sup>130</sup> Se vedlegg 3: Erklæring om informert samtykke.

### Sikring av personvernet:

I henhold til sikring av personvernet har jeg tidligere vist til at avhandlingsarbeidet er godkjent i REK. Alle data om deltakerne i delstudiene er anonymisert. Ingen personregistre ble opprettet i noen av delstudiene. Avdelingsoverlegen har hatt og oppbevart navnelister over forespurte og over deltakerne i Delstudie II. Notater og transkriberte intervjuetskrifter fra delstudiene var anonymisert da deltakerne og veiledere leste disse. Båndene fra Delstudie I og II er siden blitt oppbevart nedlåst og vil bli slettet umiddelbart etter disputas.

## DEL 3 PRESENTASJON OG TOLKNING AV FUNN

I del 3 i avhandlingen vil funnene<sup>131</sup> fra de to delstudiene bli presentert i kronologisk rekkefølge i egne kapitler. Funnene fremstilles som temaområder med basis i direkte utsagn fra deltakerne i de to undersøkelsene. Gjengivelsen av sitatene søker å forankre funnene og å fremstille kompleksiteten og mangfoldet i de empiriske funnene. Gjennom ulike tabeller (tabell 3-5) sammenfattes sentrale temaområder i funnene. Avslutningsvis (kapittel 7) presenteres en helhetlig tolkning av funnene fra de enkelte delstudier sett i relasjon til hverandre.

### KAPITTEL 5

#### **Tidligere pasienters opplevelser og erfaringer med mani som fenomen og lidelse og som innlagt pasient – Delstudie I**

Funnene fra Delstudie I vil bli illustrert gjennom utsagn fra intervjupersonene. Dette gjøres for å belyse innholdet i de ulike temaområdene. Funnene vil bli presentert under tre hovedtemaer:

1. **Opplevelser av mani - kontroll, stemninger, vitalitet og tomhet og sykdom og sårbarhet**
2. **Opplevelser av maniens konsekvenser – relasjoner, selvaktelse, sårbarhet og følsomhet og forsoningsarbeid**
3. **Opplevelser som innlagt pasient – beskyttelse, integritetskrenkelser, lindrende og manglende omsorg og etterbehandling**

#### **5.1 Opplevelser av mani**

Tilstanden mani eller det "å være manisk" oppleves svært forskjellig av de ulike intervjupersonene. De fleste opplever det som godt i betydningen av å føle seg på en topp,

---

<sup>131</sup> Begrepet funn kan gi assosiasjoner i retning av et distansert subjekt-objekt forhold mellom forsker og intervjuperson. Begrepet benyttes i denne sammenheng for å kunne kategorisere de temaområder som er utviklet på bakgrunn innholdet i de kvalitative forskningsintervjuene og den hermeneutiske fortolkningen av disse. De ulike stegene i den hermeneutiske fortolkningsprosessen fremmot å kunne presentere noe som funn er vist og redegjort for i vedlegg 8 og tabell 3, 4 og 5. Tabellene gir en fremstilling av forholdet mellom utsagn, innhold og temaområder som er basis for presentasjon og tolkning av funn i Delstudie I.

være verdensmester eller som i en berusende tilstand. Denne opplevelsen gjør at personene føler at de kan takle enhver situasjon og relasjon – alt er mulig og "the sky is the limit". Flere av personene uttrykker at det er i den maniske perioden at de føler at de lever og har kontakt med sitt eget livsbegjær og sin egen livsglede. Mange føler seg årvåkent til stede i livet, svært sensitive og opplever seg selv mest som normal og ikke syk. De opplever å ha full kontroll over seg selv og sitt eget liv. De aller fleste gir uttrykk for at de husker det meste av det som skjer i den maniske episoden.

Andre intervjupersoner erfarer derimot den maniske tilstanden som et helvete fylt med angst, uro og dramatiske hendelser og situasjoner. Disse personene beskriver at de er ute av kontroll i den maniske perioden, og at nettopp denne opplevelsen er utholdelig og vond. De opplever seg selv, sine utsagn og handlinger som fremmede og utenfor sin kontroll. De kan såre både seg selv og andre, men kan ikke gjøre noe for å forhindre det. Disse erfaringene knyttes til en forståelse av mani som sykdom som de rammes av. De har derved ikke herredømme over de utslag eller konsekvenser den kan gi. Sykdomstilstanden mani blir på denne bakgrunn beskrevet av noen som en kreftsvulst som rammer uventet og overraskende, og som ofte har en ukontrollerbar utvikling og med en prognose som alltid kan være forbundet med fare for tilbakefall.

Følgende temaområder fremkommer i materialet: 1. Kontroll, 2. Stemninger, 3. Vitalitet og tomhet og 4. Sykdom og sårbarhet.

### **5.1.1 Kontroll**

Opplevelsene av grad av kontroll i manien uttrykkes på forskjellige måter blant intervjupersonene. Felles er at alle tematiserer deres opplevelser av og erfaringer med forholdet mellom kontroll og mani. En kvinne uttrykker det slik: "*Jeg hadde full kontroll da jeg var manisk, jeg vil si det.*" Hun forteller at hun regisserte sin egen innleggelse både i form og innhold. Hun var bl.a. meget opptatt av å vise hensyn og respekt for sin ektefelle ved at innleggelsen var påkrevd fordi ektefellen var utslitt og trengte hvile, og ved at ektefellen ikke skulle være den som krevde tvangsinnleggelse. Følgelig ble lege og politi tilkalt, og vedkommende ble etter eget ønske kjørt til Sykehuset med full politieskorte.

En kvinne forteller: "*En er ute av kontroll når en er manisk. Du har ikke kontroll da.*" Vedkommende beskriver opplevelser av sviktende selvstyring og selvkontroll både med hensyn til utsagn og handlinger. Hun forteller at hun kan oppleve at hun ikke bør si eller gjøre ting i forhold til fremmede mennesker, men klarer ikke å la være. Et eksempel

kan være å snakke til en ukjent mann og spørre om han vil bli hennes kjæreste. En mann omtaler det samme fenomenet, men fra en annen vinkel: *"Det vonde er at du mister kontrollen over deg selv."* Her er opplevelsen av ikke å ha kontroll og at handlingene er ute av kontroll, meget sterk og intens. Han forteller om en episode der han gikk til politiet og anmeldte sin kone for mishandling av deres felles barn. Anmeldelsen ble tatt til følge med politietterforskning og hjelp fra barnevernet. Mannen uttrykker etter den maniske episoden at det ikke fantes noe reelt grunnlag for anmeldelsen, og at den ble gjort fordi han ikke hadde kontroll over seg selv og sine handlinger. Han føler at denne hendelsen har endret relasjonen mellom ektefellen og ham dramatisk.

En kvinne sier: *"Jeg er ikke slik at jeg blir helt ute av kontroll. Det har nok virket som om jeg ikke har hatt kontroll. Da blir den maniske biten både vond og god."* Hun forteller om opplevelser av å kontrollere det å ikke ha kontroll. Hun nevner episoder der hun kjenner at hun er i ferd med å miste kontrollen, og at denne erkjennelsen kan gi henne kontrollen tilbake. Idet hun kjenner at hun gjerne vil snakke fransk til alle i togkupeen, forstår hun at dette kan innebære uheldig sosial blamering, og lar det være. Hun opplever å kunne kontrollere en mulig uønsket handling og ser dette som å utøve selvkontroll.

Basert på disse utsagnene kan en sammenfattende si at opplevelser av ulike aspekter av kontroll er sentralt i opplevelsen av mani. Dette gjelder både kontroll som et fenomen, i relasjon til maniopplevelsen, i relasjon til personen selv og dennes handlinger og i relasjon til andre personer. Nyansene i opplevelser av kontroll som selvstyrt eller andrestyrt, grad av opplevd kontroll og forholdet mellom kontroll og mani er følgelig avgjørende for opplevelsen av mani som fenomen og lidelse.

### **5.1.2 Stemninger**

Opplevelsen av mani beskrives slik av en kvinne: *"Da føler jeg at jeg er verdensmester. Jeg tror jeg kan gjøre hva som helst. Det er som en rus."* Mange av intervjupersonene benytter metaforer knyttet til den konkrete opplevelsen av mani, som rus, verdensmester, helvete og spøkelse. Samtidig gjenopplevs personer, situasjoner, følelser og handlinger i manien. Intervjupersonene har hatt fra 3 til 42 sykehusinnleggelses der mani har vært det aktuelle. Det skulle kunne tilsi at det utvikler seg tegn, mønstre, hendelser og opplevelser som går igjen fra gang til gang. Flere utsagn peker i retning av at en eller to søvnløse netter

kan være et første gjenkjennende tegn på utvikling av en manisk opplevelse. Andre utsagn peker på at sentrale personer eller samme tematikk blir gjenopplevd. En kvinne forteller:

*"Det er litt mye med det med bestefar. Han går igjen hver gang jeg blir innlagt. Ved siste innleggelse hørte jeg lyder. Det knirket og knakte i gulvet. Det tolket jeg som beskjeder til meg fra bestefar. Han er der og tenker på meg."*

På samme måte som maniopplevelser kan beskrives som å gjenoppleve berusende mestring eller et spøkende helvete, kan de også være uttrykk for gjenopplevelser av å være i kontakt med livet og det levende i personen: *"Den maniske tilstanden er god for jeg er jo i veldig fin form. Det er da jeg synes jeg lever, men det gjør ikke familien min,"* uttrykker en mann. En annen person beskriver det slik: *"Jeg kan bli ustyrtelig glad, men jeg kan bli veldig lei meg også."* Redselen for å oppleve en maniske periode på nytt uttrykkes slik av en kvinne: *"Det er et helvete å være manisk. Jeg er redd for at det skal skje igjen. Det er der hver eneste dag som et spøkelse."* På samme måte som personene forteller om variasjon i gjenopplevelsene av mani, er det variasjon i gjenopplevelsen av maniens ytringsformer: *"Det er ikke likt hver gang, men jeg er ikke helt klar over det for etterpå. Noen ganger er det ikke noe gærent, mens andre ganger gjør jeg ting som er litt unormalt."*

Intervjupersonene forteller også om gjenopplevelser knyttet til skyld og anger. Dette kan gjelde ting av sårende eller krenkende art som vedkommende har uttalt til en annen person, eller handlinger av samme karakter. Denne følelsen er knyttet både til redselen for å kunne komme til å si eller gjøre tilsvarende ting i en ny manisk periode og til gjenopplevelsen av det som ble sagt eller gjort i den siste maniske perioden. En mann forteller: *"Jeg har gjort og sagt veldig mange ting jeg angrer på."* En ung kvinne forteller: *"Du gjør og sier ting du angrer på etterpå, og jeg husker alt. Da må du be om unnskyldning dagen etter."*

Utsagnene og handlingene som intervjupersonene kan føle anger og skyld i forhold til, oppleves samtidig som utenfor deres kontroll. De opplever å si eller gjøre noe de i øyeblikket ikke kan forhindre, og som tilskrives sykdomstilstanden mani: *"Jeg har ikke bedt om å få noen sykdom. Jeg har ikke ønsket meg sykdom. Da har jeg heller ikke ønsket meg de dumme gjerningene jeg har gjort."* En annen person sier: *"Du må på en måte unnskylde det med at det er en sykdom, for du kan jo til tider oppføre deg litt annerledes enn det du vil."*

Svært mange av intervjupersonene har opplevd å bli lagt inn i sykehus mot sin vilje og følgelig ved bruk av tvang. Innleggelsessituasjonene kan være preget av både sterke følelsesmessige uttrykk og dramatik, og ved flere anledninger må lege og politi



tilkalles for å gjennomføre selve tvangsinnleggelsen. Intervjupersonene forteller også om situasjoner der de er blitt lurt til Sykehuset av pårørende under dekke av at de bare skal snakke med doktoren – noe som ender med tvangsinnleggelse. Svært få forteller om frivillige innleggelse. De ovennevnte situasjonene fremkaller opplevelser av tap av selvstendighet og en følelse av påtvunget overgivelse. En mann utdyper det slik: *"Jeg har vært tvangsinnlagt hver gang. Det er forferdelig. En gang ble jeg lurt dit av sonnen min. Han sa vi skulle på biltur."* En kvinne forteller: *"Flere ganger har jeg blitt tvangsinnlagt, uten å bli spurt om jeg vil. De har bare tvunget meg med politi og full pakke."*

En annen forteller om sine erfaringer:

*"Hver gang kommer det tre politifolk og henter meg. De tar hendene mine på ryggen og i håndjern, som jeg må ha på helt til sykehuset. Det er forferdelig vondt og nedverdiggende. Jeg ringte lensmannen og bad dem om å legge om prosedyrene slik at jeg kunne ha hendene i fanget under bilturen. Han sa det var greit."*

Slike opplevelser av at overmakten tar i bruk metoder som oppleves som smertefulle og nedverdiggende, kan forsterke graden av oppgivelse av autonomi og personlig integritet. Samtidig forteller historien om en person som, på bakgrunn av sine erfaringer, evner å ta et initiativ og uttrykke dette overfor en myndighetsperson. Personens hensikt er å få endret den behandlingen og den mangel på respekt vedkommende har blitt møtt med. På denne måten viser personen hvordan skiftet mellom ulike stemningsleier og ulike situasjoner kan mestres både i form av inntrykk og hvordan disse finner sine uttrykk.

### **5.1.3 Vitalitet og tomhet**

Mani oppleves i høy grad forskjellig for intervjupersonene. Som tidligere beskrevet er det ulike opplevelser av det å være i en manisk periode. Et fellestrekk er hvordan maniopplevelsen vitaliserer sterke følelser hos de ulike personene, og hvordan disse følelsene preger personens opplevelser både tankemessig og kroppslig. Opplevelsene fremstår ofte som dialektiske – enten som tegn på vitalitet eller på tomhet, og slik sett kontrasterer hverandre. Følelsen av vitalitet er både en sterk opplevelse av livsbrus og livsglede og en påminnelse om at det kommer en brytningstid da livsmotet avtar, følelsen av tomhet tiltar og tanker om å ende livet kan bli intense. Ofte kan personenes beskrivelser av denne dialektikken uttrykkes meget metaforisk: *"Det er liksom det bruser i deg. Du blir raskere og kvikkere."* Eller: *"Når jeg er høy, da er jeg virkelig høy. Det er jo deilig. Det er som en rus."* En ung mann forteller: *"Jeg merker en veldig uro. I kroppen, som har vært der alltid, men som gir meg spesielle krefter og evner når jeg er manisk."*

Livsbruset eller opplevelsen av vitalitet kan både være en konkret opplevelse i manien og en påminnelse om hva som kan komme: *"Det verste er vel brytningstida mellom mani og depresjon. Det verste var angsten for livet og det å holde ut depresjonen."* En kvinne utdyper det slik:

*"I overgangen fra mani til depresjon tenker jeg bare på å slutte av med livet. Hadde jeg bare fått være manisk, så hadde jeg ikke blitt så redd for å bli dårlig igjen. Dette bli verre og verre år for år – jeg har forsøkt å ta livet mitt to ganger."*

Utsagnene viser til brytningstidens tomhet som kan inntre i perioden mellom mani og depresjon. Beskrivelsene viser hvordan personene kan svinge mellom vitalitet og tomhet. De forteller også om det paradoksale i at personen kan oppleve seg selv som mest vital og fornøyd i en periode da svært mange andre, av familie og hjelpere, opplever vedkommende som ute av kontroll i forhold til eget liv og egen hverdag.

Denne konflikten kan ha sterk innvirkning på den behandlingen og den omsorgen personen seinere konkret opplever i kraft av det å være innlagt pasient. Flere av intervjupersonene opplever dette møtet som en videreføring av konflikten mellom vitalitet og tomhet. Ofte kan dette gi seg uttrykk i økt kontroll og tvang:

*"Jeg føler meg helt på topp når jeg kommer til avdelingen. Der har jeg inntrykk av at de tyr lett til medisiner og låste dører. Det tar bare noen dager så er jeg på vei inn i depresjonen. Jeg skulle ønske det hadde gått an å få gjort noe uten medisiner."*

#### **5.1.4 Sykdom og sårbarhet**

De fleste av intervjupersonene opplever at manien er en sykdom som har rammet dem på lik linje med en annen sykdom. Flere sammenligner det med å få kreft. En kvinne uttrykker seg slik: *"Jeg har følelsen av at det å ha denne sykdommen liksom ikke blir akseptert. Hadde jeg hatt kreft, hadde det blitt mer akseptert som sykdom."* En mann forteller: *"Om noen får kreft eller hjerteinfarkt eller mani, så er det vel ingen mening i det heller. Jeg tror jeg har innfunnet meg med at det er noe jeg må leve med."* Mani sammenlignes her metaforisk med somatiske sykdommer og viser til det forklarlige ved disse. Det er sykdommer som rammer personene utenfra, og som primært ikke kan forklares utelukkende med atferd eller med barndom, oppvekstvilkår eller psykologiske traumer. Sykdom i denne forstand både fritar for og gir ansvar i forhold til egen atferd. Denne erkjennelsen mener flere av intervjupersonene har ført til at de opplever seg selv som mer psykisk sårbare i relasjon til andre mennesker. Sårbarheten kan vise seg i form av åpenhet og selvavsløring overfor andre mennesker, følelsesmessige svingninger og situasjoner og en oppmerksomhet og varhet i forhold til egne følelser og reaksjoner. Flere av

intervjupersonene viser til at de oppfatter dette som en styrke når det gjelder å kunne hjelpe andre som er i tilsvarende situasjoner eller har tilsvarende opplevelser. Samtidig kan det gjøre personene mer sårbare i forhold til å oppleve følelsesmessige overgrep eller manipulasjoner. Noen forteller at dette kan medføre at de trekker seg tilbake fra ulike sosiale og følelsesmessige relasjoner, og som en følge av dette opplever større grad av ensomhet og de påkjenninger som kan følge av dette.

Opplevelsen av mani som sykdom uttrykkes slik av en kvinne: "Jeg oppfatter det som en sykdom. Det er godt, for da har jeg en unnskyldning." En mann sier: "Jeg har ikke bedt eller ønsket meg å få en sykdom." Opplevelsen av mani som sykdom synes å gi personene overbærenhet og forsoning på egne vegne, både i forhold til hvorfor akkurat de er blitt rammet, og som en unnskyldning i forhold til uønskede utsagn og handlinger. Slik intervjupersonene benytter begrepet unnskyldning, kan det i denne sammenheng bety en individuell akseptasjon av og overbærenhet med å være i en manisk periode. Når vi senere ser på opplevelser av maniens konsekvenser, kan andre utsagn tyde på at relasjonelt danner de samme handlingene og utsagnene grunnlag for opplevelse av skyld og skam hos den intervjuede.

Åpenhetens sårbarhet fremstilles slik av en kvinne: "Jeg er så åpen. Det er derfor det er så vondt etterpå. Jeg er mer sårbar. Jeg er et typisk følelsesmenneske." En mann uttrykker det slik: "Jeg er et følelsesmenneske. Jeg er et stemningsmenneske. Jeg lar meg påvirke av andre mennesker, og jeg ser sammenhenger. Det gjør meg mer sårbar overfor de samme menneskene." Åpenheten slik den omtales her, knyttes til personenes opplevelse av seg selv som åpne for egne følelser og stemningsleier og i relasjon til andre. Disse utsagnene danner basis for personens helhetlige forståelse av seg selv – ikke utelukkende i maniske perioder. Åpenheten oppleves som en kvalitet der nærhet og evne til å fokusere egne og andres følelser står sentralt. Samtidig oppleves åpenheten som en orientering mot andre, og som derved skaper en sårbarhet fordi personene lettere lar seg engasjere av ulike følelsesmessige stemningsleier og endringer. Engasjementet og orienteringen mot andre kan, spesielt i kompliserte følelsesmessige relasjoner, føre til at personene knytter det emosjonelle ubehaget til egen person.

## 5.2 Opplevelser av maniens konsekvenser

Dette hovedtemaet inneholder de funn som er knyttet til intervjupersonenes beskrivelser av lidelsesaspektet ved mani. Lidelsesaspektet fokuserer både de uønskede og ønskede konsekvenser personen beskriver i forbindelse med det å oppleve seg selv som manisk og det å bli omtalt som en manisk-depressiv pasient. Videre tematiseres hvilke sosiale og relasjonelle konsekvenser lidelsen kan ha, primært i forhold til familie og det offentlige hjelpeapparatet, men også i forhold til venner, kollegaer og øvrige betydningsfulle personer i vedkommendes hverdagsliv. Lidelsesaspektet viser til personens erfaringer med mani i form av diskontinuitet i egen eksistens og hvordan dette virker inn på hans sosiale roller, funksjon og selvforståelse. Disse erfaringene henger nøye sammen med personens selvbilde og opplevelse av selvaktelse og verdighet. Lidelse beskrives som en tilstand som er knyttet til plager og hendelser som truer personens helhetsopplevelse, og slik sett kan lidelse gi seg ulike uttrykk hos ulike personer.

I denne delen av presentasjonen vil dette belyses gjennom vedkommendes opplevelser og erfaringer i forhold til mani som sykdomslidelse og livslidelse. Lidelse som følge av sykepleie og behandling vil bli presentert i kapittel 6.3. Opplevelser som innlagt pasient – lidelse og lindring. Følgende temaområder har kommet til syne i materialet: 1. *Relasjoner*, 2. *Selvaktelse*, 3. *Sårbarhet og folsomhet* og 4. *Forsoningsarbeid*.

### 5.2.1 Relasjoner

En fremtredende dimensjon ved intervjupersonenes opplevelser av mani som lidelse er knyttet til ulike relasjonelle erfaringer. Disse erfaringene er gjort både i forhold til familie, venner, kollegaer, naboer og medpasienter og i relasjon til Gud. Kvaliteten i disse relasjonene kan oppleves som varierende både i nærhet og i styrke. Gudsrelasjonen rommer utsagn som både fremholder gudstroen som generelt styrkende og beskrivelser som forteller at det å være til stede i kirkerommet gir ro og styrke. En mann beskriver det slik: *"Jeg ber til Gud hver dag, jeg gjør det. Det både letter og styrker meg. Jeg tror på Gud."* En kvinne uttrykker seg slik: *"Når jeg går i kirken føler jeg på en måte at jeg henter styrke av å være der. Jeg har følt at Gud har hjulpet meg når det har vært som vanskeligst."*

Familiens betydning fremheves av de fleste av intervjupersonene. Dette gjelder i særlig i relasjon til ektefeller, kjærester og barn. Et annet fremtredende trekk er disse relasjonenes tvetydighet. Intervjupersonen kan oppleve sine familiemedlemmer som både

støttende og ikke-støttende, både relasjonelt og i ulike konkrete situasjoner. Det siste gjelder oftest når personen er i en manisk episode, da en ektefelle eller et barn er tutor ved en tvangsinnleggelse. Det relasjonelle kan gi seg uttrykk i at personen føler seg kontrollert og iaktatt i all sin atferd med en konstant trussel, uttrykt både eksplisitt og implisitt, om at tegn på mani ikke er ønsket og ikke vil bli godtatt. Samtidig kan det at familien er oppmerksom på maniske kjennetegn, forhindre en dramatisk sykehusinnleggelse, noe personen kan oppleve som uttrykk for omsorg. Dette kan forstås som relasjonelle samværsformer som både inkluderer kontroll, kritikk, overvåkenhet og anspenhet og frihet, akseptasjon, overbærenhet og respekt i ulike relasjoner mellom intervjupersonen og familiemedlemmer. En mann sier: *"Det er mor og far og gutta mine som merker det først. De merker det med en gang at jeg er i ferd med å bli manisk."* En kvinne forteller: *"Jeg er veldig glad for at jeg har to unger. Uten dem hadde jeg ikke klart meg. De merker med én gang noe er galt eller at jeg trenger hjelp."*

Intervjupersonenes beskrivelser av familierelasjonene som tvetydige gir rom for opplevelser av både et både-og og et enten-eller. I dette legger personene at familierelasjonene kan oppleves å være både nære og distanserte, både frigjørende og kontrollerende og både respekterende og desavuerende. Familierelasjonene fremstår som tvetydige i den forstand at de rommer en forståelse av personen som både person og pasient:

*"Familien bare slenger ut til meg at, du har jo vært manisk, så deg ser vi ikke så høyt på. Det minste jeg kan si, mene og gjøre, så er det: "Du trenger vel en tur på sykehuset, du?" Det synes jeg er sårende, for jeg blir aldri ferdig med disse innleggelsene mine."*

Denne formen for relasjonell sårbarhet<sup>132</sup> kommer også frem som en opplevelse av vaksomhet og frykt for tilbakefall: *"Mannen min ser det veldig godt, og han er redd for at det skal skje igjen, og er veldig påpasselig mot meg. Jeg kan nesten ikke gjøre noe når han ser at jeg er på vei inn i en manisk fase."*

Intervjupersonenes lidelse og dens mange uttrykk ses oftest i familierelasjonene. Særlig forteller intervjupersonene at de opplever dette i forhold til nåværende og tidligere ektefeller, kjærester, barn og i noen tilfeller egne foreldre. Beskrivelsene fremholder disse relasjonenes betydning for opplevelsen av å være en person i lidelsen, i den betydning at familien ser og vet mer enn venner og fagpersoner.

---

<sup>132</sup> Se også kap. 5.2.3 Sårbarhet og følsomhet.

Ulike familiemedlemmer har opplevd og erfart at personen både kan og er en annen enn det som fremkommer i lidelsen i en akutt manisk episode. Noen kan være forstående ved å være utholdende og tålmodige i den maniske fasen og samtidig støttende og omtenkssomme i den påfølgende fasen. Intervjupersonene kan oppleve dette både i form av holdninger og handlinger:

*"Jeg prøvde å ta livet mitt to ganger – her hjemme. Så mannen min fant meg begge ganger. Så at han har holdt ut, det er veldig rart. Han må vel bry seg om meg. Ellers hadde det aldri gått. Han har støttet meg når det gjelder."*

En kvinne forteller det slik: "Jeg tror nesten forholdet vårt er blitt sterkere jeg, etter at jeg fikk denne sykdommen. For alt det vi har gått igjennom. Han er veldig tålmodig med meg også, veldig, ja, helt enestående." En annen kvinne uttrykker seg slik: "Det er jo særlig dattera mi som har støttet meg opp igjennom alle disse årene. Vi har veldig mye å snakke om. Vi har et veldig bra forhold." Vennskap er vesentlig for flere av intervjupersonene. En viktig side ved disse relasjonene er at det kan oppleves som enklere å snakke med dem om personlige forhold: "Det er lettere å snakke med vennene mine om personlige ting." På samme måte kan relasjonene til medpasienter være betydningsfulle: "Jeg har hatt veldig god kontakt med medpasienter. Vi har delt mange erfaringer." Erfaringene med det å være pasient og å møte medpasienter kan danne grunnlag for et skjebnefellesskap, som også kan invitere til gjensidig innlevelse og engasjement. En mann forteller: "Jeg vil ikke være likegyldig i forhold til de jeg møter, for da bryr du deg ikke om din neste."

Møter med andre, både i form av relasjoner og personer, kan også oppleves som mindre positive fordi pasienten opplever både kategorisering og stigmatisering. Intervjupersonene forteller om slike opplevelser både fra familie, venner, naboer, arbeidskollegaer, medpasienter og profesjonelle hjelpere. Kategoriseringen og stigmatiseringen er knyttet til ulike sider ved lidelsen – lidelsen selv, dens uttrykk og det å være både person og pasient. Noen av intervjupersonene opplever at det å ha en manisk-depressiv lidelse er synonymt med å befinne seg nederst i pasienthierarkiet. Andre forteller at lidelsesuttrykkene kan forstås meget forskjellig, for eksempel i relasjon til kreativitet, avhengig av yrke eller utdanning. Maniens kreative uttrykk kategoriseres meget ulikt avhengig av om man er kunstner, aksjemegler, sjåfør eller student. De fleste personene opplever seg kategorisert som psykiatrisk pasient: "Du blir satt i en bås. Det gjelder for alle psykiatriske pasienter som har vært innlagt." Ikke alle intervjupersonene opplever at denne kategoriseringen automatisk fører til stigmatisering. Den kan også føre til at andre tar kontakt og møter personen med åpenhet og tillit. Flere opplever likevel at det å bli

omtalt som psykiatrisk pasient er svært stigmatiserende. En kvinne forteller: *"Jeg føler meg stemplet. Jeg kommer aldri til å få en normal jobb igjen på grunn av stempelet. Det står i panna på meg uansett hva Bondevik måtte si om åpenhet i psykiatrien."*

### 5.2.2 Selvaktelse

Opplevelsen av lidelsesaspektet ved mani påvirker i høy grad personenes selvopplevelse og selvaktelse. Det å oppleve å ha en sykdom aktualiserer og skarpstiller livet og hvordan det leves og oppleves. Flere av intervjupersonene forteller om hvordan de opplever at det å ha en sykdom er kontrastfylt og gir grobunn for å føle både livsglede og livsresignasjon. Livsgleden kan kjennes tydeligst i en manisk episode og når denne er helt fraværende, og livsresignasjon føles i brytningstiden mellom mani og depresjon og i erkjennelsen av å være syk. En kvinne uttrykker seg slik: *"Jeg er glad for hver dag jeg er frisk, og jeg tar hver dag som en gave."* En annen sier: *"Det eneste du klarer er å forberede neste dag som kommer. Hvis noen skulle finne på å gi meg kritikk så sier jeg: Vær så god, prøv sjøl å gjøre det jeg gjør – kan du gjøre det bedre?"* En mann forteller: *"Før jeg fikk denne sykdommen, hadde jeg aldri dårlige dager. Det var så fryktelig uvant å få en slik sykdom. Jeg kan være litt småsvingete fortsatt, men når jeg blir syk, da blir jeg ordentlig syk."*

Flere uttrykker en grunnleggende respekt for seg selv som person og det livet de lever og har levd, og for det sykdommen har betydd for hver enkelt og i deres liv. Et vesentlig moment er forholdet mellom selvrespekt og det å oppleve respekt fra andre. En kvinne sier: *"Jeg føler meg ikke nedverdighet av sykdommen. Hva folk tenker om meg, det kan jeg ikke bry meg om for da ville det vært skandale. Jeg må prøve å oppføre meg så folk ikke tenker dårlig om meg."* En mann uttaler: *"Jeg tenker ikke mer på hva de andre sier. Jeg er meg sjøl og står for den jeg er."* Denne forståelsen og tilliten til seg selv og andre kan utdypes i følgende utsagn fra en mann: *"Jeg har aldri hatt den tanken at det og det kan jeg ikke gjøre fordi jeg er manisk."* Eller slik en kvinner fremholder: *"Jeg har det beste grunnlaget og erfaringen sjøl. Jeg kan måle meg med hvem som helst."*

Opplevelsen av å bevege seg mellom ulike sterke følelsesmessige svingninger, mellom mani og depresjon og mellom opplevelsen av livsglede og livstomhet, kan etterlate seg en grunnleggende følelse av selvtvil. Hvem er jeg som person, og når kan jeg vite at jeg er meg selv? Er det i manien, i depresjon, i perioden midt imellom eller i alle tre variasjonene at jeg egentlig er meg selv? En kvinne formulerer seg slik: *"Jeg går rundt og tenker mye på det, hvor er jeg som person i dette bildet? Hva er meg av dette? De siste*

*årene har jeg vel vært lite meg i det hele tatt, jeg har enten vært manisk eller depressiv."*

Opplevelsen av tvil om hvem man er, kan også ses i ettertidens lys: *"Jeg må vel bare innrømme at jeg har hatt svært vondt for å innrømme at jeg har vært syk i det hele tatt. Det er først i det siste at jeg har innrømmet for meg sjøl at jeg er syk og har vært det lenge."*

### **5.2.3 Sårbarhet og følsomhet**

Sykdom og sårbarhet er et temaområde under det første hovedtemaet (kapittel 5.1.). Der henvises det til intervjupersonenes opplevelser av at sykdomstilstanden mani danner grunnlag for en sårbarhet, både individuelt og relasjonelt. Det kan gi seg utslag i oppmerksomhet og varhet i forhold til egne følelser og i forhold til stemningsleier i møte med andre.

Dette temaområdet (Sårbarhet og følsomhet) fremstiller intervjupersonenes opplevelse av ulike følelsesmessige konsekvenser av sårbarhet. Hvordan erfarer intervjupersonene en sammenheng mellom sårbarhet og følsomhet? Flere fremholder den nære relasjonen mellom sårbarhet og følsomhet. I noen tilfeller kan man forestille seg følsomhet som grunnlag for å oppleve sårbarhet. En kvinne sier: *"Du kan garantert si at jeg er sensitiv. En dag satt jeg og tenkte på hvordan det sto til med familien til bestefaren min. Da kom det plutselig sigende en sorg innover meg. Så tårene bare sprutet."* Dette utsagnet tyder på at følsomheten også er knyttet til en oppmerksomhet og en evne til å lytte til egne opplevelser og følelser og de reaksjonene disse skaper hos en person. Samtidig kan det uttrykke hvordan personen skaper en sammenheng mellom relasjonelle erfaringer og individuell følsomhet. I dette perspektivet knyttes følsomhet og sårbarhet sammen i en konkret opplevelse av sorg.

En annen side av forholdet mellom sårbarhet og følsomhet finner sitt uttrykk i det relasjonelle og i konkrete møter med andre mennesker. Ønsket om å fremstå som åpen, utadvendt og inviterende kan samtidig gi næring til sårbarhet: *"Jeg er veldig åpen og utadvendt så det kommer ut alt jeg nesten tenker og bærer på. Jeg reagere veldig fort på andres utsagn og uttalelser."* Å praktisere åpenhet kan på denne bakgrunn føre til at pasienten lukker seg inne gjennom høy grad av egensensur i forhold til hva vedkommende tror andre kan akseptere, men også i forhold til hvordan vedkommende opplever den andre. Sårbarheten kan bidra til å skape en markert avstand til andre i frykt for ikke å oppleve seg selv som respektert og anerkjent. En kvinne forteller: *"Jeg lar meg påvirke. Jeg tar*



signaler. Jeg ser sammenhenger, og har meget stor rettferdighetssans og hater å bli tråkket på.”

En annen dimensjon ved forholdet mellom sårbarhet og følsomhet er opplevelsen av ensomhetens sosiale og relasjonelle konsekvenser. Flere uttrykker en sammenheng mellom opplevelsen av mani, åpenhet, ensomhet og sårbarhet. Sammenhengen uttrykker seg i og utenfor en manisk episode, og slik personen opplever seg selv, og i relasjoner til andre. Opplevelsen av ensomhet fremheves av flere: *”Jeg er fryktelig mye alene. Jeg savner en å dele alt med, for jeg har opplevd så mye.”* En mann sier: *”Jeg var så mye alene at det var nesten skadelig. Jeg har bare eksistert jeg, når jeg er psykiatrisk pasient.”* En kvinne forteller: *”Den verste tanken er jo egentlig å ha på følelsen at en er alene i hele verden om å være sånn.”* Disse beskrivelsene peker på flere dimensjoner ved ensomhet, både den eksistensielle og den konkrete. Savn og følelsen av å være forlatt kan synes å være fremtredende. Ensomhet kan oppleves både som en sentral bestanddel i sykdommen og i sammenheng med åpenhetens sårbarhet. En mann beskriver ensomhet i relasjon til sykdommen slik: *”Mani det kommer av store påkjenninger. Jeg var så mye alene at det var skadelig.”* En annen mann nyanserer forholdet mellom ensomhet og det å være alene i relasjon til sårbarhet og følsomhet slik: *”Jeg blir veldig lett rørt og beveget av andre. I perioder er jeg fryktelig mye alene og er sjelden ute eller i kontakt med andre.”*

En annen dimensjon ved ensomhet er opplevelsen av ikke å strekke til eller redselen for ikke å kunne strekke til. Opplevelsen av utilstrekkelighet medfører at intervjupersonene i en del situasjoner og relasjoner trekker seg unna og isolerer seg. Denne formen for ensomhet knyttes ofte sammen med personenes opplevde aktsomhet og følsomhet i mange sosiale situasjoner og relasjoner. Noen forteller at de fort får bekreftet sin følelse av utilstrekkelighet gjennom utsagn og handlinger i deres umiddelbare nærhet. En kvinne sier: *”Jeg har alltid følt meg redd og aleine. Veldig redd for å gjøre feil. Derfor holder jeg meg mye for meg sjøl og unngår folk.”* En mann uttrykker det slik: *”Jeg var alltid litt redd og alene da jeg var liten. Du er litt sårbar nå, redd for å gjøre feil og at folk skal snakke stygt om deg.”*

#### **5.2.4 Forsoningsarbeid**

Intervjupersonene forteller om hvordan de kan komme opp i situasjoner på grunn av handlinger og utsagn i en manisk episode, handlinger og utsagn de ikke selv har ønsket.

Flere husker hva som har skjedd, og at de ikke selv ville, men var ute av stand til å forhindre det som skjedde. Slike opplevelser aktualiserer følelser som skyld, anger og skam, basert på at det som har skjedd, har skjedd og kan ikke gjøres om. Flere av intervjupersonene har opplevd at de har blamert seg sosialt og føler skyld i forhold til ting som er sagt eller gjort. På samme tid har de følt skam og angrer sterkt på det som har skjedd. Disse opplevelsene viser til flere forhold. Først og fremst viser det til personens egen forsoningsprosess gjennom å knytte uønskede handlinger til den unormale eller syke delen av seg selv – manien: *"Da gjør jeg og sier jeg så mye som jeg aldri ville ha gjort når jeg var på normalen. Jeg har gjort så mye jeg angrer på."* Videre aktualiserer utsagnene den prosessen som personen gjennomlever etter en manisk episode: *"Du gjør ting og sier ting du angrer på etterpå. Jeg har til dags dato ikke gjort noe verre enn at jeg har bedt om unnskyldning og folk har hilst på meg."*

Et annet element i forsoningsarbeidet kan omtales som tilgivelse. Flere av personene har opplevd å ha blitt tvangsinnlagt av ektefeller og barn sterkt mot sin vilje – eller at de har blitt lurt inn på Akuttposten av familiemedlemmer. I flere tilfeller har dette ført til at den innlagte pasienten ikke har ønsket å treffe familiemedlemmer, og til at vedkommende har klaget saken innfor kontrollkommisjonen fordi de har følt seg utsatt for overgrep fra familien. Disse personene forteller at de i ettertid ser at familien gjorde så godt de kunne, og at det som skjedde, kanskje var til beste for dem. Følgende utsagn fra en mann kan illustrere denne typen opplevelser og følelser: *"Jeg får meg ikke til å hate noen i familien min. Jeg har det ikke godt da hvis jeg hater. Jeg tror det er den viktigste årsaken til at jeg har det bra. Jeg har kvittet meg med de vonde tingene der."* I tilgivelsen ligger det følgelig et vesentlig moment av egen prosess – ved å komme den andre i møte kommer man også seg selv i møte gjennom å akseptere og integrere vonde opplevelser. Samtidig danner tilgivelsen basis for en ny forståelse og opplevelse av den andre.

Forsoningsarbeidet knyttes også til forholdet mellom tid og selvforståelse, i den betydning at flere av intervjupersonene forteller at den første maniske episoden var som et brudd – både i tid og i selvforståelse. Tidsmessig i den forstand at opplevelsen av den første maniske perioden igangsetter en ny tidsregning: før og etter den første maniske opplevelsen. Opplevelsen og erkjennelsen av den første maniske episoden innebærer også en bekreftelse av personens forståelse av seg selv og tilliten til denne opplevelsen. Tidsregningen uttrykker til fulle opplevelsen av forholdet mellom tid og erkjent lidelse. En person uttrykker det slik: *"Jeg vet selv at jeg har vært manisk-depressiv siden jeg var cirka*

12 år. Da vet jeg at jeg var manisk. Siden har jeg brukt å være manisk på det tidspunktet – i juni på fødselsdagen min.” En kvinne fremstiller det slik: ”Jeg var syk første gang på begynnelsen av 1980-tallet. Men jeg må vel bare innrømme at jeg har hatt det siden. Har hatt vondt for å innrømme at jeg har vært syk i det hele tatt.” Opplevelsen av at sykdommen skaper et brudd i tidsregning og selvforståelse, kan også danne grunnlag for akseptasjon. En sykdom med sterke svingninger medfører også at livet svinger. Intensiteten og styrken i de følelsesmessige svingningene gjør det også mulig å være til stede i eget liv, i form av å akseptere både uønskede og ønskede handlinger og opplevelser: ”Jeg har hatt et sterkt liv. Innmari følelsesladet og sterkt liv. Sterke opplevelser. Men jeg tror ikke jeg ville ha hatt det annerledes.”

### 5.3 Opplevelser som innlagt pasient

Personenes opplevelser av det å være innlagt pasient er høyst uensartet og mangefasettert. Dette gjelder både opplevelsen av den behandling og pleie intervjupersonene har mottatt, og personalet de har møtt. Intervjupersonene deler seg grovt sett i to grupper: de som opplever pleien og omsorgen som ivaretagende og tilfredsstillende, og de som oppfatter den som ydmykende og delvis krenkende. Utsagnene er ikke alltid like kategoriske eller entydige. Personer som er meget kritiske til Akuttposten og den pleie og omsorg de har mottatt der, kan i neste øyeblikk gi uttrykk for trykksopplevelsen ved å være der og betydningsfulle møter med enkelte av personalet. Utsagnene kan på den bakgrunn forstås dialektisk i den betydning at intervjupersonene har sammensatte og delvis motstridende opplevelser og erfaringer med det å være innlagt pasient. Deres beskrivelser kan følgelig bevege seg mellom ulike ytterpunkter i opplevelsene: Det er befriende å komme ut fra Akuttposten, men samtidig lengter man tilbake. Bevegelsene mellom disse to posisjonene danner erfaringsgrunnlaget i forhold til Akuttposten og den pleie og omsorg som intervjupersonene har mottatt der. I disse bevegelsene finnes flere mellomposisjoner.

Kritikken mot Akuttpostens behandling, pleie og omsorg er tidvis meget entydig og kraftig, men også i noen tilfeller karakterisert av ambivalens. Den gjelder generelt intervensjoner som begrenser personens egen opplevelse av frihet, kontroll og integritet. Et stort flertall av intervjupersonene fremholder at ulike inngrep fra Akuttpostens side vedrørende bruk av tvang, tvangsmidler eller skjermingstiltak påfører dem ekstra lidelser i form av krenkende opplevelser og situasjoner. Ambivalensen viser

seg ofte i ettertid, da enkelte utsagn peker på en forståelse av at det kan ha vært bra og nødvendig, og at de selv ikke var helt i stand til å vurdere det i situasjonen.

Følgende temaområder fremkommer i materialet: 1. Beskyttelse, 2. Integritetskrenkelser, 3. Lindrende og manglende omsorg og 4. Etterbehandling.

### **5.3.1 Beskyttelse**

Det å bli innlagt på Akuttposten kan oppleves på denne måten: *"Det er som om murene lukker seg omkring meg og ingen kan komme å ta meg. Jeg er i sikkerhet."* Utsagnet fremholder et sentralt aspekt ved en innleggelse: at den kan være skjermende og beskyttende i forhold til det livet som leves utenfor Akuttposten. Enkelte av intervjupersonene viser til at de opplever seg forfulgt, truet eller usikre i forhold til sine omgivelser. Sykehuset, posten og de låste dørene markerer på denne måten en innramming av sikkerhet og trygghet mot disse opplevelsene, og personen kan hvile og samle krefter. En kvinne uttrykker det slik: *"Du skal beskyttes fra dine overgripere og sykehuset skal være et fristed."* Overgriperne forstår hun som alle dem som hun opplever er ute etter henne, og som ikke gir henne fred. Sykehuset er fristedet som mange vonde opplevelser og personer er stengt ute fra. På spørsmål om hva hun tenker er det beste ved Akuttposten, uttaler hun: *"Legge seg å hvile og være trygg for at du er innenfor murene."*

Noen peker på hvordan det å være på skjermingsenheten oppleves som trygt og ivaretagende: *"Jeg var på skjerming lenge. Det var trygt. Jeg ble tatt vare på."* Akseptasjonen av å bli isolert og skjermet uttrykkes på ulike måter: *"Jeg lå på isolat, men jeg føler ingen bitterhet til sykehuset."* Akseptasjonen kan også vise seg i en ny forståelse i ettertidens lys: *"Jeg tror jeg var såpass dårlig at jeg ikke skjønnte selv hvorfor jeg var der."* Det å være på skjermet enhet innebærer at man er sammen med personalet 24 timer i døgnet. Overgangen til å bo på eget rom ved Akuttposten kan oppleves som stor og tidvis dramatisk: *"Det var mye verre å være på rommet alene enn å være sammen med noen der hele tiden."* Utsagnet illustrerer muligens kombinasjonen av både å være alene fysisk og å være alene med lidelsen og dens uttrykk.

Enkelte intervjupersoner opplever det å bli beskyttet som en dramatisk personlig begrensning og tidvis som en straff. Deres opplevelser av beskyttelse som straff kan strekke seg fra selve innleggelsessituasjonen til forsøk på å regulere innhold i samtaler, både samtaler mellom pasienter og samtaler mellom pasient og personale. En av intervjupersonene uttrykker det slik:

*“Man skal jo ikke prate med en psykotisk person, heter det. Den biten forstår jeg ikke. For når et menneske er vettskremt og redd, skal du ikke da få lov til å prate ut og få ut det du er redd for? Det er ikke riktig å behandle et menneskesinn på den måten.”*

Intervjupersonen viser her til at personalet av faglige grunner ikke samtaler med pasienter om det språklige og innholdsmessige i en psykose. Den faglige begrunnelsen er at man ønsker å skjerme og beskytte pasienten mot sitt eget indre psykotiske kaos ved ikke å respondere på det pasienten sier. Det paradoksale er at denne pasienten blir mer engstelig og redd fordi hun ikke får snakket om sin egen redsel. En annen side av denne formen for språklig og relasjonell beskyttelse er knyttet til innholdet i samtaler i offentlighet ved posten. Dette gjelder spesielt i samtaler mellom pasienter, men også i samtaler mellom pasienter og personalet. Samtaler med innhold knyttet til sykdom, religion eller politikk kan finne sted mellom pasienter og personalet, men da utenom det offentlige rom ved posten. Denne formen for beskyttelse er faglig begrunnet og er nært knyttet til det å skjerme pasienten. En kvinne uttaler:

*“For det skal en ikke prate om i posten og det har vi fått beskjed om og det holder jeg meg unna: ikke sykdom, ikke religion, ikke politikk og ikke inn på rommene til hverandre. Det er greit fordi alle deler kan oppildne andre som er veldig syke.”*

Den tydeligst strukturerte formen for organisert beskyttelse ved Akuttposten er å tilby eller å bestemme at pasienten skal være på skjermet enhet. Denne enheten er fysisk lokalisert i en egen fløy ved posten, med egne rom til pasientene. På skjermet enhet er det mange av personalet som alternerer, og de tilbringer vanligvis én time om gangen sammen med pasienten. Denne samværsformen gjør at relasjonen mellom personale og pasient blir nær fysisk, og kanskje svært sårbar psykisk. Pasienten kan ikke velge bort personalet og må som oftest forholde seg til mange forskjellige personer i løpet av en dag. En slik form for maksimal beskyttelse kan komme til å oppleves som en straff, slik en mann uttrykker det: *“Det var en straff å være på skjermet. Jeg var prisgitt de som til enhver tid var på vakt.”* Det å være overlatt til og prisgitt andre kan også ses i lys av kjønn. En kvinne forteller: *“Jeg reagerte på at det var mannlige pleiere på skjermet. Det var noe ved dem, for jeg har opplevd såpass mye leie ting rundt dem, tidligere.”* Dette utsagnet kan forstås dit hen at kvinnen kunne ha opplevd det mer beskyttende hvis hun hadde møtt flere kvinnelige fagpersoner på skjermet enhet. Å møte så mange mannlige pleiere kan ha hindret opplevelsen av å bli skjermet og beskyttet.

### 5.3.2 Integritetskrenkelseser

For de fleste av intervjupersonene ved Akuttposten er utgangspunktet en tvangsinnleggelse. I dette materialet er det bare én av ti innleggelse som er ønsket av personen selv. I de resterende tilfeller ble det benyttet tvang med familie, pårørende, lege eller politi som tutor. Tvangsinnleggelsene er oftest basert på at personen selv ikke ønsker innleggelse og motsetter seg dette og opplever bruken av tvang både som en frihetsberøvelse og som en krenkelse av egen integritet. Bruken av tvang finner ofte sted i en situasjon der personen selv har en berusende opplevelse av mestring og kontroll, høy grad av kreativitet og energi. Tvangsbruken kan da oppleves både som et overgrep mot personens følelsesmessige tilstand og vedkommendes selvstendighet, frihet og integritet som person. En mann forteller: *"Jeg har vært tvangsinnlagt hver gang. Det er så fælt. Det er ingen som spør meg hva jeg selv vil."* En kvinne sier:

*"Det å bli manisk det er det samme som å bli trent opp i et hjørne. Du har ingen fluktvei. Du slår vilt rundt deg med ord. Svaret på det er overgrep og tvanginnleggelse av leger som forsvarer seg og sin posisjon og sin prestisje."*

Disse beskrivelsene av motstand, ufrivillighet, underminering av selvstendighet og integritet danner i neste omgang basis for personens møte med Akuttposten, personalet og tilbudet om pleie og omsorg. Intervjupersonenes utsagn kan tyde på at dette utgangspunktet influerer sterkt på deres opplevelser av den pleie og omsorg som tilbys. Dette kan ytre seg i form av at noen fortsetter sin "kamp" for frihet, selvstendighet og medbestemmelse. Andre forteller at de velger å resignere og overgi seg. En kvinne uttrykker det slik: *"Jeg ville teste ut en rekke hypoteser om psykiatrien. Jeg spilte et spill for å oppnå det jeg var ute etter. Jeg hadde regnet med at spillet var over etter en uke, men da kom overlegen og prestisjen inn i bildet."* En mann beskriver det slik: *"Jeg skjønnte at det gjaldt å samarbeide for i det hele tatt å komme ut igjen. Jeg gjorde som de sa, til punkt og prikke."*

Fortsatt kamp og motstand eller overgivelse og medgjørighet kan også komme til å prege opplevelsene av personalet og de ulike behandlingstiltakene som igangsettes. Dette kan oppleves som ren undertrykkelse, fremmedgjøring og forsøk på å regulere hva det skal og kan samtales om i de offentlige rom ved posten. Å bli skjermet fra det øvrige livet ved posten kan også oppleves som en straff, der også samtaleformer kan oppleves som krenkelseser av integritet og som mangel på respekt. Den fremtredende dimensjonen i disse beskrivelsene tyder på at personene kan oppleve kommunikasjonen og samhandlingen med personalet ved Akuttposten som direkte sykdomsbevarende, og i noen

tilfeller som sykdomsfremkallende. En kvinne beskriver det slik: *"Pasientene har blitt trakassert og ikke tatt på alvor. Jeg følte at det var en nedsettende tone overfor pasientene."* En mann forteller: *"Du føler at du får bestemmelsene tredd nedover hodet. Da blir man mistenksom og gjør dumme ting."* Hans erfaring var at han ikke ble trukket med i beslutningsprosessen som angikk ham og hans behov for pleie og omsorg. Mangelen på delaktighet bidro til at han gjorde verbalt og fysisk opprør mot de konkrete behandlingstiltakene og mot beslutningsprosessen, som han opplevde som udemokratisk.

Integritetskrenkelser kan også oppleves i relasjoner mellom pasienter og personale ved Akuttposten. En av intervjupersonene forteller om sine erfaringer: *"Det var spesielt én som plagde livet av meg. Hun var kald og upersonlig. En annen hadde så omsorg for meg. Han var menneskelig."* Utsagnet kan forstås i lys av at "det onde" kontrasteres mot "det gode"; kald og upersonlig versus omsorgsfull og menneskelig. Personen forteller om hvordan vedkommende opplevde å bli plaget ved å møte personale som fremstod med kald og upersonlig omsorg. Intervjupersonens ønske og forventning er å bli møtt av personale som er varme og gir menneskelig omsorg. Den upersonlige omsorgen kan oppleves som integritetskrenkende fordi den bryter grunnleggende med personens egne verdier og forventninger til det å møte et annet menneske. I tillegg kommer forhåpninger og forventninger som personen har til det spesielle møtet mellom seg selv som pasient og den andre som personale.

En ytterligere konkretisering av hvordan forholdet mellom opplevelsen av egen situasjon og forventninger til behandlingen og til personalet, kan oppleves som identitetskrenkende, er følgende refleksjon:

*"Jeg hadde ikke noe fagpersonell å snakke med. Ingen som kunne ta imot alt det jeg bærer på og har båret på fra barndommen. De bare gav meg en kopp kaffe og sa at du får gå å legge deg liksom. Det er omtrent som å smøre salve utenpå en stor verkebyll, på toppen av den. Det er bare det at verkebyllen blir ikke borte."*

Disse erfaringene stammer fra en av personens frivillige innleggelse. Vedkommende ønsket sterkt å ha noen å snakke med om konkrete hendelser i livet hans og hvordan han aktuelt opplevde og mestret sitt eget liv. Han følte at han ikke å ble møtt på disse ønskene verken under den aktuelle innleggelsen eller ved seinere anledninger. Dette utgjør også personens viktigste ankepunkt mot personalet i psykisk helsevern; at de aldri har tatt seg tid til å lytte til hva han har å fortelle om seg og sitt liv, med to unntak: én fagperson og

hans nye kjæreste. I begge disse relasjonene føler han seg sett, anerkjent, respektert og myndiggjort.

### 5.3.3 Lindrende og manglende omsorg

Når intervjupersonene trenger ytterligere ned i sine opplevelser og erfaringer som innlagt pasient, kontrasteres det som faktisk skjedde, med det vedkommende ønsket skulle skje. Beskrivelsene rommer både en kritikk av selve den pleie og omsorg som ble gitt, hva som manglet og hvordan det ideelt sett burde være. På denne bakgrunn er beskrivelsene varierte og delvis motsetningsfylte. Dette gjelder spesielt i forhold til hva personalet skal være: fagpersoner eller medmennesker, eller begge deler – hvordan skal de fremstå i møtet med pasientene? Her spenner utsagnene fra at de skal kunne sitt fag og sin teori, til at det sentrale er egen livserfaring og evnen til å legge teoretisk kunnskap til side. Denne sentrale dimensjonen berører alle intervjupersonene, men de beskriver og konkluderer på forskjellig vis. To utsagn fra kvinner kan illustrere livserfaringsperspektivet: *"Livserfaring det savner jeg veldig. De psykiatriske sykepleierne gikk bare etter læreboken."* Og: *"De som skjønner meg, det er de som har mest livserfaring."* En mann uttrykker seg slik: *"Jeg ble veldig imponert på Akuttposten. De vet hvordan de skal behandle meg og mine likesinnede på en best mulig måte."* En annen mann sier: *"Du kan føle litt usikkerhet hos personalet på at de ikke vet hva de skal gjøre for å hjelpe deg. Men de er der for deg, det er de. Den følelsen har jeg."*

En annen sentral dimensjon ved dette temaområdet er forholdet mellom det å samtale og det å kunne hvile. Noen fremholder samtalen og dens betydning for å kunne lindre lidelsen og møte forståelse: *"Du fikk aldri prate når du skulle. De skulle bry seg mer og vise mer varme."* En kvinne forteller: *"Jeg fikk ikke prate med noen. De ansatte må være tålmodige og prate med meg. Jeg er et menneske av mange ord og har opplevd så mye vondt."* Samtalen eller ønsket om å samtale mer oppleves som vesentlig for å kunne "tømme" seg, lette på trykket og derved kunne komme videre. En annen beskriver det slik: *"Jeg trenger noen å prate med som skjønner meg. Det har jeg aldri hatt."* Andre intervjupersoner viser til sykehuset som et fristed der man ønsker å få ro og fred for å kunne hvile og samle krefter: *"Sykehuset er et fristed og et hotell der alle skal stå på pinne for deg for at du skal få ro og kan lære deg å ta kontrollen over deg selv og livet ditt og definere hvem som er dine overgripere."* En kvinne beskriver sine ønsker slik: *"Jeg vil ha*



ro. Ordentlig ro slik at jeg får koblet ut de tankene jeg har i hodet. Så vil jeg gjerne ha god mat og få spist. Deretter vil jeg sove. Ta det pent. Snakke med legen.”

En tredje dimensjon er hvilken kraft og betydning relasjonen mellom en innlagt pasient og personalet kan ha, og hvilke kvaliteter den kan og bør inneholde. En person forteller om opplevelsen av håp: *”Hun pleieren satte håp i meg. Jeg tror det var måten hun snakket til meg på. Det har veldig mye å si hvem en snakker med.”* Flere av utsagnene peker på opplevelsen av å bli tatt på alvor og av å bli respektert: *”Det er du som er hovedpersonen. Det er du som er gullkalven, du må respekteres som det.”* En kvinne uttrykker: *”Du må ta meg på alvor, lytte og ha tid til å snakke med meg.”* Tid og tålmodighet er to andre elementer som trekkes frem: *”De må være tålmodige og de må ha tid.”* Medbestemmelse og delaktighet aktualiseres i de ovennevnte utsagn. Å være tålmodig innebærer å ta seg tid til å lytte til den andre, men det handler også om å forstå den andres situasjon. Det å ta seg tid viser seg også i form av å kunne stoppe opp, grunne og gi rom for ettertanke. Mange av intervjupersonene gjør en kvalitativ distinksjon i sin vurdering av pleie og omsorg nettopp i forhold til sin opplevelse av å bli tatt på alvor. Det gjelder hvordan de konkret blir møtt av personalet og av medpasienter, hvordan de trekkes med i pleie og omsorg, og i forhold til etterbehandlingen. Personen som følte seg utsatt for en nedlatende tone og væremåte fra personalet, følte seg tatt på alvor og respektert da hun fikk støtte fra Akuttposten i å klage saken inn for Fylkeslegen. Hun følte seg tatt på alvor og respektert da Fylkeslegen gav henne medhold. Og hun var stolt.

#### **5.3.4 Etterbehandlingen**

Etterbehandlingen beskriver det tilbudet om behandling, pleie og omsorg som intervjupersonene har mottatt etter at de er blitt skrevet ut fra Akuttposten.

Etterbehandlingen tematiserer også samarbeidet mellom pasient, pårørende og Sykehuset mellom og under innleggelse. Temaområdet rommer også samarbeidet omkring overføringen fra Sykehuset til hjemkommunen. I de aller fleste tilfeller er tilbudet om pleie og omsorg i personens hjemkommune de hjemmebaserte tjenestene. Intervjupersonene beskriver ulike sider og dimensjoner ved tilbudet slik de har opplevd det, enten de ikke har fått noe tilbud, at de selv brøt kontakten, eller at de har hatt en kontakt gjennom flere år. Sentralt i disse beskrivelsene er personens opplevelser av hjelperelasjonen og i særdeleshet møtet med hjelperen – oftest i form av en psykiatrisk sykepleier.

Flere intervjupersoner fremholder ønsket om en tettere kontakt og et bedre samarbeid mellom Sykehuset og familien. De peker på at dette kunne lindre omfanget av selve lidelsen og dens uttrykk, og det kunne bidra til individualisering og understreke det personlige i lidelsen. Særlig kan det gjelde i situasjoner der det har vært høy grad av følelsesmessig og relasjonell dramatik i familien forut for innleggelsen. Dette kunne lindre personens opplevde lidelse både i forhold til familien og i forhold til konkrete handlinger som måtte ha funnet sted forut for innleggelsene. Flere peker på at en tettere kontakt kunne ha bidratt til å redusere den opplevde lidelsen av å være innlagt ved Akuttposten og i relasjon til den behandlingen som personen mottar der. En mann uttrykker seg slik:

*"Jeg skulle ønske at familien og venner forstod at jeg var syk og at jeg trengte dem slik at de kunne komme på besøk på skjerma, var hos meg en stund så vi kunne prate om normale ting som var for jeg ble dårlig. Ikke bare prate sykdom og se på meg gjennom disse syke brillene."*

En kvinne sier:

*"Det jeg vil presisere, er ønsket om at familien skulle hatt mye mer kontakt med sykehuset og med doktorene, slik at de kunne få litt mer greie på hva det er som rører seg i pasienten. Hvorfor pasienten oppfører seg slik og slik. Det burde familien få greie på."*

En invitasjon fra sykehuset til familien ville kunne styrke familiebåndene gjennom økt forståelse for hverandre og sykdommen og derigjennom kunne redusere den opplevde lidelsen hos alle familiemedlemmene.

Uten unntak har intervjupersonene opplevd at det er mangelfull eller ingen kontakt mellom Sykehuset og hjemkommunen omkring utskrivelsen, særlig med hensyn til samarbeidet omkring overføring og oppfølging i den første fasen. Personene har ofte de samme erfaringene i forbindelse med innleggelse ved Akuttposten. Informasjon og overføring fra hjemmebasert omsorg har ikke kommet frem i tide eller har ikke blitt vektlagt. Noen av intervjupersonene peker på erfaringer med god poliklinisk kontakt med Sykehuset. Andre vet at tilbudet eksisterer, men har ikke fått noe slikt tilbud og savner det sterkt. Følgende beskrivelser kan dekke opplevelsene av kontakt og overføring mellom Sykehuset og hjemkommunen. En mann sier: *"Jeg skulle gjerne ha sett at det hadde vært kontakt mellom Sykehuset og sykepleierne i kommunen, for det er det veldig dårlig stelt med."* En kvinne forteller: *"Jeg synes det er dårlig at Sykehuset ikke har vært flinkere til å få tak i støttepilarer når det gjelder skole og utdanning i kommunen."* En tredje person uttrykker: *"Samarbeidet med Sykehuset har vært veldig fint i ettertid. Det er da mi ære, for*

*det er jeg som har prøvd å samarbeide. Jeg er så redd for at hvis jeg kommer inn en gang til, at jeg skal bli behandlet like dårlig som i 1995.*"

På intervjutidspunktet var det fire av elleve personer som hadde fast kontakt med kommunehelsetjenesten i form av en psykiatrisk sykepleier. Av de andre syv hadde fem hatt tilbud, men hadde selv brutt kontakten, og to hadde ikke fått noe tilbud. Alle de ni som hadde fått et tilbud, vektlegger sin opplevelse av relasjonen til hjelperen som det avgjørende for om de har opprettholdt eller brutt kontakten. De vektlegger i hovedsak de samme kvalitetene i relasjonen, men har opplevd dem forskjellig; enten som til stede i relasjonen eller som fraværende. De som har opplevd relasjonen som kvalitativ god, har også opparbeidet relasjonen over tid og tillegger dette stor betydning for hvordan de opplever relasjonen: *"Den psykiatriske sykepleieren jeg har nå, er den beste jeg noen gang har hatt kontakt med. Vi ble kjent for fem år siden, og det har bare blitt bedre år for år."* En kvinne forteller: *"Jeg treffer den psykiatriske sykepleieren en gang i måneden. Det har jeg gjort i fire år. Da snakker vi sammen, det er så godt. Så kan hun hjelpe meg videre hvis jeg står fast i et eller annet."*

En av dem som har takket nei til videre tilbud, sier: *"Hjemmesykepleien skjønte meg ikke i det hele tatt."* En mann forteller: *"Jeg fikk en gang en psykiatrisk sykepleier fra kommunen, men hun fulgte aldri opp. Hun forsvant bare ut av systemet og ble borte. Siden har jeg ikke hørt verken fra henne eller andre."* Samtalen, og forventninger om denne, synes å danne basis for samværet i hjelperelasjonen. En kvinne forteller:

*"Jeg fikk aldri snakke helt ut og gjennom ting med den psykiatriske sykepleieren. Hun var mer opptatt av å ha to like øredobber. For de har ikke noe grunnlag og erfaring til det å prate. Jeg har den beste erfaringen og grunnlaget sjøl. Jeg tror jeg blir for velreflektert for dem. De er nesten redd meg."*

En kvinne forteller om hvordan manglende personlig samstemmighet eller dårlig "kjemi" gjorde at hun brøt ut: *"Jeg fikk en kommunal psykiatrisk sykepleier. Hun syntes jeg var helt elendig. Henne likte jeg ikke. Det bød meg imot å reise dit. Mannen min likte henne heller ikke."* Relasjonens betydning blir her understreket ved at den konkrete kontakten brytes. Denne erfaringen kan også komme til å danne basis for en generalisering, både i forhold til hjemmebasert omsorg i særdeleshet og i forhold til hjelpeapparatet i sin alminnelighet. Disse erfaringene peker på hvor komplisert det er å samtale, og i hvilken grad opplevd individuell og felles forståelse og samstemmighet er avgjørende for relasjonens kraft og utholdenhet.

## Konklusjon – Delstudie I

Det foreliggende materialet tar utgangspunkt i kvalitative forskningsintervjuer gjort med elleve tidligere pasienter. Fokus har vært personenes opplevelser av mani som fenomen og lidelse og hvilke erfaringer de har gjort som innlagt pasient ved Akuttposten. På bakgrunn av de tre forskningsspørsmålene kan følgende konklusjoner trekkes:

### 1. Hvordan opplever og erfarer tidligere pasienter mani som fenomen og lidelse?

Personenes opplevelser og erfaringer med mani som fenomen og lidelse er karakterisert av mangfold og individuell variasjon. Opplevelsene er preget av sterke følelser, engasjement og livskraft. Manien er en meget sterk psykisk og fysisk opplevelse av å være *i* livet eller tilsvarende å føle seg lammet av *ikke* livgivende krefter. Opplevelsen kan variere fra berusende mestring til en lammende angstfylt isolasjon. Opplevelsen av å ha, å ikke ha eller å bli fratatt kontroll over eget liv settes ofte i og på spill. I forlengelsen av dette aksentueres personens verdighet, integritet og opplevelse av krenkelser og overgrep. Brytningstiden, fasen da opplevelsen av mani avtar, omtales som meget krevende. Denne fasen preges ofte av at livsmotet avtar, og av at tankene på mulig depresjon og suicidalitet dominerer. Brytningstiden skarpstiller personens opplevelse av livets vitalitet mot en bakgrunn av tilsvarende tomhetsfølelse.

Personene erfarer ofte at familie, venner og arbeidskollegaer har en annen oppfatning av deres mani. På den bakgrunn blir ofte spørsmål omkring frihet og autonomi aktualisert i form av tvangsinnleggelse. Kampen om frihet og selvstendighet fortsetter ofte ved Akuttposten. Intervjupersonene opplever manien som en sykdom som har rammet dem, som hvilken som helst annen sykdom. Uønskede utsagn og handlinger følger av sykdommen og lar seg ikke styre i øyeblikket, men først i ettertid i form av unnskyldning og forsoning. For mange medfører dette redsel for gjentakelse, samtidig som det legger grunnlag for å oppleve skam og anger.

### 2. Hvordan virker lidelsen inn på personenes sosiale liv og selvforståelse?

Lidelsen setter ikke begrensninger på personenes livsutfoldelse eller relasjonelle kontakter og muligheter. Familien er en meget viktig støttespiller med hensyn til å leve med lidelsen og romme dens ulike uttrykk. Samtidig viser flere personer til familierelasjoner som oppleves som tvetydige i form av vaksomhet, kontroll og manipulasjon. Begreper som

utholdenhet, tålmodighet, styrke og raushet brukes for å beskrive andre elementer ved familierelasjonene. Relasjonen til Gud, kirke og steder som gir avlastning og styrke, fremholdes av flere. Det samme gjelder relasjoner til venner og medpasienter. Uten unntak er intervjupersonene engasjert i ulike bruker- og pasientorganisasjoner og ser det som sentralt å dele sin egen erfaring og kompetanse med andre.

Lidelsen gir seg også uttrykk gjennom stigmatisering og kategorisering. Flere opplever at en psykisk lidelse gir taushet og problemer med å komme i arbeid og å komme i gang med studier. Samtidig opplever personene at åpenhet kan gi frukter i form av innlemmelse og medlevelse både i arbeid og fritid. Åpenhetens tvetydighet kan raskt slå tilbake på personen. Personene uttrykker en høy grad av selvaktelse gjennom livsglede, selvrespekt og selvrefleksjon. Mange er orientert mot opplevelsen av livet her og nå og har respekt for lidelsen og sin egen mestring av denne. Det er dem selv som har erfart lidelsen og kjenner konsekvensene, og som best vet hvordan de skal mestres. Opplevelsen av brytningstiden i manien gir refleksjoner som rommer selvtvil, skyld og skam. Ofte handler dette om forståelsen av seg selv i relasjon til nære andre. Etertanken kan også gi rom for akseptasjon, tilgivelse og forsoning av egne og andres holdninger og handlinger.

### **3. Hvilke opplevelser og erfaringer har intervjupersonene gjort under innleggelse ved Akuttposten?**

En gruppe opplever innleggelsen som en beskyttelse av seg selv mot andre. Innleggelsen gir trygghet, vern og en opplevelse av Akuttposten som et fristed. Murene lukker seg og skjerner og ivaretar. Den andre gruppen opplever innleggelsen som integritetskrenkende, frihetsberøvende og som et maktovergrep. Beskyttelsen fremstår som en straff, der kampen om makthegemoniet starter forut for innleggelsen og fortsetter til pasienten resignerer, oftest etter bruk av tvang og tvangsmidler. Personen erfarer dette som manglende medbestemmelse og manglende delaktighet i egen behandling og som upersonlig omsorgsutøvelse.

Videre erfarer én gruppe at de i altfor liten grad får tilfredsstillende behovet for ro og hvile under innleggelsen. Det er krav om ta del i ulike aktiviteter i løpet av dagen, noe som ikke gir rom for å hvile. Personene opplever det også som et krav om å snakke og meddele seg om sine psykiske lidelser, noe de selv ikke kan eller ønsker. En annen gruppe føler at de ikke får snakket med noen og ikke "tømt" seg for den psykiske smerten de opplever. Flere av disse opplever at personalet er

usikre og avvisende og bare har et teoretisk forhold til å møte en person med en manisk lidelse. Ofte oppleves personalet som kalde og lite medmenneskelige. En tredje gruppe erfarer pleien og omsorgen som ivaretagende og støttende. De opplever å få samtale, varme og oppmerksomhet. Personalet er tilstedeværende og fremstår som varme og svært menneskelige – ofte personlige ved at de deler av sine egne livserfaringer. Håp, respekt, lytting, tid og tålmodighet er karakteristikk som går igjen. Svært få personer er fornøyd med tilbudet om etterbehandling. Det gjelder både oppfølging og overføring til hjemkommune.

## KAPITTEL 6

### Pasienterfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling blant personalet ved Akuttposten – Delstudie II

Forskningsspørsmål:

1. *Hvordan kan erfaringsbasert pasientkunnskap om mani som fenomen og lidelse bidra til kunnskapsutvikling hos personalet som arbeider med denne pasientgruppen ved en akuttpsykiatrisk post?*
2. *Hvordan kan tidlige pasienters opplevelser og erfaringer med Akuttpostens tilbud om pleie og omsorg innvirke på relasjonen og samarbeidet mellom pasienter og personalet?*

Funnene vil bli illustrert gjennom utsagn fra intervjupersonene. Dette gjøres for å belyse innholdet i de ulike temaområdene. Funnene vil bli presentert i form av to hovedtemaer:<sup>133</sup>

1. **Forståelse av mani som fenomen og lidelse**
2. **Konsekvenser for klinisk praksis**

#### 6.1 Forståelse av mani som fenomen og lidelse

De presenterte funnene er identifisert på grunnlag av analysen av fokusgruppeintervjuene med personalet. Intervjuene danner et møte mellom den erfaringsbaserte pasientkunnskapen og personalets fagkunnskap. Personalets fagkunnskap fremstår både som en teoribasert fagkunnskap og som en erfaringsbasert fagkunnskap. Den

---

<sup>133</sup> Tabell 6 og 7 gir en tabellmessig fremstilling av forholdet mellom utsagn, innhold og

erfaringsbaserte fagkunnskapen viser seg som forskjellig fra teoretisk fagkunnskap gjennom en akseptasjonen av det erfaringsnære som betydningsfullt i møtet og samarbeidet mellom pasient og personale. Beskrivelsen av den erfaringsbaserte pasientkunnskapen har skapt basis for en parallellprosess i form av gjenkjennelse og berøring hos deltakerne i fokusgruppene. Artikuleringen av den erfaringsbaserte pasientkunnskapen har skapt grobunn og akseptasjon for tilsvarende erfaringer og opplevelser hos gruppedeltakerne. Gjenkjennelsen viser seg oftest gjennom å bekrefte det personalet selv har erfart i arbeidet med maniske pasienter. Bekreftelsen kan fremstå på to områder: Ved at tidligere pasienters beskrivelser stadfester deltakernes faglige kunnskap enten den er teoretisk eller praktisk basert, og ved at fagpersonene gjennom å ta del i den erfaringsbaserte pasientkunnskapen får stimulans og mulighet til å artikulere egen erfaringsbasert fagkunnskap. Denne artikuleringen kan skje individuelt ved at man artikulere erfaringer som man ikke har gjort tidligere. Videre kan en deltakers artikulering danne basis for en kollektiv refleksjon over et tema som ikke tidligere er blitt delt i personalgruppen. Slik kan pasienterfaringer bidra til å forløse og artikulere erfaringer blant fagpersoner. Temaer som faglig sett er fremmede eller forbudte, kan slik sett finne sine legitime uttrykk. Et eksempel på dette er når gruppedeltakere forteller at de har delt personlige forhold med en pasient.

Gruppedeltakernes forståelse av mani som fenomen og lidelse illustrerer dette poenget meget godt. De fremholder mangfoldet og individuell variasjon i hvordan den maniske personen kan fremstå ved Akuttposten. Flere av gruppedeltakerne viser til at erkjennelsen av mangfold og variasjon i uttrykk er basert på deres egen erfaring med denne pasientgruppen. Det er kunnskap som har vokst frem gjennom å arbeide sammen med denne typen pasienter. Det er samtidig en ny form for kunnskap, en kunnskap som atskiller seg fra den teoretiske ved at den systematisk søker etter pasientens særegenheter og individualitet som person. Konkret innebærer dette at "det typisk maniske" er meget forskjellig og har stor grad av variasjon i uttrykkene. Mangfoldet og variasjoner går utover rammene for "det typisk maniske", og det utfordrer personalets forståelse av hva som er normalt og unormalt. Dette skjer oftest gjennom at personalet kan gjenkjenne og finne klangbunn hos seg selv for livstemaer eller situasjoner pasienten beskriver.

Følgende temaområder fremkommer i materialet: 1. Maniens mangfold, 2. Brytningstiden, 3. Skam og tvil og 4. Nære relasjoner.

---

temaområder som er basis for presentasjon og tolkning av funn i Delstudie II.

### 6.1.1 Maniens mangfold

Deltakerne i fokusgruppene har erfart at det å være manisk eller det å bli omtalt som en manisk pasient innebærer mange forskjellige former og uttrykk. Det kan være trekk som går igjen fra pasient til pasient, men disse trekkene finner alltid sine personlige uttrykk. Manien viser seg på ulike måter og presenterer utfordringer til hvordan personalet søker å invitere til et samarbeid. Maniens mangfold utfordrer personalet også i deres forståelse av hva som er normalt og hva som ikke er det, og av hvordan forholdet mellom mani og personlighet er. Er det noen forskjell mellom den maniske og den normale personligheten? Eller er det slik at pasientens personlighet rommer begge disse måtene å uttrykke seg på? En av gruppedeltakerne formulerer seg slik: *"Er personen seg selv når han er manisk, eller når han er normalisert midt imellom, eller deprimert?"* En annen uttrykker seg slik: *"Hva er den maniske pasienten og hva er personligheten i seg sjøl? Hvem er personen? Hvor ligger personligheten til en manisk-depressiv?"* En tredje sier: *"Man kan ikke si klart hva er den maniske pasienten og hva er personligheten i seg selv. Står det her, hvem er personen? Det er jo så omfattende og forskjellig."*

I de samme undringene uttrykkes det overraskelse over at langt de fleste pasientene har stor tiltro til seg selv og har et godt selvilde selv i maniske faser. Det virker også overraskende for noen gruppedeltakere at pasienter kan oppleve det som primært godt å være manisk.

Mangfoldet i manien kan danne basis for en individuell tilnærming til hver enkelt pasient og dennes lidelsesuttrykk. Gruppedeltakerne fremholder at mangfoldet i manien uttrykkelig fordrer forståelse for det unike og det individuelle: *"Jeg tenker sånn at i forholdet mellom pasientkunnskap og vår fagkunnskap så må det gå an å prøve ut samkjøring av dette for å få frem individualitet."* En annen sier: *"En manisk-depressiv lidelse – det er jo slik at det er veldig store individuelle forskjeller. Noen kan ha en manisk fase en gang i livet. Andre er lenger dårlige, men de kan jo ha lange perioder som de er velfungerende."* Erkjennelsen av en individuell tilnærming til hver enkelt pasient stiller personalet overfor ytterligere utfordringer i form av en fintfølede situasjonsforståelse: *"Det er jo ikke så lett å være på skjerming bestandig hos en manisk pasient, for man skal være varsom med hva man gjør og hva man sier."* En annen blant personalet uttrykker seg slik: *"Sammen med en pasient på skjerming, der er det øyeblikket som teller, ikke morgendagen og fagkunnskapen,*



*men det er øyeblikket. Hva gir det personalet meg i øyeblikket når jeg har behov for akkurat den handa å holde i?"*

Maniens mangfold viser seg også gjennom kjønnsmessige forskjeller og hvordan kvinnelige og mannlige pasienter fremstår som ulike. En av gruppedeltakerne sier: *"Mannen har et litt mer klarere sykdomsbilde enn mange damer. En kvinnelig pasient fortalte om hvordan humørsvingningene i mani og depresjon henger sammen med menstruasjonssyklus."* En annen forteller: *"Kvinnene er ikke så stormannsgale når det gjelder å kjøpe bil og selge bil. Mennene skal bygge i byen og de skal etablere bedrifter. Kvinnene gjør altså ikke det, de er en annen type."* Det siste utsagnet tyder på at det kan finnes kjønnsmessige forskjeller i hvordan handlinger i den maniske fasen viser seg hos kvinner og menn. Imidlertid er det et spørsmål om ikke disse ulike manifestasjonene bare representerer en videreføring av allerede etablerte samfunnsmessige kjønnsforskjeller. Begrepet stormannsgalskap peker i seg selv mot et bestemt kjønn.

I forsøkene på individuelle tilnærminger i samarbeidet med maniske pasienter åpnes det også opp for et metodisk mangfold i form av handlingsalternativer. Personalet gjenkjenner og aksepterer pasientenes utsagn om sykehuset som et fristed der de kan ha behov for både ro og hvile og for samtale. Et viktig funn i Delstudie II var hvordan noen pasienter opplevde trygghet og ro i det øyeblikket de kom til Sykehuset. Det var som om de låste dørene sluttet seg om dem og gav dem en opplevelse av å bli ivaretatt og vernet om. Ikke alle opplevde det slik. Noen ble innlagt mot sin vilje og hadde kjempet mot dette både verbalt og fysisk. Ved innleggelsen kunne noen pasienter oppleve seg selv i en angrepsposisjon og klare til å fortsette kampen mot fagpersoner som begrenset deres vilje og frihet. Atter andre kunne føle seg presset til å ta del i et behandlingsopplegg de selv ikke ønsket. Felles for alle disse tre pasientgruppene var, ifølge deltakerne i fokusgruppeintervjuet, at de hadde behov for fristeder. Fristedet kunne være Sykehuset, Akuttposten, kirken eller naturen. Fristedet gav muligheter for ro, samling, hvile, trygghet og kontemplasjon. En av gruppedeltakerne uttrykker seg slik: *"Pasienten sier også det, at vi ivaretar fristeder. Han viste meg ett av sine: furulunden. Det var et fristed. Og så var det kirka. Der kunne pasienten få sitte i ro og være seg selv."*

Betydningen av sykehuset som fristed innebærer også en erkjennelse og en akseptasjon av at noen pasienter ønsker ro og hvile og ikke samtale: *"Det er ikke alltid vi skal spørre og grave. Hvis pasienten trenger ro og hvile, så må han få ro og hvile."* Andre igjen vil primært samtale og særlig om ting som fortoner seg som vanskelige og

konfliktfylte. Noen pasienter finner det mest meningsfullt å samtale med medpasienter, mens andre vil skånes fra å se og oppleve andres lidelser. Følgende utsagn tematiserer dette: *"Jeg opplever at mange pasienter er veldig redd andre pasienter, for sjøl så har de så store problemer og er i så følelsesmessig ubalanse at hvis de da skal ta innover seg andres følelsesproblemer, så blir det veldig vanskelig."* Utsagnet viser hvordan samværet og samholdet mellom pasienter kan oppleves både som helsebringende og belastende. Sykehusets fristeder kan følgelig gi muligheter for å bli skjermet fra andres smerte og for å kunne arbeide i fred med sin egen smerte.

### **6.1.2 Brytningstiden**

Brytningstiden er ett svært fremtredende temaområde. Det er meget lett gjenkjennelig for deltakerne i fokusgruppene både når det gjelder de tidligere pasientenes opplevelser og erfaringer og deres egne. Brytningstiden aktualiserer problemstillinger som er meget sentrale i samarbeidet med denne pasientgruppen. Brytningstiden representerer overgangen fra den maniske fasen til en ikke-manisk fase, som ofte ender i en depresjon med suicidalitet som et potensielt utfall. Personalet opplever det meget nært og sterkt å følge pasienter fra å fremstå med en livsgnist som flammer opp, til en minimalisert gnist som hele tiden truer med å slukke. Til overmål er denne prosessen ofte initiert og iverksatt av personalet mot pasientens egen vilje. Behandling, pleie og omsorg kan på denne måten bli satt i et sterkt relieff, og mange av gruppedeltakerne opplever å møte seg selv og sin egen faglighet i døren. I denne fagligheten trer også det menneskelige gjenkjennbare frem; hvem ønsker frivillig å la sin livsgnist slukne hen? En av gruppedeltakerne uttrykker seg slik: *"Hva er mellomfasen mellom mani og depresjon? Er det der man ikke er noe? Eller hvor du virkelig er noe?"*

Brytningstiden oppleves ofte som den mest kompliserte perioden i en bevegelse fra mani til depresjon. Brytningstiden kan representere en overgang, men også en truende undergang. Flere av gruppedeltakerne omtaler denne tiden som et vendepunkt i samarbeidet med pasienten. Det er et vendepunkt der den maniske fasen er i ferd med å gå over, det er åpent og usikkert hvor det bærer hen, og pasientens motstand avtar. Vendepunktet kan også være et klinisk tegn og signal for personalet om at en ny endringsprosess har startet: *"Vi har flere ganger brukt ordet vendepunktet, så det har vi begynt å se etter for pasientene nå også. Hvor er pasienten i forløpet? Er han kommet til vendepunktet – er han på vei til endring nå?"* Forandringen kan ses som en resignasjon fra

pasientens side, forteller en av gruppedeltakerne. *"Han gir opp og blir resignert. Og da kommer dette vendepunktet. Men det kan ta lang tid. Så det er kamp på en eller annen slags måte."* En tredje omtaler brytningstiden slik: *"Jeg tror at pasienten gir opp når han skjønner at nå nytter det ikke å drive på lenger. Han kan like godt bare gi opp."* Forstått på denne måten kan vendepunktet være et uttrykk for selvinnsikt hos pasienten.

Resignasjonen kan være en overgivelse av sin psykiske smerte og lidelse til personalet og til den videre skjebne. Pasienten erkjenner sitt behov for hjelp og er villig til å ta imot tilbudet om pleie og omsorg.

Mange av deltakerne i fokusgruppene har opplevd at pasientens inntreden i brytningstiden først kan merkes gjennom endringer i atferd. En beskriver det slik:

*"Det viser seg jo atferdsmessig. Du kan se det på bevegelsene. De blir gradvis langsommere. Og mimikken i ansiktet forandrer seg ifra å være lykkelig til å bli mer tilstivnet i uttrykket. De slutter å prate så mye, mer langsommere tale. Så blir stemmen dypere. Og så påkledningen, det hører jo til den atferdsmessige biten, ifra lyse og glade farger til de mer tunge."*

Den ovennevnte beskrivelsen av brytningstidens kjennetegn deles av flere gruppedeltakere. Disse kjennetegnene knyttes til endring i observerbar atferd. Samtidig har personalet erfart at det parallelt med de fysiske endringene også kommer endringer på det psykiske plan. Dette er en kunnskap som både pasienter og fagpersoner deler. Flere av gruppedeltakerne benevner denne prosessen som en *psykisk etterslått*, der pasienten opplever en endret psykisk tilstand etter den maniske fasen. Den psykiske etterslått kan romme mange dimensjoner, men depresjonen eller angsten for den er ofte fremtredende. En gruppedeltaker sier det slik: *"Erfaringen til den enkelte pasient er at det kommer en nedtur for eller siden eller angsten for den. Angsten for depresjonen ligger der mer eller mindre hele tida."* Brytningstiden kan synes å innebære to sentrale elementer: tidligere erfaringer med at livsgnisten har avtatt og at depresjonen truer – og at disse erfaringene i seg selv skaper en redsel og frykt for at det samme skal skje igjen.

Brytningstiden kan altså forstås som en mellomfase, oftest mellom mani og depresjon. Fokusgruppeintervjuene viste at deltakerne hadde erfart at brytningstiden også kunne representere en tid for ettertanke og undring, en forsoningsprosess, både i forhold til den nylig tilbakelagte maniske fasen og i forhold til andre og kanskje dypere erkjennelsesmessige spørsmål. En av deltakerne forteller: *"Når pasientene er på tur ut av manien, så er det mer dypere problematikk når den lykkefølelsen blir borte. Samtidig så kommer ettertanken om hva de har gjort, noen ganger kan du høre depresjonen er på vei."* Utsagnet bekrefter noe som flere forteller om, nemlig at de har erfart at brytningstiden har

gjort det mulig å samtale om sentrale livsspørsmål for pasienten. Det har oftest vært vedkommende selv som har tatt initiativ til en samtale og tematisert sine ønsker for denne. Brytningstiden kan på denne måten både romme ettertanke og undring og samtidig tilkjenne sårbarhet og usikkerhet for hva som skjer med dem nå og i fremtiden.

Fremtidsdimensjonen i brytningstiden viser også til hvordan gruppedeltakerne ser for seg at pasienten skal "komme på sporet igjen". Dette utsagnet inneholder undringer og synspunkter knyttet til hva som skal til for at en person kan komme til rette med seg selv og sitt eget liv etter en innleggelse i manisk fase. Begrepet "å komme på sporet" er et vidt begrep. Gruppedeltakernes kommentarer strekker seg helt fra hva som er viktig psykologisk for personen, deres evne til å mestre hverdagen og til hvordan omgivelsene med naboer, familie, venner og hjelpeapparat tar imot vedkommende. "Å komme på sporet" kan også romme distinksjoner mellom det å være eller bli frisk og det å leve med en kronisk psykisk lidelse. Et annet element er knyttet til hva pasientene under innleggelsen kan få av hjelp og støtte som kan få betydning for livet deres utenfor sykehuset. "Å komme på sporet" må også ses i lys av det engasjement og den medlevelse som personalet gir uttrykk for i relasjon til alle pasienter de møter i posten. Det uttrykker hvordan personalet og pasienter blir vevd inn i hverandres liv og virkelighet.

Mange av gruppedeltakerne forteller om hvordan de tenker på enkeltpersoner og undrer hvordan det går med dem etter utskriving. Ofte med et innebygd håp om at vedkommende ikke blir reinnlagt, men "klar seg ute". En av gruppedeltakerne gav innhold til det å komme på sporet igjen slik: *"Det å komme på sporet igjen forutsetter at du får anledning til å komme til rette med din situasjon, med din sak, hva denne lidelsen betyr, og tankene rundt den."* En annen gruppedeltaker viser til håp, forståelse og gjenkjenning som meget sentralt: *"Når det gjelder håp, for å leve med en slik lidelse, så tror jeg at det å bli ivaretatt, at det er noen som hører og forstår hva dette dreier seg om, og gjenkjenner tingene."* Et sentralt spørsmål som både pasienter, familie og personalet stiller seg, er hvorvidt den maniske lidelsen er kronifiserende. Er det en lidelse som vedkommende person må leve med hele livet? Eller kan lidelsen variere fra én manisk episode til flere, slik at vedkommende må leve med angsten for at det kan skje igjen?

### **6.1.3 Skam og tvil**

Utsagnene fra temaområdet om brytningstiden gir temaområdet om skam og tvil en kontekstuell plassering. Brytningstiden oppfattes for mange av personalet som den tiden da

temaer og atferd knyttet til skam og tvil aktualiseres og leves ut. De fleste gruppedeltakerne bekrefter at brytningstiden er den perioden da pasienter tydeligst viser og omtaler den skam og tvil de føler. Oftest retter dette seg mot uheldige hendelser eller mot noe de har sagt i løpet av den maniske fasen, som de angrer på. Det kan gjelde i forhold til familie, pårørende og personale. En av gruppedeltakerne sier: *"De er jo veldig redde for og de føler jo både skyld og skam for det de både har sagt og gjort, både overfor sine pårørende og kanskje hva de har vist oss."* Utsagnet fremholder også hvordan skylden eller skyldfølelsen skilles fra følelsen av skam. Flere av gruppedeltakerne har opplevd at hjemreisen er en kritisk fase for pasienten, ikke bare det å skulle gjenoppta det daglige livet, men like det å møte naboer, venner og familie. Mange av disse har kanskje opplevd selve innleggelsen og andre hendelser knyttet til pasienten som nedverdiggende eller som sosial blamering. Episoder som det oftest ikke har vært eller er anledning til å snakke om i fellesskap. Flere av gruppedeltakerne har erfart at pasienter i slike situasjoner kan føle skam gjennom egen nedverdiggelse og vanære, og skyld fordi de kanskje har krenket noen. Følgelig gruer de seg til gjensynet med naboer, venner og familie.

Noen av deltakerne omtaler hvordan pasientene opplever at følelsen av skam og skyld kan gi seg kroppslige utslag: *"Det er en utrolig stor påkjenning for kroppen å være manisk, og ikke minst i forhold til den skam- og skyldfølelse mange sliter med."* Deltakerne i fokusgruppene tematiserer også hvordan de som fagpersoner forsøker å møte pasientens opplevelser av skam og tvil. Særlig gjelder dette overfor andre personer og i forhold til episoder som har funnet sted ved Akuttposten. Oftest er det en pasient som i en manisk fase har sagt eller gjort ting mot en eller flere av personalet som vedkommende nå angrer og føler skyld i forhold til. Noen ganger kan pasienter ta initiativ til å sette ord på slike hendelser og følelser. Andre ganger lar dette seg ikke gjøre, men personalet oppfatter og aner likevel pasientens usagte unnskyldning: *"Hun hadde skyldfølelse for det hun hadde gjort mot de ansatte. Det er mange ting som brenner seg inn i deres sinn om deres oppførsel i avdelingen."*

Noen av gruppedeltakerne kan oppleve at episoder der en pasient "tømmer seg" overfor dem, som potensielt krenkende:

*"Hvis noen hadde krenket meg på noen måte, så tror jeg faktisk at jeg ville unnskyldte den pasienten med at hun eller han er syk. Det ville de ikke ha sagt hvis de var i en frisk fase. Jeg lar det ikke feste seg, jeg lar det passere. På den måten har jeg lært meg å overleve på hvis det har vært episoder."*

Utsagnet tematiserer hvordan en fagperson kan føle seg krenket av noe en pasient har sagt. Samtidig peker utsagnet på hvordan fagpersonen kan unnskyldes og tilgi vedkommende gjennom en grunnleggende forståelse av at pasienten er i en syk fase. I en frisk fase ville det ikke ha skjedd. På den måten fester ikke en mulig krenkende opplevelse seg hos fagpersonen. Den kan passere som noe ekstraordinært som tilhører lidelsen. Vedkommende har på denne måten kunnet forsone seg med en eventuell krenkende episode og har kunnet fortsette i sitt daglige arbeid.

#### 6.1.4 Nære relasjoner

Temaområdet omhandler deltakernes opplevelse av og erfaring med pasienters nære relasjoner og deres betydning. De nære relasjonene handler i første rekke om familiemedlemmer som ektefelle, foreldre eller barn. Relasjonene fremstår som betydningsfulle på mange plan og områder. Både når det gjelder å forstå personen og pasienten, dennes lidelse og hvordan og hva som kan hjelpe eller skape forandringer. En av gruppedeltakerne sier: *"Jeg tror det er ingen som kan se forandringene så godt som de som lever sammen med pasienten."* De som lever sammen med pasienten, som hører og forstår, kan være familie, venner og naboer. Flere understreker betydningen av de sosiale nettverkene: *"Jeg tror at hvordan de har det ellers i livet, spiller ei ganske stor rolle. Hvordan familie er de i, hvordan er omgivelsene? Hvordan takler de andre dette?"* En annen beskriver det slik: *"Sjøl om en pasient er innlagt, så er det som regel ingen som kjenner en person bedre enn familien på godt og vondt."* På samme måte opplever enkelte av gruppedeltakerne at det kan være stor forskjell mellom det pasienten føler og tenker, og det familien føler og tenker. I enkelte situasjoner, for eksempel ved en tvangsinnleggelse, kan dette være vanskelig og konfliktfylt, samtidig som det kan være berikende og ressursforløsende i et senere poliklinisk samarbeid. Nære relasjoner har avgjørende betydning for personens opplevelse av selvtillit og for evnen til å mestre eget liv: *"Jeg tror uansett hva det er, at det viktigste er at pasienten føler seg tilfreds med seg sjøl og ser at han kan takle livet sitt og mestre livet sitt."* Utsagnet peker på det dynamiske i forståelsen av nære relasjoner, forstått som personens forhold til seg selv, til andre og til livet og verden omkring.

De nære relasjonene kan tidvis oppleves som dramatiske og problematiske for pasientene. Noen av gruppedeltakerne peker på dette når de beskriver hvordan Akuttposten nekter enkelte pasienter å ta kontakt med sine nærmeste. Begrunnelsen for et slikt forbud

kan være hensynet til både pasienten og pårørende i relasjon til sosial blamering og familiekonflikter. Denne begrensningen kan oppleves som svært dramatisk og følelsesmessig konfliktfylt for enkelte av personalet. Det dramatiske innebærer at man frarøver pasientene en formell rettighet ved å nekte dem fri benyttelse av telefon eller brev, og ved å kontrollere hvem de tar kontakt med. En gruppedeltaker sier:

*"Det å bli fratatt retten til å ringe sine nærmeste er noe av det verste en kan nekte folk også. Det er kanskje en del av årsaken til at de blir så aggressive. For en kan tenke med seg sjøl at hvis en ble innlagt på sykehus og ble nektet å ringe til de en synes står seg nærmest, det ville jo være en forferdelighet."*

Utsagnet peker på en mulig forklaring på hvorfor enkelte personer oppfører seg aggressivt mot personalet når deres pasientrettigheter blir begrenset. Det følelsesmessig konfliktfylte dreier seg om det å identifisere seg med pasienter som ikke får lov til å ta kontakt med dem de føler står dem nærmest. Hvem skal da støtte og oppmuntre dem? Personalet kan oppleve det som et dilemma å frata pasienten en rettighet (muligheten til å kunne kommunisere fritt) når de selv er svært kritiske til denne handlingen. Det dreier seg både om det etiske dilemmaet med kommunikasjonsbegrensning og om den konfliktfylte håndhevelsen. Måten dilemmaet løses på, fører ofte til en overbeskyttelse av de nærmeste og til en unødvendig begrensning av pasientens behov for å formidle seg: *"Vi er så redd for å la folk som ikke prater såkalt normalt, å henvende seg til sine nærmeste."*

## 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis

Dette hovedtemaet peker på mulige konsekvenser for den kliniske praksisen ved Akuttposten med basis i funnene i Delstudie I<sup>134</sup> og i hovedtema 1 i Delstudie II (Forståelse av mani som fenomen og lidelse). Hovedtema 2 – Konsekvenser for klinisk praksis – uttrykker to forhold. For det første om og på hvilke måter fokusgruppedeltakernes forståelse av mani som fenomen og lidelse har endret seg i møte med den erfaringsbaserte pasientkunnskapen; for det andre om det er en sammenheng mellom dette kunnskapsmøtet og det kliniske arbeidet. I hvilken grad har møtet mellom den erfaringsbaserte pasientkunnskapen om mani bekreftet, påvirket eller endret deres fagkunnskap. I hvilken grad har dette medført konsekvenser i det kliniske samarbeidet med den aktuelle pasientgruppen?

---

<sup>134</sup> Se kap. 6.1 Opplevelser av mani, kap. 6.2 Opplevelser av maniens konsekvenser og kap. 6.3 Opplevelser som innlagt pasient.

Et hovedtema i Delstudie I (kapittel 5.3) var funn knyttet til intervjupersonenes erfaringer og opplevelser med det å være innlagt pasient. På hvilke måter vil denne kunnskapen om det å være innlagt pasient kunne påvirke eller endre den pleie og omsorg som fremtidige pasienter vil kunne motta? Spesielt vil det være interessant å undersøke hvilke konkrete kliniske konsekvenser denne kunnskapsutviklingen kan ha for pasientgruppen med stemningslidelser. Kan det innebære endret bruk av tvang og tvangsmidler, og kan pleien og omsorgen i større grad ta hensyn til det unike ved personer med mani? Akuttposten har som et uttalt mål å bli en kompetanseenhet i forhold til stemningslidelser, med særlig vekt på mani. I dette arbeidet fremholdes betydningen av å beskrive og å systematisere pasienters opplevelser og mestring av sin lidelse, og hvordan denne kunnskapen kan brukes for å utvikle personalets praktiske kunnskaper og handlinger.

Følgende temaområder fremkommer i materialet: 1. Bevissthet om omsorgens tvetydighet, 2. Omsorgsrelasjonens kraft, 3. Faglig medmenneskelighet, 4. Samtalen og 5. Rutiner.

### **6.2.1 Bevissthet om omsorgens tvetydighet**

Under dette temaområdet gir gruppedeltakerne uttrykk for en økt bevissthet og erkjennelse av omsorgens iboende og prinsipielle tvetydighet. Bevisstheten er også knyttet til en oppdagelse og erkjennelse av hvilke konkrete og kliniske uttrykk tvetydigheten kan gi seg i form av makt og avmakt, kontroll og frihet, krenkelse og myndiggjøring og undertrykkelse og frigjøring. Tvetydigheten settes på spill og spilles ut i de ulike relasjoner som personalet deltar i. Ønsket om å gjøre det beste kan oppleves slik, men det kan også oppleves som krenkelse. Tilsvarende kan personalet oppleve maktutøvelse fra pasienter som krenkende. Temaområdet uttrykker økende bevissthet om disse dilemmaene, men innsikten kan ikke umiddelbart omsettes i handlinger. Den kan imidlertid artikuleres i form av individuelle og felles refleksjoner. En illustrasjon på dette kan formuleres slik en av deltakerne gjør: *"Du vil så gjerne hjelpe og gjøre det beste, men hvordan hjelpe best mulig for pasienten?"*

Temaområdet søker å fange nyansen og distinksjonen mellom at noe er, og bevisstheten om at noe kan være. Et vesentlig funn er gruppedeltakernes erkjennelse av at omsorg og omsorgsutøvelse kan oppleves som tvetydig; tvetydig i den forstand at ønsket om det beste kan oppleves som det verste. Ønsket om å hjelpe pasienten til det beste kan av pasienten oppleves som overgrep og krenkende omsorg: *"Jeg har opplevd at mange føler*



det som en veldig krenkelse å bli lagt inn på tvang." Et annet funn er at oppdagelsen og erkjennelsen av bevisstheten om omsorgens tvetydighet danner basis for en slags undringens ettertenksomhet, der usikkerhet og dilemmaer kan artikuleres. I rommet av undring og ettertenksomhet kan gruppedeltakerne stille spørsmål ved seg selv som fagperson og ved den pleie- og omsorgspraksis de inngår i. Følgende utsagn kan illustrere dette: *"Jeg reflekterer over at man i gitte situasjoner kanskje mener å gjøre ting riktig, og så viser det seg i dine intervjuer at man kanskje ikke har gjort ting helt riktig."* En annen sier: *"Jeg tror vi må leve med at innimellom så må vi gjøre ting som føles som overgrep som er til det beste for folk, men som de ikke ser at er det."*

Utsagn tematiserer deltakernes erkjennelse av at omsorg kan være tvetydig, og at den konkrete omsorgsutøvelsen også kan oppleves slik. Grunnlaget for denne oppdagelsen og erkjennelsen fremkommer blant annet i funnene i Delstudie I. Materialet er basert på intervjuer med tidligere pasienter som flere av personalet kjenner godt gjennom mange år. Noen har arbeidet nært sammen med disse personene. Følgelig kan det være meget komplisert å forestille seg at elementer fra dette samarbeidet og omsorgsutøvelsen i ettertid kan beskrives som for eksempel krenkende. Et prinsipp i forståelsen av omsorg og i all omsorgsutøvelse er nettopp det å henvende seg til og yte til den andre forutsetningsløst og uten forventning om gjengjeldelse. Omsorg er på denne bakgrunn å forstå som allmennmenneskelig og universell, og noe som mennesket er avhengig av fra fødsel til død. Denne forståelsen kan settes på spill når hensynet til kontroll, orden og effektivitet blir styrende. Omsorgens tvetydighet kan slik sett komme til uttrykk ved at noen ofres for andres skyld, ved at overgrep ikke er seg et ønske om å ville det beste overfor et individ, eller ved at pasientens behov for ivaretagelse blir et påskudd for å bevise egen faglige fortreffelighet.

Erkjennelsen av denne tvetydigheten oppleves av enkelte som meget ubehagelig: *"Og den vonde følelsen av at de er fullstendig i vår makt. De er fratatt omtrent alt, jeg blir litt sårbar av den tanken."* Sårbarheten og ubehaget som erkjennes i dette temaområdet, blir ikke mindre når personalet åpner opp for og gir rom for å gå inn i konkrete møter med tidligere pasienter: *"En pasient var innom oss senere og snakket om at det hadde vært fryktelig toft for henne etterpå. At liksom vi tok fra henne noe. En form for glede. Livsgleden."* Og det kan gi rom for mer allmenne betraktninger: *"Det kan hende at vi ofte tar feil, fordi en pasients væremåte ute i samfunnet kan være ganske normal. Jeg føler at vi noen ganger kanskje overkjører, men gjør vi det til pasientens beste?"* Utsagnet

viser konkret hvordan bevisstheden om omsorgens tvetydighet uttrykkes hos en gruppedeltaker. Vedkommende gir stemme til undringens ettertenksomhet ved å peke på muligheten av egen feilbarlighet. Refleksjonen betoner også muligheten av å overse pasienten i en faglig iver etter både å vite og å gjøre det beste for vedkommende. Bevisstheden og artikuleringen av omsorgens tvetydighet krever oppriktighet, styrke og mot til å vise frem faglig usikkerhet og svakhet.

Hva innebærer det egentlig å gjøre noe til det beste for en manisk pasient? Kan man gjøre noe til beste for en annen dersom denne motsetter seg dette av all kraft? Er det bare et uttrykk for sosial tilpasning og disiplinering når pasienter i ettertid sier at det nok var til deres eget beste at de ble utsatt for tvangsbehandling i den maniske fasen? Dette kan også tolkes dit hen at pasienten i ettertidens lys har gitt rom for ny innsikt. I gruppedeltakernes opplevelser og erfaringer tematiseres og reflekteres det over ulike fenomener, som normalitet, kontroll og tillit. Å yte omsorg kan oppleves som å dra skillelinjer mellom det som er normalt og det som ikke er det: *"Jeg tenker mye i forhold til hvor mye annerledes folk skal ha lov til å være eller bli før en skal gripe inn og kontrollere i forhold til det."* Kontrollen kan i andre tilfeller ikke bare være at personalet skal sette grenser for hva som er det unormale og det uakseptable. Det kan i noen tilfeller oppleves som å begrense og bringe til taushet pasientens opplevelse av kreativitet og frihet: *"Jeg opplever at de nesten dor når de ikke får ut den kreativiteten og friheten som de trenger."* En annen sier det slik: *"Noen føler at en har begått overtramp ved at en ikke har latt den pasienten leve ut sine følelser, at en kanskje har vært litt for lite tolerante."* Utøvelsen av kontroll i form av begrensnig av fysisk og personlig frihet, som ved tvang og tvangstiltak, kan oppleves som et meget forstyrrende og hemmende element i samarbeidet mellom pasient og personale:

*"Jeg har en mistanke om at i hvert fall enkelte pasienter ikke tør å helt betro seg til personalet av ulike grunner og årsaker i form av en redsel for at de kan bli straffet på et eller annet vis. De blir kanskje holdt lenger på skjerming, de får mer medisiner og må være litt mer forsiktige."*

Utsagnet viser til en tilbakeholdenhet og reservasjon fra pasienter i relasjonen til personalet. Denne holdningen peker mot et element i bevisstheden om omsorgens tvetydighet og konkretiseres i form av kontroll versus frihet. Den kompliserte praktisering av balansegangen mellom kontroll og frihet aktualiserer forholdet mellom tillit og mistillit i relasjonen mellom pasient og personale. Det kan vise seg i form av en overdreven iver og årvåkenhet fra fagpersonen med hensyn til tiltak som kan virke begrensende og straffende.

Dette kan i sin tur skape en grunnleggende mistillit og mistanke fra pasientens side.

Samspillet mellom pasient og personale omkring tillit og mistillit er gjensidig betinget.

Dette samspillet kan eskalere i en negativ retning med ytterligere og gjensidig økende

kontroll og mistillit. Omsorgsrelasjonen har også i seg den kraft at dette

samspillsmønsteret kan endres i retning av likeverd og samarbeid. Disse og andre mulige

frigjørende krefter og elementer vil bli presentert i neste temaområde: Omsorgsrelasjonens

kraft.

Flere av gruppedeltakerne peker på hvordan samarbeidet med pasienten kan starte som en kamp. Det er tidligere vist til hvordan noen personer blir innlagt mot sin vilje. Oftest skjer dette i form av tvangsinnleggelse initiert av familie, naboer eller det offentlige hjelpeapparatet. I en del tilfeller kan og må politiet brukes for å kunne gjennomføre tvangsvedtaket og transportere vedkommende til Akuttposten. Frem til det øyeblikket personen blir tatt imot ved Akuttposten, har vedkommende kjempet imot både verbalt og, noen ganger, fysisk. Hun eller han har også kjempet for sitt syn på situasjonen og ikke opplevd å bli hørt eller forstått. Oftest tvert imot; "alle" er mot vedkommende, og det benyttes øvrighetspersoner som lege og politi for å sette makt bak kravet om innleggelse. Dette kan ofte være utgangspunktet og situasjonen når pasienten tas imot av personalet ved Akuttposten.

Gruppedeltakerne har i enkelte tilfeller erfart hvordan denne kampen fortsetter inne i Akuttposten. Relasjonen og samhandlingen kan, selv i lange perioder etter innleggelse, være preget av en hårfin balansegang mellom pasient og fagperson. Den har som siktemål å unngå å tilspisse kampen, men i stedet utvikle og ivareta en samarbeidsrelasjon. Det lykkes ikke i alltid fordi personalet gjennom maktutøvelse og overgrep mot pasientens autonomi og integritet kan bli oppfattet som en forlengelse av øvrighetspersoner. En av gruppedeltakerne sier: *"Det er en stadig kamp, men den må du erkjenne og vise at du sier det sånn og sånn. Vi må være forsiktige så vi ikke tilspisser den kampen oss imellom."*

Bevissthet om omsorgens tvetydighet tematiseres i relasjonen mellom pasient og personale også gjennom både språklig og ikke-språklig uttrykk:

*"Den psykiske smerten som er i det å ha en manisk lidelse, henger noye sammen med den åndelige dimensjonen av tro og håp. De gangene jeg har vært i kirka, har det både gitt meg og pasientene noe. Man har da den forståelsen med hverandre at det ligger mer i dette. Det er smerte og det er også i forhold til den smerte vi påfører dem."*

Utsagnet kan også forstås i retning av at kirkerommet i seg selv blir en kontekst som legitimerer og muliggjør den felles smerte som pasient og personale bærer på.

Kirkerommet kan fremstå som en bærer av både smerte og håp – symbolske og konkrete uttrykk for fenomener som også rommes i relasjonen mellom pasient og personale. Det kan være tilstedeværelsen i kirkerommet som muliggjør denne erkjennelsen hos begge parter.

### 6.2.2 Omsorgsrelasjonens kraft

Dette temaområdet fremholder relasjonen mellom pasient og personale som det grunnleggende virkemiddel i utøvelsen av omsorg forstått som et likeverdig og frigjørende samarbeid. Når deltakerne beskriver sine opplevelser av omsorgsrelasjonens kraft, gjøres dette gjennom et gjensidig forhold mellom egne faglige idealer og egne konkrete erfaringer gjort i samarbeid med ulike pasienter. Deltakernes utsagn både søker å fange hva og hvordan et samarbeid mellom pasient og fagperson bør være, og forteller hva flere har opplevd og erfart som en kraftfull omsorgsrelasjon. Respekt og medmenneskelighet er to sentrale begreper og verdier som flere av fokusgruppedeltakerne henviser til: *"Jeg tror at empati og å vise medmenneskelighet er det viktigste. Respekt og å være medmenneske."* En annen sier: *"Vi må alltid ha respekt uansett og ta pasienter på høyst alvor med medmenneskelighet og omtanke, omsorg og ikke minst tillit."* Utsagnet viser til betydningen av tillit, som også ble fokusert i relasjon til kontroll under det forrige temaområdet (Bevissthet om omsorgsrelasjonens tvetydighet).

En grunnleggende endring blant personalet er knyttet til hvordan det kan være mulig å opparbeide, utvikle og bruke omsorgsrelasjonens kraft. Dette faglige arbeidet krever både tid og muligheter til å gjøre erfaringer sammen med ulike pasienter. Det er forskjell på det å ha en teoretisk forståelse og det å ha erfart møter med mennesker: *"Jeg må ha faglig forståelse for at det tar tid å lære menneskekunnskap, for det nytter ikke å komme der og være i opposisjon til pasienten i utgangspunktet."* Utsagnet illustrerer dilemmaet når relasjonens utgangspunkt er meget sårbart fordi pasienten er der mot sin vilje og i sterk opposisjon til personalet og Akuttposten. Den deltakeren som har arbeidet lengst ved posten, oppsummerer sine erfaringer på følgende måte: *"Det som sitter igjen, det er tilstedeværelse og være tilgjengelig og være til disposisjon."* Et annet vesentlig moment er legitimering av den personlige komponenten eller "kjemien" i omsorgsrelasjonen. Her kan det være av stor betydning å kunne lytte og å gi rom for muligheten til å fremme ønsker: *"Vi er ganske flinke til å lytte til pasientens ønsker om å*

fortsette med en ansatt som han da har hatt god allianse med, og som de kan bygge videre på." Dette utsagnet peker på betydningen av det å ha en allianse mellom pasient og fagperson og å la den få muligheter til å utvikle seg. Å arbeide med å maksimere alliansens kraft og muligheter krever både faglig klokskap, erfaring og talent. Følgende utsagn fra en deltaker kan illustrere det: *"Jeg tror at det er her den faglige forståelsen kommer frem. Det er en kloktig måte å håndtere relasjoner på, som en selvfølgelighet, noen har det naturgitt, mens andre må lære seg til det og øve seg i det."*

En av fokusgruppedeltakerne har erfart hvordan det å ha tid sammen kan være avgjørende for å kunne utvikle en allianse og å gripe kontaktmuligheter i øyeblikket.

Denne kombinasjonen kan legitimere intuisjon og et samvær som ikke først og fremst er preget av språket:

*"Det er noe med å gripe tak i øyeblikket og la den personen få lov til å være så bra som en er akkurat da. Vi følger hverandres tankegang på en helt spesiell måte når vi er mye sammen. Altså hvis du tør å kjenne litt sønn på magefølelsen."*

Det å ha tid sammen og å la øyeblikket og intuisjonen råde bidrar til å skape en akseptasjon for en gjensidig forskjellighet i omsorgsrelasjonen, både i relasjonen pasient–fagperson og i relasjonen menneske–menneske. En slik opplevelse og erkjennelse kan komme til å utfordre det tradisjonelle synet på profesjonalitet: *"Jeg tror at opplevelsen av at pasientene er så forskjellige, er på grunn at vi er så forskjellige. Vi er like forskjellige vi som ansatte som pasientene. Jeg synes ikke dette preger vårt daglige arbeid."*

Det å være en del av en samarbeidsrelasjon med en manisk pasient kan oppleves som meget krevende: *"Jeg synes det er et krevende arbeid når det er en manisk person. Jeg utfordres hele dagen."* Det er en utfordrende relasjon fordi den utfordrer den menneskelige betydningen av begreper som respekt, tillit og troverdighet. Utfordringen er også knyttet til at respekt og tillit skal praktiseres som væremåter i relasjonen: *"I manien er det enkelte som er utrolig morsomme. Du vet faktisk ikke hvor du skal gjøre av deg, så morsomt er det. Så går du på kontoret og snakker litt om det, og så ler du og så er det ganske bra."* Utsagnet kan illustrere hvordan humor og det å le, enten med eller av, aktualiserer det å vise respekt og derved også selvrespekt. Respekt i betydningen av å vurdere om man kan og bør le av eller med en manisk pasient. Kan pasienten oppleve det som en godlynt spøk, eller kan det bidra til sosial blamering? Selvrespekt i betydningen av å vurdere hva man selv som fagperson velger å gjøre, og hva man mener er riktig å gjøre: Trekke seg unna situasjonen og heller velge å dele opplevelsen med andre blant

personalet? Slike situasjoner og relasjoner aktualiserer forholdet mellom moral og etikk i konkret samhandling mellom pasient og fagperson.

I temaområdet Omsorgsrelasjonens kraft viser gruppedeltakerne til sine opplevelser av og ønsker om å være forlikt med pasienten når hun eller han forlater Akuttposten. Det er langt fra mulig i alle tilfeller, enten fordi verken pasienten og fagpersonen får anledning til å avslutte samarbeidsrelasjonen, eller fordi en av dem ikke evner å avslutte den. Gruppedeltakerne opplever å ha det samme ønsket om å være forlikt hver dag når denne avsluttes – heller ikke dette er alltid mulig å realisere. Samtidig fremheves den betydning og funksjon selve forliket har i omsorgsrelasjonen. Å være forlikt gir mulighet for vekst og forsoning med det som har vært vondt følelsesmessig. Forliket gir håp for fremtiden. En av gruppedeltakerne uttrykker seg slik om sin opplevelse:

*"Å forlikes det er betydningsfullt. Det har gode virkninger på meg som hjelper, men det har også avgjørende betydning for muligheten til vekst og forsoning og dermed også håp for pasienten videre. Så det er viktig både på det praktiske plan, for at det kjennes godt følelsesmessig, men også i muligheten for å kunne få en forsonet holdning til noe som har vært vondt og vanskelig."*

En annen opplever også sammenhengen mellom å være forlikt og håp for pasienten som sentralt:

*"Jeg har et håp om at pasienten kommer seg gjennom sykehusoppholdet og ut herfra. Og at vi da er forlikt med hverandre, at det ikke er noe traume eller bitterhet som er kapslet inn, men at det er gjennomarbeidet eller bearbeidet, den innleggelsen."*

En tredje gruppedeltaker fremholder at det å være forlikt handler om samvittighet, og at det er en menneskelig egenskap i ønsket om å være forsonet: *"Det handler om samvittighet. Det er ikke noe spesielt med pasienter, det er bare slik. Vi har det aller best når vi har den forsoninga. Bli forlikt og forsonet er jo bare slik det er, vi er sånn skapt."*

Omsorgsrelasjonens kraft bringer fagperson og pasient nær hverandre som personer, og man berøres gjensidig. En peker på hvordan nærheten i relasjonen bringes videre i form av omtanke og undring etter at pasienten har forlatt Akuttposten. En deltaker sier: *"I pasientalliansen får du kjennskap og du lurer på siden, og det kan du tenke mye på, hvordan går det med denne pasienten tro?"*

### **6.2.3 Faglig medmenneskelighet**

Dette temaområdet dvelte fokusgruppedeltakerne mest ved, sammen med temaområdet om brytningstiden. Funnene i temaområdet Faglig medmenneskelighet tyder på at det er her de største utfordringene ved å være fagperson ved Akuttposten og ved det å møte en person

som er manisk, befinner seg. Det å på den ene siden erkjenne at omsorgen kan fremstå som tvetydig, og på den andre siden beskrive den kraften og de verdiene som ligger i omsorgsrelasjonen, leder til grunnleggende undringer omkring forholdet mellom det å være fagmenneske og det å være medmenneske. Verdier som medmenneskelighet, respekt og likeverd utfordrer skillet mellom pasient og fagperson når de skal praktiseres: *"Hva er det menneskelige i det maniske, eller hva er det maniske i det menneskelige? Hva er den egentlig forskjellen mellom meg og den andre, og kunne ikke den andre egentlig vært meg?"* For fagpersonen utfordres forholdet mellom fag og person og forholdet mellom det personlige og det private.

Følgende opplevelser kan illustrere de ovennevnte utfordringer og dilemmaer: "Det er det å møtes som personer i et personlig møte. Og hva blir da personlig og hva blir privat? Det er ikke godt å vite, man skal jo tydeliggjøre seg som person og være en person." Dilemmaet knyttet til forholdet mellom det private og det personlige kan oppleves slik: "Jeg mener at det må jo kunne gå an uten at man er for privat, for da fremstår du som et menneske og ikke som en kanskje litt farlig fagperson." Utfordringene i det gjenkjennelige kan oppleves som en del av den allmennmenneskelige omsorgen og slik sett styrke behovet for å tydeliggjøre forskjeller:

*"De er jo mennesker de også vet du – akkurat som oss, og vi bryr oss! De bryr seg om oss også på en måte. Men da får jeg lite grunn sperre. Tenker, nei, dette blir ikke helt rett liksom, det er jeg som er pleieren."*

Gjenkjennelsen reduserer forskjellene mellom pasient og fagperson og fremholder det allmennmenneskelige – likhetene i relasjonen kan da oppleves som å være større en forskjellene. De stereotype posisjonene som pasient og personale oppheves for en kortere eller lengre stund, og det skjer et møte menneske til menneske.

I det gjenkjennbare aksentueres samtidig forholdet mellom faglighet, medmenneskelighet og profesjonalitet knyttet til nærhet og avstand i samarbeidsrelasjonen. Samarbeidsrelasjonen inviterer til et nært samarbeid der det påhviler fagpersonen et spesielt ansvar for å forsøke å forstå den andre. I dette samarbeidet kan de to bringes nær hverandre følelsesmessig. En gruppedeltaker har erfart det slik: *"Vi blir fascinert av pasientene også. Vi kommer så nær dem, og vi blir 'tent på', så vi vil gjerne føye dem også på en måte. Blir følelsesmessig berørt."* Den sentrale utfordringen knyttet til profesjonalitet kan være nettopp balansegangen mellom faglighet og medmenneskelighet og mellom emosjonell nærhet og avstand. Kanskje er det slik at fagpersonen må komme svært nær noen ganger for siden å kunne skape avstand. Denne formen for nærhet kan gi

grunnlag for en kontakt og en åpenhet i relasjonen som ellers ikke ville ha vært mulig. Kanskje kan dette være en ny dimensjon ved det å være profesjonell? En deltaker uttrykker seg slik:

*"Det er jo en kunst. De gangene jeg har kommet nærmest pasienter, det er de gangene som jeg har vært litt sårbar overfor dem, og når jeg har innrømmet at dette her er slett ikke noe enkelt. Dette her kjenner jeg meg igjen i. Da opplever i hvert fall jeg at det er noe som fenger, det er noe som åpner."*

Mani som lidelse og de uttrykk lidelsen frembringer, kan også oppleves å utfordre andre sider ved forholdet mellom medmenneskelighet og faglighet. Utfordringen viser seg gjennom personalets opplevelse av det å kunne variere i stemningsleier som et allmennmenneskelig fenomen, fra uttaleleser som "Vi har jo alle svingninger iblant", til tydelige psykisk og fysisk smerte som pasienten formidler i den maniske fasen: "Det ser ut som et følelsesmessig helvete." En gruppedeltaker uttrykker seg slik: "Du utfordres som person, du utfordres til å leve deg inn i lidelsen, og du utfordres som sykepleier til å være profesjonell og håndheve grenser og være der." En annen peker på behovet for å bearbeide opplevelsen av pasientens smerte:

*"Både jeg og pasienten har behov for å bearbeide ting og episoder som brenner seg fast i hukommelsen. Det kan være en tung konfrontasjon. Det er smerten i lidelsen som jeg føler på er hos en del pasienter, det er tungt."*

På samme måte kan forsøkene på å dele og bearbeide smerten oppleves som krenkende og nedsettende for fagpersonen:

*"De klarer å finne de svakhetene vi har, og klarer på en måte å komme med utsagn som kan være både krenkende og nedsettende. Hvis jeg føler meg lite respektert og krenket, så er det i hvert fall det som går på meg."*

I søken etter gjensidig medmenneskelighet kan alle trå feil. I dette tilfellet kan det virke som om det var viktig for pasienten å markere forskjeller og grenser ved å finne og å påtale andres svakheter eller mangler. Et fenomen som kanskje nettopp karakteriserer det menneskelige og det å være menneske?

Det personlige elementet ble trukket frem for å belyse det forrige temaområdet Omsorgsrelasjonens kraft. I temaområdet Faglig medmenneskelighet belyses ulike opplevelser og erfaringer hos deltakerne omkring fag og person og det private og det personlige. Ytterligere en dimensjon trekkes frem i materialet knyttet til forståelsen av personlighet hos personalet. Hvilken betydning har fagpersonens personlighet for møtet med den andre? Hvordan berøres og berører fagpersonen, og tør vedkommende å bruke egne livserfaringer i samarbeidet? En gruppedeltaker forteller om sine erfaringer: "Jeg



*synes det å jobbe med maniske er veldig utfordrende og spennende. Det handler om hvordan du er som type selv, om personligheten hos den hjelperen som den syke møter.*" Utsagnet peker mot hjelperens personlighet som avgjørende for møtet med den maniske pasienten og i langt mindre grad om vedkommendes kompetanse som fagperson. Dette resonnementet videreføres i det gruppedeltakeren mener er sentralt i møtet med den andre: *"Jeg synes det er veldig spennende at man kan komme et annet menneske i møte ved å dele noen av livets erfaringer."*

Delstudie I viset at flere intervjupersoner hadde opplevd seg møtt og i større grad snakket med av assistenter og hjelpepleiere enn av sykepleiere og psykiatriske sykepleiere. Det viktigste var i hvilken grad det var mulig å dele livserfaringer, og om fagpersonen gav av seg selv i møtet. Disse erfaringene undrer flere av fokusgruppedeltakerne, og de har ikke selv opplevd det slik: *"At de opplever kanskje at det er bedre å snakke med assistenten enn sykepleieren og den psykiatriske sykepleieren, det synes jeg er oppsiktsvekkende. At det skal være så store forskjeller ut fra det som er dokumentert."* Noen av gruppedeltakerne har gjort andre erfaringer: *"På denne arbeidsplassen er det helt andre forventninger til en psykiatrisk sykepleier enn til en assistent."* En deltaker forteller om en opplevelse omkring en assistent som sluttet med følgende avskjedsreplikk: *"Og det var hans avskjedsreplikk til avdelingen: Han ble aldri tatt på alvor."* Å bli respektert for det menneske man er, kan synes like avgjørende for egen selvrespekt som for møtet med andre, enten man er pasient eller fagperson.

#### **6.2.4 Samtalen**

Samtalen er sentral når gruppedeltakerne skal beskrive hva de opplever som viktig i samarbeidet med pasienten. Det gjelder både samtalen som et konkret uttrykk for å bearbeide psykisk smerte og samtalen som kanskje det mest sentrale virkemiddel i arbeidet med psykiske lidelser. Det å kunne samtale med en pasient er en forutsetning for å kunne etablere en relasjon, for å kunne nå inn til den andre og for å kunne arbeide sammen. Å kunne tale sammen kan av enkelte sammenlignes med å utøve en form for kunst: *"Det er jo der kunsten ligger, da, at man er god til å kommunisere. Er man god til å nå inn hos et menneske, så har i alle fall jeg sett noen personer som er kunstnere når det gjelder å snakke seg frem til en løsning."* På samme måte fremholdes betydningen av relasjonen og

de personlige komponentene for å kunne få til en god samtale: *"Det er i alle fall helt sikkert at det er enkelte en snakker bedre med enn andre."*

Flere av gruppedeltakerne betoner samtalen som kanskje et av de viktigste terapeutiske redskapene i samarbeidet: *"Samtalen, det å kunne snakke om det, utgjør et vesentlig punkt i arbeidet."* Samtalen utgjør et betydelig potensial i samarbeidsforholdet mellom pasient og personale. Dette gjelder både pasienter og personalets tro på samtalen, og ikke minst hva den kan frigjøre og forløse gjennom sitt tematiske innhold. En sentral betingelse i så måte er oppriktighet og hvordan den kan komme til å prege samtalen. Flere av gruppedeltakerne har erfart at i hvilken grad relasjonens kraft og muligheter kan realiseres, er knyttet til samtalens preg av oppriktighet og ærlighet. Det er et ønske at pasient og personale skal være oppriktige og ærlige mot hverandre, mot seg selv og mot andre pasienter og kollegaer. En gruppedeltaker sier det slik: *"Det handler mye om oppriktighet, være oppriktig som kollega til hverandre og oppriktighet til pasienten, kunne si noe om relasjonen og hvem han vil velge."*

Relasjoner kan settes på spill når man skal praktisere oppriktighet. Det gjelder både i forhold til pasienter og i forhold til kollegaer. Det reiser også etiske dilemmaer om man skal eller kan si det som det er, og til hvem man kan si det. Noen tenker at prinsippet er det viktigste: *"Det er gagnlig å satse på oppriktighet og ærlighet og ta sjansen på det og si akkurat som det er."* Det får bære eller briste. Hvis man ikke er oppriktig så vil det bli avslørt uansett – særlig i relasjon til pasienter har flere erfart: *"Det får bære eller briste, nå sier jeg det som det er, og ikke legger noe skjul på det, for dette er de var på åkke som, pasientene."* Betingelsene for den gode samtalen i form av oppriktighet og ærlighet kan variere sterkt. Dette gjelder både i hvilken sammenheng samtalen finner sted, og hvordan deltakerne i en samtale møtes språklig og relasjonelt. Flere av gruppedeltakerne har opplevd at skjermet enhet kan være en vanskelig kontekst for den gode samtalen på grunn av mangel på kontinuitet i relasjoner:

*"Vi, personalet, er sikkert ganske forskjellige på mange områder, og jeg tenker på den stakkars pasienten som hver time må forholde seg til et nytt menneske. På skjerming kommer det stadig nye som sitter og med ulike synspunkter. Det er faktisk talt pasienten som må forholde seg til personalet. For ei belastning det må være for en pasient å forholde seg til så ulik personalsammensetning."*

Samtalene mellom pasienter har visse begrensninger ved seg i den forstand at man skal unngå bestemte temaer, temaer som kan være konfliktfylte både i form og innhold. Det er personalet som oftest er tiltenkt rollen med å reagere hvis samtaler utvikler seg i en uønsket retning. Dette skjer ofte ved at en av personalet tilbyr seg å fortsette en vanskelig

samtale på et pasientrom. Det er flere av gruppedeltakerne som opplever det som kunstig og tidvis meget komplisert å overholde bestemte begrensninger for samtaler:

*"Hvis man hele tiden må veie hvert ord, da blir det veldig kunstig. Det blir ofte et friareal i røykerommet, og der snakker de om alt og der får de erfaringer og der kan de diskutere. Det kan lett bli veldig kunstige skiller, man kan jo ikke være helt firkantet."*

Utsagnet bekrefter det flere av pasientene viste til nemlig at røykerommet er et slags "personalfritt område" – et rekreasjons- og fristed for pasienter. Det finnes ikke noe personale som kan gripe inn og begrense innholdet i samtaler mellom pasienter. Videre forteller flere av intervjupersonene i Delstudie I at røykerommet var et sted der de møtte medpasienter og fritt kunne dele opplevelser og erfaringer med hverandre, både i forhold til egen lidelse og i forhold til det å være innlagt pasient. Noen omtaler også møter og samtaler som har funnet sted på røykerommet, som skjellsettende opplevelser. Flere av gruppedeltakerne viser til opplevelser og erfaringer omkring samtalen som peker på betydningen av at alt ikke lar seg uttrykke språklig. Det å samtale må ikke oppleves som en tvangstrøye som alle skal passe inn i. Man kan være sammen uten å tale sammen. Ikke alle har ordet eller språket som sitt fremste uttrykksmiddel. En gruppedeltaker uttrykker seg slik: *"En time kan være lang når du går tom for ord. Jeg har sagt at hvis du ikke ønsker å snakke, så kan vi godt sitte bare og tie stille og."* En annen forteller om sine erfaringer: *"Jeg lar ham få sitte sjøl, det er ikke alle som er så flinke til å prate, og det er ikke meningen at alle skal prate så mye heller. La de få skrive ned hvis de har noe de vil formidle."* Utsagnet åpner for en akseptasjon og en problematisering av at ikke alle i like stor grad har ordet i sin makt. Samtidig peker det på andre måter å uttrykke seg på, hvis man skulle ønske det.

### 6.2.5 Rutiner

Akuttposten er én post blant flere i et større psykiatrisk sykehus. De psykiatriske sykehusene er i all hovedsak organisert etter de samme prinsippene som de somatiske. Et karakteristisk trekk ved alle sykehus og all sykehusdrift er at organisasjon som er satt sammen på bakgrunn av bestemte rutiner og regler. En overordnet idé er at organisasjonen ikke skal stoppe opp selv om enkeltdele byttes ut – enten det er personell, pasienter eller maskiner. Et sentralt konfliktområde i sykehusdrift har vært forholdet mellom system og individ. En illustrasjon på dette er at såkalte ferdigbehandlede pasienter skrives ut av sykehuset og sendes hjem uten at videre behandling eller oppfølging er sikret. Bakgrunnen

er ofte at sykehuset krever rotasjon fordi pasienter står i kø og venter på en ledig seng.

Denne konflikten finnes både i somatiske og i psykiatriske sykehus.

Flere av gruppedeltakerne mener at de har opplevd og identifisert denne konflikten i sitt arbeid: "Vi følger systemet mer enn pasienten. Jeg har tenkt mange ganger at vi er ikke noe humane på en måte. Vi er ganske sånn opphengt i systemet mer enn pasienten." Denne konflikten lever og kan finne sine løsninger på ulike måter. Noen av gruppedeltakerne opplever at denne konflikten har gitt seg utslag i en overfokusering på regler og regelstyring som tjener systemets interesser og ikke tar hensyn til den individuelle pasient: "Så er det det der med firkantethet i systemet med at er det satt opp ei retningslinje, så skal den vare inntil neste behandlingsmøte." Regelstyringen og lojaliteten til systemet kan oppleves å stå i direkte motsetning til det terapeutiske:

*"Jeg vet det er mange pasienter som har spurt om å velge individuellkontakt, og det blir avslått. De får pent ta til takke med den de blir satt til. Oppgittthet føles sterkt fordi noen ganger så er vi rimelig firkantede i retningslinjer."*

En av deltakerne fremholdt og understreket retten til selv å kunne velge individuellkontakt begrunnet i en grunnleggende humanistisk posisjon: "Jeg tenker på at det må nå være en menneskerett å velge sjøl hvem en vil ha noe med å gjøre."

Rutiner og regler kan også forstås som midler til å regulere makt og maktutøvelse. Noen av gruppedeltakerne opplever maktdimensjonen som et element i bruken av regler: "Pasienter er så prisgitt om ikke vår makt, så våre regler. Det føles ganske beklemmende i visse situasjoner." Utsagnet kan peke mot regelstyringens funksjon med hensyn til det å skape avmakt i forholdet mellom system og individ. Et annet aspekt er begrunnelsen for regelstyring og rutiner knyttet til det å utøve genuin paternalisme overfor pasienten: "Pasienten er avhengig av oss, han er i våre hender helt og fullt. Det er vi som må styre mange ting." Forholdet mellom makt og avmakt kan også oppleves i det kliniske samarbeidet mellom ulike profesjoner:

*"Jeg tror at vi har makt, men jeg tror ikke vi er klar over at vi har det. Vi burde være mer klar over at vi hadde den makta som vi har. Da kunne vi mer protestere. Jeg undres alltid over hvorfor legene kan si imot oss på den måten, når de aldri har med pasienten å gjøre."*

Utsagnet stammer fra en deltaker som ikke tilhører legeprofesjonen. Slik sett kunne man forestille seg at det er et utsagn om avmakt. På den andre siden kan man forstå utsagnet som maktladet. Hvor mye skal man ha med en pasient å gjøre for å være kvalifisert til å mene noe, og hvem skal i så fall avgjøre det?

## Konklusjon – Delstudie II

Det foreliggende materialet tar utgangspunkt i fem fokusgruppeintervjuer med elleve blant personalet ved Akuttposten. Intervjuene har fokusert på personalets forståelse av den erfaringsbaserte pasientkunnskapen og hvilke kliniske konsekvenser som kan muliggjøres i møtet mellom pasientkunnskap og fagkunnskap. På bakgrunn av de to forskningsspørsmålene kan følgende konklusjoner trekkes:

1. Hvordan kan erfaringsbasert kunnskap med mani som fenomen og lidelse bidra til kunnskapsutvikling hos personalet som arbeider med denne pasientgruppen ved en akuttpsykiatrisk post?

Den erfaringsbaserte pasientkunnskapen bidrar til å forløse erfaringsbasert kunnskap hos fagpersonene om de samme fenomenene. Personalets fagkunnskap fremstår både som teoribasert fagkunnskap og som erfaringsbasert fagkunnskap. Den erfaringsbaserte fagkunnskapen omtales som forskjellig fra den teoretiske. Akseptasjonen av det erfaringsnære som betydningsfullt i møte mellom pasient og personale bærer frukter hos begge parter og de relasjoner de deltar i. Personalets forståelse av mani som fenomen og lidelse illustrerer dette poenget ved at de fremholder mangfoldet og individuell forskjellighet i hvordan den maniske kan fremstå. Flere av fagpersonene viser til at erkjennelsen av mangfold og forskjellighet i uttrykk er basert på deres egen erfaring og på arbeid med denne pasientgruppen. Det er samtidig en ny form for kunnskap, som atskiller seg fra den teoretiske ved at den søker systematisk etter pasientens særegenheter og individualitet som person.

Videre har den erfaringsbaserte pasientkunnskapen skapt basis for å gjenkjenne hos fagpersonene i fokusgruppene. Den erfaringsbaserte pasientkunnskapen har skapt grobunn for og en akseptasjon av de samme erfaringer og opplevelser som personalet kan inneha. Gjenkjenningen viser seg oftest gjennom å bekrefte eller å avkrefte det personalet selv har erfart i arbeidet med maniske pasienter. Bekreftelsen kan fremstå på to områder. Først ved at tidligere pasienters beskrivelser bekrefter deltakernes faglige kunnskap, enten den er teoretisk eller praktisk basert. For det andre ved at den artikulerte pasientkunnskapen gir rom og frihet til å uttrykke erfaringsbasert fagkunnskap. Pasienterfaringene bidrar til å forløse og romme artikuleringer av erfaringer blant fagpersonene. Temaer som faglig sett er fremmede eller forbudt, kan slik sett

finne sine legitime uttrykk ved at de ordlegges og omtales med basis i forholdet mellom pasientkunnskapen og personalets egne erfaringer.

2. Hvordan kan tidligere pasienters opplevelser og erfaringer med Akuttpostens tilbud om pleie og omsorg innvirke på relasjonen og samarbeidet mellom pasienter og personalet?

De kliniske konsekvensene fokuserer på bevisstheten om omsorgens tvetydighet. Dette innebærer oppmerksomhet, ydmykhet og undring i møtet med pasienten og dennes lidelse. Personalet erkjenner det paradoksale i at deres ønske og vilje til det beste kan oppleves som det verste. Bevissthet om omsorgens tvetydighet peker på erkjennelsen av forholdet mellom makt og kunnskap, muligheter for krenkelser og overgrep, fokus på respekt, verdighet, integritet og tillit. Undringens ettertenksomhet setter lys på omsorgsrelasjonen, dens gjensidighet, menneskelig likeverdighet og asymmetriske posisjoner. Personalet fremholder omsorgsrelasjonenes kraft, muligheter og kreativitet når det ”stemmer”, og tilsvarende destruktivitet når det ikke ”stemmer”. Sentrale holdninger og væremåter er tilstedeværelse, intuisjon, oppmerksomhet mot ”det gyldne øyeblikk” og akseptasjon av individuell og relasjonell forskjellighet.

Omsorgsrelasjonens kraft muliggjør det personlige og det medmenneskelige. Møtet krever en faglig medmenneskelighet som utfordrer forholdet og grensene mellom det faglige og det menneskelige, den gjensidige følelsesmessige berøringen og delaktigheten og en personlig tilstedeværelse i lidelsens ulike uttrykk og perioder. Det viktigste hjelpemiddelet er samtalen og troen på den gode samtals muligheter. Sentralt står begreper som gjensidig oppriktighet og ekthet. Samtidig erkjenner personalet at ikke alle kan eller ønsker å samtale, og at det er viktig å åpne for hvem som snakker best sammen. I denne sammenheng pekes det også på samtals klare begrensninger og betydningen av stille nærver og arbeidet med å finne personlige og felles fristeder.

## KAPITTEL 7

### **En helhetlig tolkning: Det mellommenneskelige livsbruset**

I kapittel 5 og 6 har jeg presentert og tolket funnene fra de to delstudiene. I dette kapitlet flyttes fokus fra de ulike delstudiene til *relasjonene* mellom dem gjennom en helhetlig tolkning. Den hermeneutiske tolkningen går lenger enn i de foregående kapitlene gjennom

å *presisere og berike* tolkningsmulighetene i en bredere forståelsesramme.<sup>135</sup>

Forståelsesrammen innebærer i hermeneutisk forstand å flytte fokus fra delstudiene som enkeltdele til relasjonene mellom dem som en helhet. Forståelsen av denne helheten utvikles gjennom bruk av prinsipper fra den hermeneutiske spiral<sup>136</sup>; en dialektisk bevegelse mellom delstudienes dele og helheter, og den helhet disse representerer når de settes i relasjon til hverandre. Den hermeneutiske tolkningen skjer gjennom å forklare alle vesentlige data, utprøve tolkningens bærekraft og tolke på et høyere abstraksjonsnivå. Det siste gjør jeg i kapittel 8 ved å diskutere og kritisk granske relasjonen mellom de empiriske funnene og det teoretiske perspektivet. Tolkningens bærekraft utprøves gjennom å bedømme sammenhenger og variasjon i deltolkningene i relasjon til den helhetlige tolkningen. Alle vesentlige data søkes forklart gjennom kritisk refleksjon og ved å stille spørsmål til tekstens innhold.

Jeg vil i det følgende fremstille ny forståelse av de levde erfaringene med å oppleve mani og innlagt pasient basert på en helhetlig tolkning. Den helhetlige tolkningen er fremtidsrettet i den forstand at jeg ønsker å påvirke kunnskapsgrunnlaget i psykiatrisk sykepleie ved å gi bidrag til kunnskap både i og for handling i en akuttpsykiatrisk kontekst. Tolkningen av pasientperspektivet bringes sammen med tolkningen av personalperspektivet. Dette gjøres for å bygge en bro mellom pasientenes og personalets livsverdener og å vise hvordan denne horisontsammensmeltingen kan tolkes.

Den helhetlige tolkningen har fått sitt primære metaforiske uttrykk i form av *det mellommenneskelige livsbruset*. *Det mellommenneskelige*<sup>137</sup> henspiller både på det som forener oss, og på det som gjør oss forskjellige som mennesker. Mani som fenomen utfordrer de menneskelige likheter og forskjeller i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Det mellommenneskelige gjør personene i relasjonen forskjellige og gir dette et uttrykk. Det mellommenneskelige søker å gripe det dypt problematiske forholdet mellom humanistiske idealer i en akuttpsykiatrisk kontekst og realitetene i form av den kliniske utøvelsen av

---

<sup>135</sup> Se f.eks. Palmer (1969).

<sup>136</sup> Se Alvesson og Sköldberg (1994).

<sup>137</sup> Buber (1990, 1997) forstår *det mellommenneskelige* som det som skjer mellom mennesker – enten i full gjensidighet eller slik at det umiddelbart kan identifiseres og føre til gjensidighet. Begge parters delaktighet er et ufravikelig krav. Den mellommenneskelige sfære bestemmes av at partene står overfor hverandre, og uttrykkes på mangfoldige måter forstått som dialogisk. Med det menes det som skjer og skapes av felles mening *mellom* de som samtaler.

psykiatrisk sykepleie. I Delstudie II uttrykkes dette i temaområdet om Å vise seg som fagperson og medmenneske, der diskusjoner og praksiser knyttet til likeverdighet, respekt, innlevelse og forståelse, er sentrale elementer. Under temaområdet Faglig medmenneskelighet tematiseres det faglige og det personlige, gjensidig følelsesmessig berøring og gjenkjennelse i den psykiske smerten og livserfaringer. Under temaområdene Integritetskrenkelser og Lindrende og manglende omsorg, i Delstudie I, omtales de samme fenomenene fra pasientperspektivet. Temaområdene viser til erfaringer med nedlatenhet, manglende medbestemmelse og delaktighet, avvisning og upersonlig omsorg. Det finnes også erfaringer med det motsatte og beskrivelser av ønsket omsorg som ivaretar det menneskelige og det personlige i relasjonen.

Fenomenet mani er et mellommenneskelig fenomen. Det trer frem som et uttrykk som skaper inntrykk hos den andre. Manifølelsen oppleves subjektivt som et kraftfullt uttrykk som også appellerer til det menneskelige i den andre. Det følelsesmessige uttrykket kan strekke seg fra berusende frihet til et angstfylt helvete. Mani som fenomen aktualiserer et menneskes livskraft og livsglede, både når det er som sterkest og når det avtar. Mani gir sterke psykiske og fysiske opplevelser av å være i livet, eller tilsvarende å føle seg lammet av ikke-livgivende krefter. Mani som lidelse er kraftfull og menneskelig i sitt uttrykk i form av tap av kontroll, sosial blamering, ensomhet og isolasjon. Brytningstiden<sup>138</sup> mellom mani og depresjon skarpstiller livet gjennom vitalitet eller synkende livsmot. Pasientens ønsker og savner en sykepleier som deler av sine personlige livserfaringer, er ivaretagende, medmenneskelig og kjærlighetsfull.<sup>139</sup>

Det mellommenneskelige er et gjennomgående tema i begge delstudiene. Temaområdet berører og utfordrer hver enkelt deltaker i form av individuelle og kollektive refleksjoner. Opplevelsen av det maniske, og samarbeidet med den maniske personen, utfordrer forståelsen av mennesket og det det innebærer å være menneske. Manien uttrykker også menneskelige svingninger som både pasient og sykepleier kan ha, og i ulik grad kontrollerer. Det maniske utfordrer etablerte

---

<sup>138</sup> Seinere i kap. 7.1.1 vil jeg utdype tolkningen av brytningstiden.

<sup>139</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.1 Opplevelser av mani, i kap. 5.2 Opplevelser av maniens konsekvenser og i kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient.



mellommenneskelige idealer og praksiser i møte og samarbeid med pasienter, i form av gjensidig forståelse, vennlighet og toleranse. Utfordringen knytter seg også til forståelsen av det uforståelige i manien, om det kan leves ut, og i hvilken grad og på hvilke måter den mellommenneskelige erfaringen kan tas vare på i samarbeidet. De menneskelige uttrykkene i relasjonen utfordrer også rollene som pasient og sykepleier, og peker på en gjensidig usikkerhet om hvordan grensene mellom rollene skal trekkes, og på hvilket grunnlag.

*Livsbruset* innebærer den erfaringen som personer kjenner i en manisk fase. Denne erfaringen må forstås på flere nivåer.<sup>140</sup> *Livsbruset* er eksistensielt i den betydning at vedkommende får en bekreftelse på å være til stede i livet gjennom sin opplevelse av mani. Utsagnet ”*Det er liksom det bruser*”<sup>141</sup> i *deg. Du blir raskere og kvikkere*” har en dobbelt bunn. *Livsbruset* løfter på denne måten personen ut av *sykdomslidelsen* mani og konsekvensene av denne. Samtidig kjennes bruset konkret og kroppslig i form av en gnist og en appetitt på livet; kroppen kjennes levende og i bevegelse. *Livsbruset* gir personen frihet. Frihet til å oppleve samhörighet med mennesker og livet og frihet fra mani som sykdom knyttet til ensomhet og isolasjon. Slike erfaringer muliggjør også en opplevelse av at personen er seg selv, på egne vilkår og på en måte som gjør at lidelsen får mening. *Livsbruset* innebærer å oppleve å være et menneske, der lidelsen muliggjør også denne ikke-lidende erfaringen.

Den lindrende erfaringen knyttet til muligheter for å leve ut og ivareta det menneskelige *livsbruset*, settes under sterkt press i den akuttpsykiatriske konteksten.<sup>142</sup> Oftest kommer personen til akuttavdelingen begjært tvangsinnlagt, og behandlingen fortsetter ofte som en kamp knyttet til frihet, selvstendighet og deltakelse. *Livsbruset* utfordrer den akuttpsykiatriske konteksten både strukturelt og innholdsmessig. Strukturelt utfordres grunnlaget for bruk og opprettholdelse av tvang og tvangsbehandling, og derved de fysiske og psykiske begrensninger av muligheter til personlig utfoldelse, frihet og autonomi. Innholdsmessig

---

<sup>140</sup> En meget interessant parallell til denne tolkningen er Støre Brinchmann (1999), som finner at livsgnist er et vesentlig prognostisk tegn i behandlingen av premature barn. Når personalet er usikre på videre behandling, er vurderingen av barnets vitalitet og livsgnist avgjørende.

<sup>141</sup> Falk og Torp (1996) viser til at betydningsutviklingen av å bruse er knyttet til å bryte ut og frem som friske skudd på vekster.

<sup>142</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient og i kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

tydeliggjøres og utfordres to ulike "logikker" i den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren kan utøve kontroll av livsbruset og livsutfoldelse og derved også bidra til depersonalisering og tingliggjøring av pasienten. Pasienten formidler et ønske om menneskelig nærhet og ivaretagelse gjennom å dele livserfaringer og opplevelsen av gjensidig anerkjennelse, respekt, og toleranse samt dialog omkring personens subjektive opplevelser.

Det ovenstående utgjør en meget problematisk erfaring omkring livsbruset og dets personlige og relasjonelle konsekvenser. Opplevelsen av livsbruset og utlevelsen av det, forårsaker ofte akuttinnleggelse. Det blir derfor sykepleierens oppgave å forstå hva dette livsbruset innebærer og hjelpe personen til å se hva det forteller om personens potensialer. Samtidig må personalet bistå personen til å kontrollere livsbruset, slik at det tåles i ulike sosiale sammenhenger og ikke går på bekostning av andres ve og vel. Å forvente aksept fra andre i forhold til ens væremåte i livsbruset, forutsetter også at personen makter å se sin selvrealisering i lys av andres behov for det samme, og deres behov for trygghet og forutsigbarhet. Forsøket på å kontrollere livsbrusets personlige og relasjonelle konsekvenser synes essensielt for at den psykiske etterslått i brytningstiden ikke skal oppleves som vond for personen og hjelperen. Dette arbeidet vil også kunne bidra til personlig og sosial rehabilitering ved at personen gjeninnsettes i sin rettmessige verdighet og stilling.<sup>143</sup>

Det mellommenneskelige livsbruset kan gi mulighet for å leve og lide ut, å forsones seg med lidelsen eller å søke mening med den. Livsbruset bekrefter det menneskelige ved lidelsen. Livsbruset oppleves som en bekreftelse av egenverd og selvrespekt. Lidelsens sosiale konsekvenser kan slik sett fremstå som langt mindre plagsomme, og personens opplevelse av respekt og verdighet styrkes. Det mellommenneskelige livsbruset gir derved rom for å bli sett som person, anerkjent og forstått i sin eksistensielle situasjon. Dette er former for relasjonell omsorg som skaper muligheter for å bearbeide lidelsen og dens konsekvenser. På denne bakgrunn representerer livsbruset både en konkret, levd erfaring og en symbolsk konnotasjon. Det mellommenneskelige livsbruset er noe som personen opplever glimtvís, ikke noe som karakteriserer hele den maniske fasen. Slik sett kan

---

<sup>143</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.1 Opplevelser av mani, i kap. 5.2 Opplevelser av maniens

livsbruset representere et savn og et ønske i perioder da det ikke er til stede.<sup>144</sup> Med basis i *det mellom menneskelige livsbruset* og den forståelsen det åpner opp for, vil jeg gjøre en ytterligere konkretisering og tolkning, organisert i følgende overskrifter:

Det å erfare det mellom menneskelige livsbruset innebærer:

- livsbruset: rusende mestring og sviktende selvstyring
- menneskelige brytninger: vitalitet og tomhet
- kontakt med mennesker: sårbarhet og følsomhet
- relasjoner: verdighet og respekt
- forsoning: normalitet og sykdom

Psykiatrisk sykepleie som ivaretar det menneskelige livsbruset, preges av:

- individualitet og personorientering
- situasjonsforståelse og følsomhet
- omsorgsrelasjonens kraft og muligheter
- faglighet og medmenneskelighet
- erfaringsdeling og kunnskap

## 7.1 Dimensjoner ved å erfare det menneskelige livsbruset

### 7.1.1 Livsbruset: rusende mestring og sviktende selvstyring

Opplevelsen av å være i en manisk fase er i sin videste betydning en påminnelse og en bekreftelse av å være i live(t). Bruset viser seg oftest i form av styrket tro på seg selv og egne muligheter til mestring av livet med dets ulike oppgaver og gjøremål. Samtidig oppleves bruset kroppslig og konkret ved økt energi og initiativrikdom til handling og i relasjon til andre mennesker. Bruset kan også oppleves som å være "i helvete". Bruset fremstår da som sviktende selvstyring og manglende evne til å kontrollere egne handlinger og utsagn. Slik utgjør livsbruset en påminnelse om å gi seg over og ikke kunne kontrollere eller stoppe livsbrusets konfliktfylte relasjonelle konsekvenser. Livsbruset kan også tolkes eksistensielt ved at personene gjennom en sterk følelse av livskraft og livsglede, opplever

---

konsekvenser og i kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

<sup>144</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.1 Opplevelser av mani og i kap. 6.1 Forståelse av mani som fenomen og lidelse.

det som et tegn på å være dypt involvert med livet. Livsbruset oppleves også som kontrastert til fraværet av det samme. Kontrastene skaper en undring over hva som er personens "egentlige" jeg. Livsbruset problematiserer derved personens opplevelse av seg selv, sin egen verdighet og selvrespekt. På godt gir livsbruset personen en følelse av å få være seg selv og kompetent, og slik kunne bevare sin verdighet. Livsbruset fremstår da som gjenkjennelig for personen og gjør vedkommende åpen og inviterende med henblikk på å dele sine opplevelser med andre mennesker. Omverdenen kan fremstå som meget mottakelig og inkluderende i forhold til vedkommende, og med et ønske om å ta del i og forstå vedkommendes livsverden. I et slikt samspill kan personen hente kraft og styrke til å holde ut lidelsens omkostninger og bidra til å lindre lidelsen. Sentralt i slike erfaringer er møter og samarbeid med sykepleiere som ivaretar livsbruset ved å formidle håp, respekt, toleranse og dialog.<sup>145</sup>

Livsbrusets lidelsesaspekter kan gi personen en opplevelse av eksistensiell ensomhet gjennom sosial blamering og påfølgende avvisning fra andre mennesker. Da fremstår livsbruset som en påminnelse og understrekning av lidelsen i manien som ensom og tidvis utholdelig. Slike opplevelser tapper personen for kraft og styrke. Lidelsens uttrykk oppleves som påminnelser om annerledeshet, avvisning og ensomhet. Dette bidrar ofte til at personen trekker seg tilbake fra sosial aktivitet, isolerer seg og avviser relasjonell kontakt.<sup>146</sup> Lidelsesaspektet ved livsbruset kontrasteres av og påminner om en annen menneskelig erfaring: *fraværet* av livsbruset. Fraværet inntreffer ofte i fasen mellom mani og depresjon og har i denne studien fått betegnelsen *brytningstid*.<sup>147</sup> I brytningstiden tydeliggjøres personens opplevelse av seg selv og andres opplevelse av vedkommende: Hvem er han eller hun *egentlig*? Er personen seg selv når han er manisk, når han er deprimeret, eller i brytningstiden? Brytningstiden kontrasterer livsbruset i form og innhold ved å påminne personen om lidelsens personlige og sosiale konsekvenser. Fenomener som sårbarhet, skam,

---

<sup>145</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient og i kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

<sup>146</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.1 Opplevelser av mani og i kap. 6.1 Forståelse av mani som fenomen og lidelse.

<sup>147</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.1 Opplevelser av mani og i kap. 6.1 Forståelse av mani som fenomen og lidelse.

anger og skyld vokser frem. Brytningstiden representerer livsbrusets psykiske etterslått, der ettertanke og sortering av følelser og handlinger står sentralt.

I brytningstiden fokuseres den maniske fasen som tilstedeværelsen i livet i form av livsbruset. Livsgnisten tar fyr eller overtennes, og opplevelsen av dette er manifest – kontrollen slippes og alt mestres inntil andre (familie eller andre hjelpere) griper inn og slukker gnisten med midler som oppleves som overgrep og krenkelser. Hjelpen erfares *ikke* som hjelp. Omsorgens tvetydighet blir tydelig i perioden forut for brytningstiden; den faglige omsorgen oppleves ikke som til det beste for personen. Det er oftest med tvang og tvangsmidler at livsbruset kues eller dempes.<sup>148</sup> Når livsbruset kues, går omsorgen over fra å være tvetydig til å bli entydig. Den akuttpsykiatriske hverdagen i form av kontroll, struktur og forutsigbarhet opphever brytningstidens påminnelser om livsbruset. Relasjoner og væremåter mellom pasient og sykepleier oppfattes fremmedgjort og avflatet, og muligheten for ekte nærvær og autentisitet reduseres. Maktutøvelsen blir tydelig, og resignasjon og mistillit spilles inn i relasjonen.<sup>149</sup> Omsorgens tvetydighet i form av identifisering med og trofasthet mot systemet og det vante vinner frem, og selvrefleksjon og kritisk tenkning i omsorgsutøvelsen må gi tapt. Det nære og situasjonsorienterte erstattes av den distanserte og generaliserte omsorgsutøvelsen. Personalet opplever at brytningstiden tydeliggjør kontraster mellom ulike faglige tradisjoner og hvordan det fornyende faglige arbeidet kan gi etter for det mer tradisjonelle.<sup>150</sup>

For personalet representerer brytningstiden en tid fylt av faglige og etiske dilemmaer – kanskje den perioden da slike dilemmaer fremstår mest tydelig. Brytningstiden levendegjør alle de kontrastfylte motsetningene i den akuttpsykiatriske konteksten og spiller dem inn i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Brytningstiden gir personalet rom for kritisk refleksjon over egne faglige og etiske verdier og hvordan disse viser seg i samarbeidet med pasienten. Er det faglig riktig og kan det forsvares etisk å dempe et menneskes livsgnist? Brytningstiden påminner om forholdet mellom egne holdninger og verdier og

---

<sup>148</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient og i kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

<sup>149</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient.

<sup>150</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient og i kap. 6.1 Forståelse av mani som fenomen og lidelse.

hvordan disse kommer til uttrykk ved en akuttpost. Diskrepansen i verdier og holdninger mellom faglige idealer og realiteter, og mellom den private og den faglige sfæren, vil kunne forsterke opplevelsen av fremmedhet og avstand til den andre.<sup>151</sup>

### *7.1.2 Menneskelige brytninger: vitalitet og tomhet*

Livsbruset og brytningstiden viser til skifte i stemningsleier hos personen. Livsbruset kjennes ofte i en fase som omtales som manisk. Brytningstiden kan karakteriseres ved en psykisk etterslått, der den maniske fasen bearbeides og preges av en kroppslig ro og en psykisk uro. Uroen knytter seg til usikkerhet og valg gjennom etertankens undring. Personen kan kjenne seg åpen og sårbar. Livets videre gang fortoner seg uavklart. Følelsene vitalitet og tomhet kan erkjennes samtidig og hver for seg og beskrives som muligheter i den videre utvikling. I brytningstiden opplever personen å være nærmest seg selv; ikke i den maniske eller i den depressive fasen. Brytningstiden gir tid og rom til å oppleve lidelsen som menneskelig; livets ulike dimensjoner viser seg langs et kontinuum fra vitalitet til tomhet, både i eksistensiell og konkret forstand. Den åpne undringen over livet gjør at personen også opplever seg selv som åpen for andre – tidvis noe ubeskyttet og naken. Åpenheten kan gi seg uttrykk i relasjon til andre mennesker, til steder og til Gud (det vil si den religiøse dimensjonen).

Disse menneskelige uttrykkene settes i og på spill i møtet mellom en manisk pasient og en sykepleier i en akuttpsykiatrisk kontekst. Sykepleieren berøres og utfordres av pasienten som menneske ved å søke etter dennes særegenheter og individualitet som person. Samtidig gripes sykepleieren av de følelsesmessige stemningene og deres tematiske relasjon til livet; hva er normalt, hva er en person, hvordan er jeg? Sykepleieren gjenkjenner livstemaer og situasjoner som den maniske pasienten beskriver, og finner klangbunn for disse hos seg selv. Sykepleieren inviteres til å kle av seg sin "rolle" og vise seg som et menneske for et annet menneske. Det menneskelige i relasjonen endrer forståelsen av "det typisk maniske" og "den typiske sykepleieren" og gir rom for individualitet og personlighet.<sup>152</sup> I den gjensidige relasjonen opplever pasient og sykepleier et

---

<sup>151</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient og i kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

<sup>152</sup> Basis for tolkninger er i kap. 6.1 Forståelse av mani som fenomen og lidelse.

fellesskap og en samhørighet. De kjenner fortrolighet og nærhet til hverandre gjennom at pasientens opplevelser beskriver noe menneskelig, noe som tydeliggjøres gjennom brytningstidens konkrete og eksistensielle innhold. Erfaringene blir gjenkjennelige og derved mellommenneskelige. Erfaringene lar seg dele gjennom å samtale. Samtidig kontrasteres og brytes det menneskelige i den akuttpsykiatriske konteksten gjennom praksiser som frihet versus kontroll, individuell versus kollektiv, likhet versus forskjellighet, integritet versus krenkelse og tillit versus mistillit. Kontrastene viser seg både i rammebetingelser og i de konkrete væremåtene i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Daglig utfordres mellommenneskelige praksiser gjennom å undersøke og å avgjøre kontekstens tvetydighet: Hva er til det beste for den andre? Hvordan skal det beste kunne praktiseres?<sup>153</sup>

Brytningen mellom vitalitet og tomhet er en problematisk periode både for pasienten og for sykepleieren. For pasienten er det tydelig ved at hjelpen har dempet eller i ferd med å slukke opplevelsen av livsbruset. Pasienten opplever at livsmotet er i ferd med å avta, og tankene på mulig depresjon og suicid dominerer. Personens opplevelse av livets vitalitet kontrasteres mot en tomhetsfølelse. Pasientene reflekterer over hva de menneskelige brytningene betyr i forhold til personligheten og deres unikheter. For mange aktualiseres store livsspørsmål, særlig eksistensielle. Disse spørsmålene bringes inn i samarbeidet med sykepleieren. Vedkommende erfarer dette som en parallell prosess, der spørsmålene både utfordrer relasjonen til pasienten og sykepleierens egne erkjennelser omkring disse spørsmålene.<sup>154</sup>

Personalet gjenkjenner tegn på brytningstidens inntreden ved at pasientens tvil og resignasjon – først fysisk, deretter psykisk – fører til at livsbruset avtar. Det menneskelige gjenkjennbare trer frem gjennom reduksjonen av livsbruset; hvem ønsker frivillig å la sin livsgnist slukne? Å se at livsbruset avtar tydeliggjør maktaspektet i omsorgen. Flere sykepleiere og pasienter opplever det som et overgrep mot pasienten og dennes utlevde livsbrus. Pleie og behandling kan også representere et overgrep mot sykepleieren, som ikke ønsker å dempe livsbruset,

---

<sup>153</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient.

<sup>154</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient og i kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

men allikevel lojalt gjør det. Tvetydigheten i livsbruset vises ved at pasienter som opplever manien som kontrollsvikt, og periodevis som et helvete, finner brytningstiden befriende ved at den gir ro. Sykepleieren opplever at i brytningstiden kan pasienten være særlig påvirkelig og mottakelig for refleksjon og ny selvinnsett.

Brytningstiden representerer ofte en psykisk etterslått, for pasienten i form av anger og skam, for sykepleieren en periode med tvil og selvrefleksjon. Slik rommer brytningstiden en psykisk smerte som tidvis kan være uutholdelig for begge parter. Smerten er tydeligst ved at pasienten ved innleggelse føler seg helt på topp – som verdensmester i eget liv, og etter å ha mottatt behandling, kjenner seg verdiløs og inkompetent. Sykepleieren erfarer at pasientens opplevelse av verdiløshet og inkompetanse utfordrer hele grunnlaget i omsorgsarbeidet og særlig hva som er den beste omsorgen. Omsorgen fremstår som en hjelp til å dempe eller å begrense livsbruset. Samtidig utfordres begrunnelsen for hvorfor pasienten skal velge livet når det ikke kan tåles at det periodevis bruser som mest og best. Både sykepleier og pasient reflekterer over hvordan en slik omsorgsutøvelse kan gi mening.<sup>155</sup>

Opplevelsen av tomhet lar seg tolke som en spesifikk del av lidelsen, og kan være et første tegn på overgangen til et depressivt stemningsleie. I denne overgangen styrkes opplevelsen av tomhet med en opplevelse av meningsløshet. Flere av personene forteller at de ikke finner mening med livet og tenker på å avslutte det. Meningsløsheten kan for noen også knytte seg til erfaringen med pleie og omsorg og skuffelsen over at denne kommer til kort. I denne fasen oppleves *både* meningsløshet og ensomhet. Brytningstidens medmenneskelige preg i form av fellesskap og felles erfaringer opphøre, og erstattes av den individualiserte, avgrensede og dominante opplevelsen av ensomhet og meningsløshet. Opplevelsen kan også forsterkes ved at behandlingen ved Akuttposten avsluttes, og ved at det går mot overføring eller utskriving. Sykepleieren har et ønske om å avslutte relasjonen til pasienten ved å være forlikt.

---

<sup>155</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient og i kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis. Se også Orum (1999).



Forliket representerer en avslutning av innleggelsen og formidling av håp og et ønske om det beste for fremtiden.<sup>156</sup>

### **7.1.3 Kontakt med mennesker: sårbarhet og følsomhet**

I kontakten med andre mennesker opplever de tidligere pasientene at lidelsen skaper ulike følelser. Flere erfarer at det å oppleve eller å ha opplevd lidelsen gjør dem spesielt åpne og sårbare. Åpenheten knytter seg til en følelsesmessig spontanitet og oppmerksomhet både mot seg selv og andre, og til selve lidelsen og følgene av denne. Disse erfaringene, og åpenheten omkring dem, gjør at flere av personene opplever seg selv som ressurspersoner i forhold til andre mennesker med psykiske lidelser. I denne sammenheng er åpenheten knyttet til en årvåkenhet og følsomhet for andre pasienters opplevelser og livsproblemer, og den kan danne basis for fellesskap og samhold. Gjennom personlige møter utvider personen sin forståelseshorison, og møtet skaper betingelser for ny gjensidig forståelse. Slike møter stimulerer gjensidige prosesser mot å finne eller å skape mening med lidelsen og livet. Åpenheten kan også prege relasjonen til sykepleieren ved at det formidles håp, innlevelse og varme. Den relasjonelle åpenheten gir rom for å dele livserfaringer og for å knytte bånd rundt menneskelige fenomener som sorg og glede. Dette er møter og relasjoner som huskes av begge parter, og som kan omtales som ekte og betydningfulle relasjoner.

Følsom oppmerksomhet mot seg selv og andre rommer også sårbarhet. For mange er sårbarhet en basis for lidelsen. Som mennesker er de i langt mindre grad utstyrt med følelsesmessige og sosiale filtre. Ulike opplevelser kan treffe dem hardere og langt mer uventet enn de gjør hos andre mennesker. Sårbarheten er en del av selve lidelsen og noe personene må leve med. Sårbarhetsopplevelsen er meningsskapende både knyttet til lidelsen og dens uttrykk og i relasjon til møter med andre mennesker. Opplevelsen av sårbarhet fremstår som prosessuell fordi den har fulgt personen hele livet og gir mening både til utvikling og til hendelser her og nå. Følsomhetens sårbarhet kan danne grunnlag for fellesskap og tilknytning og kan føre til tilbaketrekning og isolasjon. Oppmerksomhet rettet mot egen følsomhet og sårbarhet i møtet med andre kan skape en reservert distanse, som åpner for ytterligere opplevelse av å bli følelsesmessig såret. Personens følelsesmessige tilbakeholdenhet og skepsis mot den andre gir et samspill som

---

<sup>156</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.1 Opplevelser av mani, i kap. 6.1 Forståelse av mani som

øker opplevelsen av å bli følelsesmessig såret, og som kan ende i følelsesmessig distanse og isolasjon – i relasjon til seg selv og til andre. Denne tilstanden kan beskrives som ensomhetens anonymitet. Personens verdighet oppleves truet som følge av lidelsen, og vedkommende fremstår som overfølsom og mistenksom i møte med andre mennesker.<sup>157</sup>

Disse erfaringene kan kaste lys over personenes beskrivelser av personalet og av Akuttposten. Den følelsesmessige tilbakeholdenheten og den følelsesmessige sårbarheten bidrar til en umiddelbar og fastlåst kategorisering av personalet. Etter kort tids bekjentskap plasseres de enten som omsorgsfulle eller ikke, som teoretiske eller som erfaringsrike, som gode eller onde. Den følsomme sårbarheten kan gi lite rom for å la relasjoner og samarbeid utvikle seg. Akuttposten beskrives som et sted som gir trygghet og/eller utrygghet både for personalet og for pasienter. I en slik kontekst kan den økte følelsesmessige sårbarheten både hos pasienter og hos personalet forsterke prosesser mot større grad av utrygghet, økt kontroll og relasjonell fremmedgjøring. Pasienter og personalet har høy gjensidig beredskap og varhet overfor hverandre, overfor utsagn, mulig kritikk og atferd. Et eksempel på dette er når partene i relasjonen føler sin verdighet og integritet krenket av hverandre i det offentlige rom ved posten.<sup>158</sup>

#### ***7.1.4 Relasjoner: verdighet og respekt***

I møtet med omsorgspersoner som familie eller profesjonelle aktualiseres den gjensidige og relasjonelle opplevelsen av verdighet og respekt. Opplevelsen av å bli tatt på alvor er sentral hos personene. Lidelsen og dens uttrykk utfordrer personens opplevelse av verdighet og følelse av samhörighet. Opplevelsen av verdighet knyttes til spenningen mellom selvrespekt og andres respekt, lidelsens ulike uttrykk påvirker og, i sjeldne tilfeller, truer personens selvrespekt og omgivelsenes respekt. Personen som unik og betydningsfull trues av generalisering og fremmedgjøring. Personen kan oppleve å bli anonymisert og tinglyggjort i en diagnostisk kategori. Personen blir én av mange pasienter, som alle har behov for pleie og omsorg.

---

fenomen og lidelse og i kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

<sup>157</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.2 Opplevelser av maniens konsekvenser, i kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient og i kap. 6.1 Forståelse av mani som fenomen og lidelse.

<sup>158</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient og i kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

Sykepleierne opplever gjensidig respekt annerledes i relasjon til pasienter. Pasientene fremstår som hovedsakelig respektfulle. I enkelte situasjoner kan sykepleiere føle seg krenket av pasienter. Dette forklares med sykdom og mangel på kontroll og danner basis for tilgivelse og forsoning. Opplevelsen av respekt og av å bli tatt på alvor kan være annerledes i relasjon til kollegaer. Noen ganger brytes respekten og selvrespekten både i relasjon til yrkesgrupper, til faglige tradisjoner og til postens hierarki. Den gjensidige respekten blir særlig satt på prøve i relasjon til kunnskap forstått som teori og erfaring og kunnskap om pasienten og samarbeidet med denne.

Forholdet mellom respekt og selvrespekt er knyttet til begrepene om å se og å bli sett – på ny. Gjennom gjensidig bekreftelse og anerkjennelse av den eller det man står overfor, ser man og blir samtidig sett. Gjensidigheten gjør at pasient og sykepleier inviteres til å se på ny – både seg selv og den andre. Å bli respektert fremmer autonomi og integritet – gjennom å se den andre ser jeg samtidig meg selv. Respekt er et forhold som krever forståelse, bekreftelse og som er grunnnet på likeverd. Når pasienten opplever seg respektert, blir vedkommende sett som person, kjenner seg betydningsfull og verdsatt. I slike relasjoner kan personens muligheter til å ta imot omsorg og pleie økes. Relasjonen blir et medium både for konkret utøvelse av omsorg og for en bevegelse mot personens opplevelse av verdighet og respekt. Å se en person i sin situasjon, og bekrefte hans rett til sin opplevelse, innebærer på denne bakgrunn å se personens verdighet og integritet. Det innebærer å ta ansvar for det man har sett, og for hvordan man kan medvirke til at personen skaper mening i sin lidelse.<sup>159</sup>

Opplevelsen av gjensidig respekt rammer inn hele den akuttpsykiatriske konteksten i form av dens rammebetingelser, relasjoner og individer. Praksiser som makt og tvang spissformulerer opplevelsen av verdighet og respekt. Akuttposten er i sitt mandat gitt en definisjonsmakt, som samtidig gir fullmakt til å utøve makt, kontroll og frihetsberøvelse. Maktutøvelsen viser seg også som fagkunnskap i form av undersøkelse og klassifisering av pasienten. Slik sett er basis for relasjonen mellom pasient og sykepleier asymmetrisk. Sentralt i pasientenes erfaringer med mangelfull respekt og brudd på verdighet fra

---

<sup>159</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.2 Opplevelser av maniens konsekvenser og i kap. 6.1 Forståelse

omsorgspersoner er deres egne opplevelser av selvrespekt og selvaktelse. Det kan se ut som om krenkelser av relasjonell respekt og verdighet også kan bidra til å styrke personenes selvrespekt og selvaktelse, ved at de krenkende erfaringene knyttes til sykepleiernes mangelfulle forståelse og respekt for sykdommen og konsekvensene av denne. Flere bruker erfaringene knyttet til mangelfull forståelse og respekt for sykdommen til å hjelpe andre pasienter i tilsvarende situasjoner, og de opplever slik å styrke egen selvrespekt og selvaktelse.

Det å ha fått en sykdom stiller krav om en diagnose. Flere av pasientene har i flere år kjempet for å få en diagnose i tråd med deres egne sykdomsopplevelser. Diagnosen er identitetsbyggende i den forstand at den gir en forklaring på og tydeliggjør sykdommens opphav i individet. Diagnosen kan samtidig bidra til lindring av lidelsen ved at den kan lette personens skyldfølelse og selvbebreidelse. Den kan samtidig muliggjøre forsoning i familierelasjoner ved å forklare det avvikende ved personen. Diagnosen kan bidra til å utvikle et skjebnefellesskap med andre med samme diagnose og med hele gruppen mennesker med psykiske lidelser. Det metaforiske er knyttet til "å få", i form av skjebnen eller noe som plutselig og totalt uventet påføres personen utenfra. Flere av personene sammenligner det med "å få kreft". Det handler ikke om personen eller "meg" – det handler om en psykisk lidelse som i prinsippet kan ramme alle. Samtidig kan diagnosen være ekskluderende ved at noen forteller at mani befinner seg nederst på rangstigen i pasientfellesskapet, som det tydeligste tegnet på galskap.<sup>160</sup>

I tillegg gir en psykiatrisk diagnose en varig merkelapp, et sosialt stigma. Dette sosiale stigma er også identitetsformende ved at det fremholder at det er noe spesielt ved mennesker som får psykiske lidelser. Diagnosen formidler både en historie og en aktualitet. Flere av personene har en historie om kampen for å få en riktig diagnose, en som samsvarer med egen oppfatning og selvforståelse. Personen har insistert på respekt og anerkjennelse for sin forståelse av virkeligheten. Kampen for å få den riktige diagnosen blir en forhandling om å bli inkludert i et menneskelig og kommunikativt fellesskap. Dette fellesskapet gir nettopp rom for gjenkjennelse, forsoning og respekt. Den psykiatriske diagnosen

---

av mani som fenomen og lidelse.

<sup>160</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.2 Opplevelser av maniens konsekvenser og i kap. 6.1 Forståelse av mani som fenomen og lidelse.

fremstår som meningsbærende og blir sentral i personens selvforståelse, i forståelsen av andre og i deres samforståelse. For mange av personene gir det trygghet og selvrespekt å få stilt en diagnose. Kampen mot nedverdiggelse og krenkelse er videreført, og personens selvaktelse er endret i retning av ytterligere selvakseptasjon, selvvinnsikt og selvtillit.<sup>161</sup>

### **7.1.5 Forsoning: normalitet og sykdom**

I sin selvforståelse gir personene uttrykk for et skille mellom person og sykdom; mennesker med psykiske lidelser er vanlige mennesker med uvanlige følelsesmessige og tankemessige reaksjoner (= sykdom). Personen er alminnelig, fornuftig og normal, mens sykdommen er ufornuftig, ualminnelig og uttrykker galskap. Dette skillet er avgjørende for personen for å kunne skille mellom normalitet og galskap på det personlige plan. Det er sykdommen som er diagnostisert og skilt ut som gal, mens personen fremstår som hel og intakt. Skillet mellom normalitet og galskap, person og sykdom skaper betingelser for forklaring og forsoning, men også muligheter for dehumanisering og devaluering. Dehumanisering og devaluering kan oppleves ved at personen blir redusert fra det å være en person til det å være ens med sin sykdom; det vil si fra å være en navngitt person til å være "en manisk-depressiv" pasient. Dette er en prosess der personen blir tingliggjort og gjort identisk med diagnosens klassifiserende innhold. Diagnosen manisk-depressiv oppleves oppmerksomhetsstyrende og virkelighetsbestemmende for aktuell og fremtidig atferd. Tingliggjøringsprosessen tilbyr et statisk deskriptivt språk som låser fast både personen og lidelsen, og opphever den individuelle lidelsen til fordel for det generelle og typiske ved sykdommen.

Skillet mellom person og sykdom bidrar til å videreføre og forsterke den diagnostiserte, utenfra-baserte og presise forklaringen av sykdommen, og på samme tid til å skape grobunn og legitimitet for den erfaringsbaserte, innenfra-forståtte og unike sykdomsforståelsen. Den sistnevnte sykdomsforståelsen representerer personenes egne erfaringer og opplevelser med sykdommen. Dette erfaringsgrunnlaget kan virke forsonende både i forhold til den diagnostiserte sykdomsforklaringen og i forhold til den atferd som viser seg i maniske episoder, og som erfares i sosiale relasjoner. Den erfaringsbaserte sykdomsforståelsen gir

---

<sup>161</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.2 Opplevelser av maniens konsekvenser, i kap. 5.3 Opplevelser

personene mot til å være både åpne og sårbare, sterke og svake, usikre og trygge og hjelpeløse og hjelpende.

Denne åpenhetens sårbarhet gjør at personen tidvis kan føle seg ubeskyttet, alene og åpen for angrep. Samtidig bevirker denne opplevelsen at personen åpner for kontakt med andre mennesker og for det livet kan gi. Personene opplever mot til både å møte åpenhetens sårbarhet og til å møte og yte omsorg til andre mennesker i tilsvarende situasjon. Uten unntak er alle intervjupersonene engasjert i ulike bruker- og pasientorganisasjoner, der de bruker sine erfaringer til konkret å hjelpe andre og til å fremme krav på vegne av flere. Styrken i dette engasjementet og motet gjør at personene kan oppleve et vendepunkt ved at det meningsløse i sykdomsopplevelsen endres til konkrete og meningssøkende handlinger. Både i motet og i møtet med andre mennesker får personen bekreftet seg selv i kraft av sine styrker og svakheter. Motet gir kraft til å forsone det håpefulle med det håpløse.<sup>162</sup>

Et vesentlig element i forsoningsarbeidet er personalets opplevelse av forliket og dets betydning for samarbeidet med pasienten.<sup>163</sup> Personalet beskriver hvordan ønsket om forlik med pasienten kan prege samarbeidet etter én time på skjermet enhet, etter én dag eller etter endt opphold i posten. Forliket lar seg noen ganger realisere, andre ganger ikke. I noen tilfeller ønsker ikke pasienten det, noen ganger strekker ikke tiden til. Forliket er basert på ønsket om å skilles som likeverdige til tross for gjensidige ord og handlinger som ikke har blitt opplevd som gode. Det er et forsøk på å sette strek over det som har vært, for å kunne møtes på ny – neste dag eller ved en mulig senere innleggelse. Personalet uttrykker et ønske om å være forlikt for derved å kunne gå videre. Forliket kan slik representere fraskrivelse av bebreidelsens mulighet.<sup>164</sup>

---

som innlagt pasient og i kap. 6.1 Forståelse av mani som fenomen og lidelse.

<sup>162</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.2 Opplevelser av maniens konsekvenser, kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient og kap. 6.1 Forståelse av mani som fenomen og lidelse.

<sup>163</sup> Etymologisk ordbog (Falk og Torp, 1996) omtaler forlik som å utjevne, gjøre lik. Norsk synonymordbok (1984) sidestiller forlik med forsoning, der det siste innebærer å formilde og å gjøre godt igjen. Forliket kan slik innebære en avklaring av hva sykepleier og pasient er enige om er knyttet til lidelsen, dens uttrykk og pleie og omsorg. Tilsvarende utgjør forsoning personlige, psykologiske og sosiale prosesser som sikter mot å hele og å integrere de samme fenomenene.

<sup>164</sup> Basis for tolkninger er i kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

## 7.2 Psykiatrisk sykepleie som ivaretar det mellommenneskelige livsbruset

### 7.2.1 Individualitet og personorientering

Det mellommenneskelige livsbruset er et sentralt karakteristikum ved det å være i en manisk fase og i opplevelsen og utøvelsen av psykiatrisk omsorg og behandling. Tidligere pasienter har erfart hva som kan lindre og har lindret deres lidelse. Jeg vil nå peke på innholdsmessige relasjoner mellom disse erfaringene og personalets erfaringer med de samme fenomenene. Sentralt er hvordan psykiatrisk sykepleie kan ivareta det menneskelige livsbruset, perspektivert både fra tidligere pasienter og fra personalet. Det menneskelige livsbruset understreker og fremhever *det personlige* hos den maniske pasienten. Opplevelsen av livsbruset strekker seg langt utover det "å være" i en manisk fase. Det gir personen opplevelse av fysisk og psykisk styrke, mestring og individualitet. Samtidig uttrykker livsbruset menneskelig sårbarhet, følsomhet og utilstrekkelighet. Å kunne møte og lindre disse ytterpunktene i det mellommenneskelige livsbruset er hovedutfordringen i samarbeidet med personer i manisk fase.

Å kunne lindre lidelse og gi omsorg uttrykker det menneskelige i all omsorg – å møte et lidende menneske i en manisk fase uttrykker den spesifikt personlige omsorg i psykiatrisk sykepleie. Det er i det personlige møtet at den andres sårbarhet og skjørhet blir tydelig og kan ivaretas. Møtet gir fenomenet mani sitt individuelle og personlige uttrykk ansikt til ansikt med et faglig medmenneske. Uttrykkene er ikke nøytrale eller abstrakte. De er både bevegende og konkrete og appellerer direkte til sykepleieren. Appellen berører og beveger sykepleieren i det konkrete møtet, i den andres lidelse og i hvordan lidelsen kan lindres. Samtidig er møtet mellommenneskelig i den forstand at det kan appellere til sykepleierens refleksjoner over sårbarhet og tilkortkommenhet i eget liv. Gjenkjennelsen tydeliggjør det fellesmenneskelige i møtet. Gjenkjennelsen utfordrer, og tidvis opphever, skillene mellom privat og personlig og mellom medmenneske og profesjonell. Appellen i møtet og i relasjon blir på det menneskelig plan likeverdig. Lidelsen og dens uttrykk gjør samtidig relasjonen asymmetrisk fordi pasientens sårbarhet forplikter og ansvarliggjør sykepleieren.

Personalet fremholder at de gjennom livsbrusets og maniens mangfold ser et medmenneske i dets unike situasjon som lidende. De forsøker å se personen i kraft av dennes verdighet og integritet. Dette gjør de gjennom konkrete

omsorgshandlinger og i ulike forsøk på å hjelpe personen til å finne mening i lidelsen og dens ulike uttrykk. Konkrete omsorgshandlinger innebærer å gi beskyttelse, ro og lindring gjennom samvær og samtale. Det meningsøkende arbeidet knytter an til både det forgangne og det fremtidige. Forut for innleggelsen har personen vært gjennom vanskelige opplevelser og situasjoner i sine omgivelser. Personen kan oppleve disse som fysiske og psykiske overgrep, uverdige og respektløse. På den bakgrunn trenger personen å bli møtt med varsomhet, lydhørhet og tilstedeværelse. Når møtet med sykepleieren preges av gjensidig tillit, ansvarlighet og respekt, kan dette arbeidet skape fremtidig forsoning med personen og med dennes omgivelser. Sykepleierens evne til utøve en slik form for omsorg er nært knyttet til opplevelse av egen sårbarhet og utilstrekkelighet og forholdet til disse fenomenene i eget liv. Tilgangen til disse fenomenene oppleves som avgjørende for å kunne ta del i og være med i pasientens personlige lidelse.<sup>165</sup>

### **7.2.2 Situasjonsforståelse og følsomhet**

Omsorgshandlinger som sikter mot å lindre lidelsen, krever varsomhet, lydhørhet og tilstedeværelse i en relasjon karakterisert av gjensidig tillit, ansvar og respekt.

Omsorgsrelasjonen har et lindrende potensial og kraft i det likeverdige møtet mellom to personer og i det asymmetriske mellom lidelse og omsorg. Psykiatriske omsorgshandlinger som sikter mot å lindre lidelsen, kan konkretiseres ytterligere gjennom en fintfølede situasjonsforståelse som uttrykkes på to områder. For det første handler det om en orientering og en rettethet fra sykepleieren mot personen og situasjonen. Denne innstillingen søker å ivareta personen som lider, og å gi vedkommende mulighet til å være seg selv og oppleve å møte en omsorgsfull sykepleier preget av ekthet og nærvær.

Omsorgshandlingene sikter mot det erfaringsnære og det hverdagslige i den lidendes livsverden. Fokuset rettes mot det som oppleves som problematisk for vedkommende, hvordan man kan samarbeide om dette, og hva som kan tenkes å hjelpe eller lindre.<sup>166</sup>

---

<sup>165</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient, i kap. 6.1 Forståelse av mani som fenomen og lidelse og i kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

<sup>166</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient og i kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.



Det andre området av rettethet tar utgangspunkt i den lidendes livsverden gjennom konkrete, personlige, erfaringsbaserte fortellinger. Omsorgshandlingene sikter slik mot å mobilisere personens selvhelbredende krefter og derigjennom gi vedkommende mulighet til å ta aktivt del i eget liv. Personalet ønsker å gjennomføre en grundig utforskning og vise genuin interesse for den andres virkelighetsforståelse, uten samtidig å underordne denne forståelsen i forhold til en antatt standard av riktighet. Det blir viktig å opprettholde anerkjennelse, undring og åpenhet overfor forskjeller. Omsorgshandlingene fremhever betydningen av å ta personen på alvor ved å ta utgangspunkt i dennes konkrete fortellinger. Denne vendingen mot det konkrete og erfaringsnære vil også kunne lindre pasientens lidelse ved at det kan skape mening og oversikt i en uvanlig situasjon. En illustrasjon på dette er bruken av fristeder på sykehuset, fristeder som gir rom for undring, ettertanke og stillhet både for pasient og sykepleier.<sup>167</sup>

Følsomheten og forståelsen for situasjonens betydning for samarbeidet med pasienten fremholdes sterkest av personale med lang klinisk erfaring. Erfaringene peker mot at situasjonen fokuserer det unike og det menneskelige ved personen og skyver kategorisering og tingliggjøring av pasienten i bakgrunnen. I slike møter kan det åpnes opp for samtaler om personlige og private livstemaer, for deling av livserfaring eller for stille samvær. Det er følsomheten i situasjonen som fremkaller slike møter, samtidig som slike møter i svært liten grad er artikulert og reflektert blant personalet. Situasjonsforståelsen rokker ved en profesjonalitet forstått som lik behandling av alle og med en klar distinksjon mellom personalet og pasienter, og ved hva som er oppgaven for en akuttavdeling. Skillet mellom faglig tradisjon og fornyelse tydeliggjøres, og kravet om felles holdninger og profil aktualiseres.<sup>168</sup>

### *7.2.3 Omsorgsrelasjonens kraft og muligheter*

Psykisk helsevern som samfunnsskapt virksomhet skarpstiller forholdet mellom normalitet og avvik og bidrar til å ramme inn psykiatrisk sykepleie og omsorgsrelasjonen mellom pasient og sykepleier. Den akuttpsykiatriske konteksten preges i stor grad av kontroll og

---

<sup>167</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient, i kap. 6.1 Forståelse av mani som fenomen og lidelse og i kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

<sup>168</sup> Basis for tolkninger er i kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

ufrivillighet, og av akuttpsykiatriens mandat følger bl.a. handlinger med tvang, kontroll og frihetsberøvelse. Dette gjør at omsorgsarbeidet og den konkrete omsorgsrelasjonen fremstår som tvetydig. Omsorgsarbeidets tvetydighet kan vise seg i form av at det beste blir det godes fiende, ved at en pasient av hensyn til medpasienter, kollegaer eller pårørende underordnes i form av et behandlingsprinsipp. Tvetydigheten i psykiatrisk omsorg uttrykkes oftest gjennom et erklært ønske om å ville det beste for pasienten, som ikke selv vet sitt eget beste. Et tredje område kan være når personalet bruker den lidendes behov for ivaretagelse og omsorg til å fremme egne faglige og moralske vurderinger, og når pasientens avmakt kan brukes til å øke egen makt.

Omsorgens tvetydighet avspeiler seg også i den konkrete omsorgsrelasjonen ved å fremstå som tvetydig ved at den har både et frigjørende og et undertrykkende potensial. Grunnlaget for omsorgsrelasjonen er basert på spørsmål knyttet til kontroll og frihet, paternalisme og autonomi, makt og avmakt og tillit og mistillit. Disse temaene forstås ikke som dikotomier, men som fenomener som er der som *både både-og* og *enten-eller*. De aktualiseres hver dag, i ulike situasjoner og relasjoner mellom pasienter og personalet. De finner sine uttrykk og løsninger i hverdagslige praksiser i omsorgsrelasjonen.

Tvetydigheten i omsorgen kan finne sitt uttrykk i refleksjoner over hva som er best hjelp for pasienten. Begrensninger i pasientens utlevelse av livsbruset er en form for maktutøvelse som kan oppleves som krenkende omsorg. Flere pasienter forteller at de opplever begrensningene i form av (tvangs)medisinering og skjerming som å bli fratatt livsglede. Dette beskriver personalets dilemma, på den ene siden ønsket om å gjøre det beste og på den andre siden opplevelsen av å bli forstått og omtalt som en utøver av det verste. Tvetydigheten konkretiseres gjennom at ønsket om å handle til beste for den andre kan oppleves som å påføre vedkommende en ytterligere psykisk smerte. Pasienter og personale kan dele og reflektere over smerteopplevelsen i ettertid, noe som kan danne grunnlag for relasjonell og individuell forsoning.

Personalet kan oppleve at pasienten "fengsles" psykisk når vedkommende begrenses kraftig i livsbrusets kreativitet og frihet. Erfaringen aktualiserer maktaspektet fra flere vinkler, og betoner makt og avmakt som fenomener i en omsorgsrelasjon. I særdeleshet har sykepleierens potensielle maktutøvelse overfor pasienten vært belyst. En viktig nyansering innebærer å fremholde at

omsorgsrelasjon i seg selv aktualiserer makt og avmakt. Et slikt resonnement åpner for å fokusere maktutøvelse også fra pasientens side, og for hvordan denne kan skape en avmaktsfølelse hos en sykepleier. Noen sykepleiere beskriver situasjoner der de har opplevd seg krenket av pasienter gjennom utleverende utsagn og fysiske angrep. Opplevelsen av krenkelse beskrives som meget følelsesmessig komplisert. Det er en opplevelse som er reell for sykepleieren, men som samtidig *ikke* er legitim fordi den fokuserer pasienten som maktutøver. Opplevelsen problematiserer den tradisjonelle forståelsen av makt i relasjonen mellom sykepleier og pasient ved å skifte perspektiv. Så langt har fokus nesten utelukkende fremholdt maktutøvelse som éndimensjonal: fra sykepleier til pasient. Et perspektiv vil være å forstå maktutøvelsen i relasjonen som gjensidig.

Omsorgsrelasjonens konkrete ytringsformer, som empati, respekt, tillit, tilstedeværelse, lytting, humor, håp, lindring, vekst, forsoning og omtanke, angir dens mulige relasjonsbyggende og helende kraft. Omsorgsrelasjonen kan gi rom for disse væremåtene og samtidig kan de være fraværende som et uttrykk for behandlings- og pleielidelsen. Omsorgsrelasjonen er preget av både det forutsigbare og av øyeblikkets improvisasjon. Pasient og sykepleier kan ha opparbeidet en tillitsfull relasjon, som utfordres i det øyeblikket pasienten ikke frivillig vil ta sine medisiner, og sykepleieren må iverksette tiltak for at dette skal gjennomføres. Situasjonen skarpstiller den gjensidige tilliten og praktiseringen av denne, samt forholdet mellom respekt og autonomi. Relasjonen mellom pasient og sykepleier utfordres kontinuerlig i forholdet mellom likeverdighet som mennesker og asymmetri i posisjonene som sykepleier og pasient. Det menneskelige understreker møtet og relasjonen; det er et møte mellom to *likeverdige* mennesker og det ulikeverdige i to posisjoner. Relasjonens innhold fokuserer særlig væremåter og hvordan likeverdighet, respekt og toleranse skal finne sine konkrete uttrykk.<sup>169</sup>

#### **7.2.4 Faglighet og medmenneskelighet**

Dilemmaet i omsorgsrelasjonen: forholdet mellom faglighet og medmenneskelighet tydeliggjøres ved at omsorg er et menneskelig fenomen. Å lindre lidelse skjer i et

---

<sup>169</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient, i kap. 6.1 Forståelse av mani

menneskelig møte, der både selve møtet og omsorgshandlingene peker mot en bekreftelse av personen og en lindring av lidelsen. Historisk sett og aktuelt er møtet og handlingene dypest sett å forstå som menneskeskapte og uttrykker følgelig det medmenneskelige. I psykiatrisk sykepleie, der man ønsker å møte personen og lidelsen, aktualiserer dette hvordan og hva som karakteriserer et personlig møte. Det personlige møtet aktualiserer hva som kan omtales som faglig, privat og personlig, og hvor skillene mellom disse væremåtene går.

Flere pasienter har erfart å ikke bli møtt på ønsket om å samtale om sine problemer. Personalet forklarer det med summariske kontaktforhold som ikke gir tid til integrering av sykdom og lidelse. Dette viser seg i en terapeutisk overflattiskhet, der paradokset befinner seg i personalets erkjennelse av at det å samtale om lidelsen er svært betydningsfullt for pasienten, men at tiden ikke strekker til. Personalet har idealer om å kunne hjelpe pasienten til samling, gjenvinning av funksjonsevne, økt selvinnsikt og situasjonsforståelse. Realitetene knyttes opp til refleksjoner over at tiden er for kort til bearbeiding og integrering av reaksjoner. Den akuttpsykiatriske konteksten muliggjør i for liten grad å leve ut de faglige idealene kollektivt, men disse finnes i personlige målsettinger både hos sykepleier og pasient. Dette dilemmaet bekreftes både gjennom faglige diskusjoner i personalgruppen og gjennom pasientenes erfaringer med at samtalen er avhengig av den fagpersonen man møter.

Omsorgsrelasjonen aktualiserer det mellommenneskelige, lidelsen spissformulerer det menneskelige uttrykket i form av dets eksistens og menneskets verdighet og integritet. Relasjonen synliggjør det humane og det inhumane i kraft av den omsorg som utøves. Pasientens og sykepleierens verdighet kan både krenkes og respekteres. Å være pasient og sykepleier berører menneskets eksistens, og omsorgen levendegjør det menneskelige i samspillet og i deltakernes ønske om gjensidig verdighet og respekt. I dette arbeidet ligger det gjenkjennelige, det menneskelige mellom pasient og sykepleier. Det gjenkjennelige menneskelige element overstiger posisjonene som å være sykepleier eller pasient. I en dialog på en nattevakt møtes to personer, som begge snakker om sin dype sorg over å ha mistet et barn. Dette er et eksistensielt møte

---

som fenomen og lidelse og i kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

som fremholder det menneskelige gjennom en likeverdig og gjensidig følelsesmessig berøring. En felles menneskelig sårbarhet har fått anledning til å tre frem, blitt delt, gjenkjent og bearbeidet. I arbeidet med andres lidelse får egen lidelse anledning til å tre frem og gir derved en klangbunn for det videre arbeidet. Gjenkjennelsen påminner slik sett om både menneskelige likheter og forskjeller, og om at forholdet forstått som pasient og sykepleier, også er asymmetrisk.

Dialogen og det å kommunisere gjennom ord og stillhet blir sentrale væremåter i spenningen mellom faglighet og medmenneskelighet. Både pasienter og personalet fremholder samtalen som det sentrale virkemiddel i omsorgsarbeidet. I omsorgsrelasjonens spenning mellom faglighet og medmenneskelighet forstås samtalen som dialog; det er en samtale mellom to likeverdige samtalepartnere innrammet i en asymmetrisk relasjon. Den dialogiske likeverdigheten stiller krav til mot, oppriktighet og nærvær. Likeverdigheten fremstår og oppleves når partene tar sats, er ærlige og direkte med hverandre. For sykepleierne oppleves denne oppriktigheten som nødvendig og viktig for å ivareta det medmenneskelige. Den faglige begrunnelsen er usikker fordi slike erfaringer utfordrer posisjonene av faglig tradisjon og faglig fornyelse. Særlig gjelder dette sykepleierens opplevelse av profesjonalitet og av hvordan forholdet mellom nærhet og distanse skal finne sitt uttrykk i relasjonen med pasienten.

Ekte tilstedeværelse oppleves som en betingelse både for relasjonen og for dialogen, i særdeleshet hvis denne skal fremstå som likeverdig og derved gi lindring for lidelsen. På samme måte kan stille nærvær være svært bevegende og lindrende for begge parter. Begrepet "fristeder" fanger disse opplevelsene. Det er et sted på sykehusets område som gir ro og kontemplasjon; en furulund eller en kirke. Begge parter er innforstått med nærværets stillhet og den mulighet det kan gi for individuell ettertenksomhet, samling og ro. Flere av de tidligere pasientene forteller om kirkerommets betydning for å lindre lidelsen. Det å være i kirkerommet i stillhet sammen med en sykepleier beskrives som en måte å hente styrke på. Både i samværet med sykepleieren og i den styrke og lettelse som ligger i samværet med Gud.<sup>170</sup>

---

<sup>170</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient og i kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

### 7.2.5 Erfaringsdeling og kunnskap

Tematiseringen av det menneskelige livsbruset gir grobunn for og en stemme til den erfaringsbaserte kunnskapen hos tidligere pasienter. På samme tid forløser og legitimerer erfaringsbasert pasientkunnskap opplevelser og beskrivelser av erfaringsbasert fagkunnskap hos personalet. Pasientkunnskapens innhold stimulerer og inviterer personalet til å beskrive sin egen erfaringsbaserte fagkunnskap og det den uttrykker. En artikulering og legitimering av den erfaringsbaserte fagkunnskapen utfordrer det rådende og hierarkiske kunnskapssynet i psykiatrisk sykepleie, der den teoretiske kunnskapen er overordnet den erfaringsbaserte kunnskapen. Et vesentlig trekk ved den erfaringsbaserte fagkunnskapen er at den gir rom for det personlige i møtet med en person med en manisk lidelse. Det personlige møtet aktualiserer og tydeliggjør det menneskelige og det individuelle i arbeidet med å lindre lidelsen.

Ved å tale sammen kan erfaringer og kunnskaper om egen og andres livsverden forløses. Ønsket om og evnen til å lete i og nærme seg pasientens livsverden kan danne en ny kunnskapskilde i psykiatrisk sykepleie. Denne tilnæringsmåten er en forutsetning for å skape muligheter for ny forståelse hos personalet og for endring av praksis. Når personalet arbeider med å forstå den erfaringsbaserte pasientkunnskapen, kan også relevansen og betydningen av egen erfaringsbasert fagkunnskap forløses gjennom refleksjon og artikulering av levde erfaringer. Beskrivelsene av de levde erfaringene, både hos pasienter og hos personale, kan danne basis for endret selvforståelse i retning av mestring og myndiggjøring. Både det å faktisk sette ord på den erfaringsbaserte kunnskapen og selve artikuleringsprosessen bidrar til å skape aksept for å stole på egne erfaringer og for erfaringens plass som kunnskapskilde.

I en akuttpsykiatrisk kontekst møter fagpersonene ofte det uforståelige. Det maniske og en person som omtales med manisk lidelse, kan omtales som "umulig å forstå". Nettopp her ligger det grunnleggende poenget, det er erkjennelsen av å ikke forstå, men ønsket om å forstå, som kan danne basis for utviklingen av en felles forståelse mellom sykepleier og pasient. Erkjennelsen av at sykepleieren ikke forstår hvordan pasientens verden ser ut, kan være produktiv. Det kan gi pasienten mulighet til å fremstå som en person, ikke bare som en pasient. Ved å la personen fritt bringe frem sin forståelse av verden skapes samtidig legitimitet for denne, og sykepleieren gis mulighet til å forstå denne i relasjon til sin egen

verden. Møtet med pasientens livsverden forløser og gir legitimitet til å beskrive sykepleierens livsverden. Samtidig erfarer pasienten smerten i og fortvilelsen over det å ikke bli forstått og å ikke bli respektert for sin opplevelse av verden. Flere forteller om situasjoner og utsagn fra sykepleiere som oppleves som overgrep og krenkelser, gjennom å totalt neglisjere og tilsidesette deres muligheter til å beskrive og utleve sin virkelighetsforståelse. I slike situasjoner fremstår sykepleierens livsverden som hegemonisk maktutøvende og kan bidra til å eskalere kampen om kontroll og verdighet.<sup>171</sup>

---

<sup>171</sup> Basis for tolkninger er i kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient, i kap. 6.1 Forståelse av mani som fenomen og lidelse og i kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

## DEL 4: DISKUSJON, KRITIKK OG SLUTNINGER

I del 4 belyses relasjonen mellom det teoretiske perspektivet og de empiriske delstudiene. Avhandlingens hensikt ble i kapittel 1.4 omtalt som todelt: 1. Å beskrive og forstå mani som fenomen og lidelse og 2. Å bidra til kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie relatert til den aktuelle pasientgruppen. Diskusjonen og den kritiske granskningen vil relateres til studiens hensikter. Det fremsettes fire slutninger som kan ses som bidrag til den handlingsorienterte kunnskapsutviklingen. Til sist reflekteres det over videre fagutvikling og forskning.

### KAPITTEL 8

#### Diskusjon og kritisk granskning

##### 8.1 Innledning

Avhandlingens teoretiske perspektiv er fremstilt i kapitlene 2 og 3, og med sentrale metodologiske implikasjoner i kapittel 4. I dette kapitlet vil jeg argumentere, diskutere og kritisk granske relasjonen mellom teori og empiri. Målet er å peke på hvilke implikasjoner det er mulig å lese ut av avhandlingsarbeidet totalt sett. Jeg har pekt på avhandlingens ulike delstudier og på samspillet mellom disse som en hermeneutisk forståelsesprosess. Forholdet mellom de ulike delstudiene og helheten i avhandlingen kan beskrives som forholdet mellom del og helhet i en hermeneutisk spiral og som bevegelsen mellom forforståelse og forståelse. De tolkningsmessige bevegelsene har foregått innenfor hver enkelt delstudie og i forholdet mellom de ulike delstudiene og helheten (kapittel 7). Siktemålet for denne spirallignende tolkningsprosessen er en utvidet og fornyet forståelse.

I hermeneutisk forstand representerer avhandlingens teori og empiri to horisonter, som relateres til hverandre i en helhet og derved gir grunnlag for økt forståelse. Fortolkningen av de empiriske funn i relasjon til det teoretiske grunnlaget utgjør også et høyere abstraksjonsnivå. Horisontsammensmeltningen gir en basis for å nytenke eller å reflektere over de respektive forståelsene. Dette muliggjør spørsmål og undring knyttet til den kunnskaping som forløses i selve horisontsammensmeltningen. Undring over egen kunnskaping forstår jeg som en del av den hermeneutiske spiral samt som en forskningsmessig åpenhet som



innebærer å lytte, å se og å forstå den samme kunnskapen fra et annet perspektiv eller et annet ståsted. Jeg ser også på kritisk tenkning rundt egen og andres vitenskapelige kunnskapsproduksjon som et vesentlig kjennetegn på vitenskapelighet og akademisk refleksjon (Rem, 2002).

Denne måten å arbeide med teksten på knyttes til Ricoeurs (1979) utlegning av forholdet mellom refleksjon og tolkning.<sup>172</sup> Forfatteren viser hvordan refleksjon og tolkning er gjensidig betinget av hverandre. Refleksjonen må bli tolkning – først da kommer den ut av sin abstrakte form. Refleksjonen finner sitt uttrykk gjennom tolkningen, og når den artikuleres, er refleksjonen tolket. Forstått slik er tolkningen til slutt uttrykk for en selvrefleksjon. Den hermeneutiske refleksjon er dermed et forsøk på en konkret dialektikk. Denne dialektikken viser seg når jeg diskuterer og stiller kritiske spørsmål til relasjonen mellom teori og empiri. Hensikten er å utforske og å granske det teoretiske grunnlaget, de empiriske funnene og forholdet mellom dem. Diskusjonene i kapittelet er delt i tre 1. Studiens implikasjoner for kunnskaping med utgangspunkt i personers livsverden, 2. Studiens implikasjoner for kunnskaping om mani som fenomen og lidelse og 3. Studiens implikasjoner for kunnskapsgrunnlaget i psykiatrisk sykepleie.

## 8.2 Kritikk av eget forskerparadigme

Avhandlingen er ontologisk og teoretisk forankret i et livsverdensperspektiv fremstilt gjennom aletisk hermeneutikk.<sup>173</sup> Dette kunnskapsteoretiske perspektivet plasserer seg innenfor en humanvitenskapelige tradisjon. Jeg gjør rede for denne posisjonen i min utlegging av forskerparadigmet og det sykepleievitenskapelige perspektivet. Jeg viser til den aletiske hermeneutikkens vektlegging av forforståelse, mening, sammenheng, forståelse, erfaring og dialog. Jeg argumenterer for begrepenes relevans i tydeliggjøringen av forskerparadigmet og valget av sykepleievitenskapelig perspektiv. Livsverden som grunn knyttes til den humanvitenskapelige tradisjonen og blir avgjørende for avhandlingens ontologiske, epistemologiske og metodologiske antakelser.

Ontologisk sett er livsverden pluralistisk og angir en kompleks virkelighet bestående av materielle og sjelelige egenskaper. Mennesket er intensjonalt og

---

<sup>172</sup> Se kap. 2.3 Ontologiske antakelser.

<sup>173</sup> Se del 1: Kunnskapsteoretisk utgangspunkt.

erfarer både kroppslig og psykisk i ulike kontekster. Epistemologisk forstås livsverden som den konkrete virkelighet vi til daglig møter og forholder oss til og som vi deler med andre. Livsverden oppleves for hvert menneske som absolutt og entydig, som virkeligheten selv. Vi er i livsverden og påvirkes dialektisk av den og våre omgivelser. På denne bakgrunn lar livsverden seg undersøke og beskrive gjennom intersubjektive refleksjoner over erfaringer knyttet til fenomener i livsverden. Artikuleringen av erfaringsbasert kunnskap legitimerer personens subjektive opplevelser av virkeligheten og derigjennom subjektet som person. Livsverdensforståelsen impliserer og forplikter bruken av metoder som kan fange subjektets erfaringer og beskrivelser av et angitt fenomen og som kan bidra til kunnskaping omkring det samme fenomenet. Kunnskapingsprosessen er nært forbundet med en åpenhet overfor beskrivelser av erfaringsbasert kunnskap og mulighetene til å stille spørsmål til den samme kunnskapen.

Valget av avhandlingens forskerparadigme inviterer til to sentrale utfordringer i møtet med det empiriske materialet: 1. Hvilken betydning har tydeliggjøringen av forskerparadigmet? 2. Hvilken innvirkning har forskerparadigmet for utviklingen av de empiriske funnene?

Avhandlingen er fundamentert på en grunnleggende antakelse om antakelser: *at vi alltid har en grunnantakelse eller forforståelse.*<sup>174</sup> Det innebærer at man ikke er nøytral når man gjør seg opp en forståelse av noe. Vi har uunngåelig med oss noen generelle idéer om hva som er det karakteristiske ved det fenomenet vi står overfor. Dette er en grunnantakelse som kan problematiseres og som det er stor uenighet om både alment sett og særlig i diskusjoner innenfor vitenskapsteori og vitenskapelig kunnskapsproduksjon (Smith, 1998).

Grunnantakelsen om en forforståelse gjorde det nødvendig å gjøre eksplisitt forskerparadigmet. Begrunnelsen for dette ligger i ønsket om å tydeliggjøre og begrunne det perspektivet man som forsker tar utgangspunkt i ved innledning til et avhandlingsarbeid. Forskerparadigmet er beskrevet som ontologiske, epistemologiske og metodologiske antakelser for å synliggjøre hvordan disse elementene er vevd sammen. Det har vært sentralt å tydeliggjøre avhandlingens forskerparadigme fordi dette ofte gjøres implisitt eller ikke diskuteres. I psykisk

---

<sup>174</sup> Se kap. 2.1 Valg av forskerparadigme, 2.2 Om forforståelse og kap. 2.3 Ontologiske antakelser.

helsevern har det i liten grad vært arbeidet med å synliggjøre teoretiske perspektiver og de konsekvensene det gir for klinisk praksis (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2002). Wifstad (1997) viser til at et sentralt problem i psykisk helsevern i Norge er at beskrivelser, begrunnelser og diskusjoner om perspektiver og perspektivvalg er fraværende. Tydeliggjøringen er også en invitasjon til kritisk granskning og refleksjon over premissene for mitt valg av forskerparadigme, dets innhold og hvordan det styrer forskningsprosessen. Synliggjøring og valg av forskerparadigme kan på den måten bidra til å kontrastere andre paradigmer og derved muliggjøre en konstruktiv dialog mellom ulike paradigmatisk posisjoner.<sup>175</sup>

Den andre sentrale utfordringen er knyttet til perspektivvalgets innvirkning på forskningsspørsmålene som stilles, metoder for dataskaping, dataanalyse, tolkning og presentasjon av resultater. Denne utfordringen er søkt løst ved å la livsverdensperspektivet, gjennom den aletiske hermeneutikken, fremstå som helhetlig og kongruent gjennom hele forskningsprosessen (Bengtsson, 1999; Dahlberg et al. 2001). I ontologisk forstand har forskningsarbeidet hatt som mål å forstå og tolke menneskers opplevelser og erfaringer med fenomenene mani og innlagt pasient. I en epistemologisk betydning har beskrivelser og refleksjoner over erfaringsbasert kunnskap fra personer som har opplevd fenomene stått sentralt. Metodologisk innebar dette at dialogiske forskningssamtaler, som kunne artikulere denne kunnskapen, ble benyttet. I analysen av datamaterialet ble det gjort en hermeneutisk analyse og tolkning. I presentasjonen av resultatene søker jeg en hermeneutisk tilnærming gjennom forståelse og kritisk refleksjon over avhandlingsarbeidet .

Jeg har vist til tidligere arbeider (Lindstrøm 1992, 1994; Barker, Reynolds & Stevenson, 1998; Hummelvoll, 1997, 1998) som har identifisert to posisjoner i kunnskapsgrunnet i psykiatrisk sykepleie; det medisinsk psykiatriske og det humanistiske.<sup>176</sup> Wifstad (1998) viser til at den hermeneutiske tilnærmingen innebærer å åpne seg for pasientens verden på en annen måte enn å krysse av i et diagnoseskjema. Samtidig understreker forfatteren det spesielle behovet for

---

<sup>175</sup> Se kap. 2.3 Ontologiske antakelser om Gadamer's (1975) begrep om horisontsammensmelting og Ricouers (1979) bidrag til å forstå forholdet mellom forståelse og forklaring som dialektisk.

kunnskapsutvikling innenfor den humanvitenskapelige tilnærmingen. Det hermeneutisk-fenomenologisk perspektivet på tidligere pasienters erfaringer med mani som fenomen og lidelse representerer en slik innenfra-forståelse.<sup>177</sup> Forskningsarbeide har hatt som kunnskapsteoretisk utgangspunkt å bidra til å artikulere og systematisere den erfaringsbaserte pasientkunnskapen. Et livsverdensperspektiv inngår i en kunnskapstradisjon hvor kunnskap er levende kunnskap i verden.<sup>178</sup> Kunnskap avbildes ikke, men skapes gjennom at språket kan artikulere det erfarte og gi den levde kunnskapen et uttrykk.<sup>179</sup>

Til det ovennevnte vil jeg kritisk reflektere over min egen posisjon, premissene for den og dens innhold. Schaanning (1997) diskuterer vitenskap som skapt viten og problematiserer den vitenskapelige praksis forstått som en sannhetssøkende erkjennelse av virkeligheten, og som karakteriseres som en objektiv, systematisk og metodisk virksomhet. Foucault (1972, 1995) retter oppmerksomheten mot betingelsene for vitensproduksjon og de rasjonalitetsregimer som forskeren inngår i. Han viser hvordan forskeren kan bli strukturdeterminert, og kun kan forske på og presentere resultater som muliggjøres innen den dominerende vitenskapelige diskurs. Dette resonnementet bør kritisk relateres til mitt eget forskningsarbeid: Hvordan bruker jeg begreper som vitenskap, kunnskap og metode? I hvilken grad evner jeg kritisk å reflektere over min posisjon i forskerfellesskapet og stille kritisk spørsmål til om egne resultater bare er strukturdeterminerte?

I forhold til denne kritikken er det særlig to forhold jeg vil kommentere. For det første har jeg beskrevet, argumentert og reflektert over egen posisjon for å gjøre den mest mulig eksplisitt og tydelig. På denne måten åpner jeg både for selvrefleksjon og kritisk refleksjon hos leserne. Et vesentlig element i dette refleksive arbeidet er å beskrive ulike posisjoner i relasjon til forståelsen av begreper som vitenskap, kunnskap og psykiatrisk sykepleie. Hovedhensikten med beskrivelsen av de ulike posisjonene og tradisjonene er å vise at det finnes *ulike*

---

<sup>176</sup> Se kap. 3.3 Psykiatrisk sykepleie – grunnlagsproblemer og perspektiver.

<sup>177</sup> I kap. 8.4 Studiens implikasjoner for kunnskaping om mani som fenomen og lidelse vil jeg diskutere nærmere innholdet i innenfra-perspektivet. I denne sammenheng er fokuset på det kunnskapsteoretiske.

<sup>178</sup> Se kap. 2.4 Epistemologiske antakelser.

<sup>179</sup> Se nærmere diskusjoner i kap. 8.4 Studiens implikasjoner for kunnskaping om mani som fenomen og lidelse og kap. 8.5 Studiens implikasjoner for kunnskapsgrunnlaget i psykiatrisk sykepleie.

*perspektiver* på disse fenomene og derved kunne gi legitimitet til disse og deres forskjellighet. Dette bidrar til å tydeliggjøre mitt valg av posisjon og den vitenspraksis som følger av dette, samt å invitere folk fra andre posisjoner til dialog; les og kritisèr! I en vitenspraksis vil det være avgjørende om en forsker forstår kunnskap slik jeg gjør både med hensyn til valg av metoder og forståelse av resultater. For det andre kan min posisjon forstås som både paradoksal og kontrær: Jeg gjør krav på vitenskapelighet for å kunne løfte frem erfaringsbasert kunnskap. En hermenutisk-fenomenologisk studie av levde erfaringer fra pasienter er ikke særlig kontroversiell i en vitenskapelig betydning innenfor sykepleievitenskapen. I en generell forståelse av vitenskap vil denne posisjonen være langt mer diskutabel. Dette forholdet kan tydeliggjøre min tilpasning og disiplinering både i forhold til et forskerfellesskap og til en hegemonisk forståelse av vitenskap. I vitenskapeliggjøringen av erfaringsbasert kunnskap videreformidler jeg en diskurs knyttet til vitenskap som den ypperste form for kunnskapsproduksjon og dens makt og posisjon i forhold til andre kunnskapformer. All kunnskap må vitenskapeliggjøres for å kunne omtales som kunnskap og slik sett få plass ved den vitenskapelige kunnskapsens bord.

Et annen viktig innvending er knyttet til min humanvitenskapelig posisjon. Min argumentasjon er todelt. For det første argumenterer jeg for at fenomenene mani og å være pasient er almenmenneskelige fenomener. De uttrykker en menneskelig erfaring og intensjonalitet som krever tilnærminger som er basert i en vitenskapstradisjon som anerkjenner dette. Jeg fremholder følgelig at det er sentralt å videreutvikle den humanvitenskapelige tradisjonen i psykiatrisk sykepleie og at avhandlingen ønsker å bidra i denne kunnskapingen.<sup>180</sup> For det andre viser jeg til at humanvitenskapene befinner seg i en legitimeringskrise (Schaanning, 1993). Sentralt er vanskeligheten med å synliggjøre humanvitenskapenes samfunnsmessige implikasjoner fordi de i overveiende grad befatter seg med problemstillinger med basis i individets forhold til verden i form av tekster, språk og handlinger.<sup>181</sup> Foucault (1972) viser i sin analyse av humanvitenskapene at de aldri kan bli "vitenskapelige" fordi de viderefører og

---

<sup>180</sup> Se kap. 3 Sykepleievitenskapelig perspektiv.

<sup>181</sup> Denne kritikken er interessant i lys av at denne avhandling fokuserer mani i et individperspektiv og ikke i et samfunnsperspektiv og vektlegger relasjonen mellom pasient og

konsentrerer seg om det samme grunnlaget som den naturvitenskapelige kunnskapsmodellen stammer fra.<sup>182</sup> Forfatterens grunnleggende poeng er å utvikle en kritisk humanvitenskap som kan vise hvordan denne vitenskapen kan *fungere* i praksis. Dette innebærer et skifte av perspektiv fra individ til relasjoner mellom individet og dets omgivelser. Foucault (1967) viser hvordan galskap er et samfunnsfenomen, og for å studere dette må man studere den gale *og* samfunnet, pasienten *og* legen.

Dette resonnementet kan relateres til kunnskaping i avhandlingsarbeidet på to måter. Det første knytter seg til å utvikle en kritisk humanvitenskap for praksis ved å gi en teoretisk begrunnelse for et livsverdensperspektiv som et mulig kunnskapsgrunnlag i psykiatrisk sykepleie. Det andre er knyttet til å artikulere den erfaringsbaserte pasientkunnskapen og se den i relasjon til samarbeidet mellom pasient og sykepleier. Et kunnskapsgrunnlag basert i livsverden vil være forskjellig fra det eksisterende medisinsk-psykiatriske paradigmat ved at det også stiller seg grunnleggende kritisk til dette.<sup>183</sup> Det kritiske perspektivet er videreført ved å henvende seg til mennesker som erfarer og inngår i praksiser hvor de angjeldende fenomenene oppleves. Forsøket på å gi en stemme til innenfraperspektivet er også å gi muligheter for et kritisk blikk på etablerte praksiser i psykiatrisk sykepleie.<sup>184</sup> Anerkjennelsen av den erfaringsbaserte pasient- og fagkunnskapen rommer også en kritikk av den medisinsk-psykiatriske tradisjonens forståelse av psykiatrisk sykepleie og fagets kunnskapsgrunnlag. Videre har avhandlingen et klart fokus på kunnskap-i og for-handling som kan gi endring av praksiser i psykiatrisk sykepleie.<sup>185</sup>

En sentral hensikt med både avhandlingsarbeidets teoretiske og empiriske del er å bidra til å stimulere og utvikle kunnskapsgrunnlaget i klinisk psykiatrisk sykepleie. Avhandlingen sikter mot å styrke det kliniske samarbeidet mellom pasient og sykepleier gjennom konkrete menneskelige væremåter og handlinger.

---

sykepleier som basis i psykiatrisk sykepleie.

<sup>182</sup> Skjervheim (1996) kritiserer psykologiens plass mellom vitenskap og menneskets selvfortolkning, og fremholder betydningen av filosofi som grunnlag for å forstå mennesket og menneskelige fenomener.

<sup>183</sup> Se Del 1 Kunnskapsteoretisk utgangspunkt hvor dette resonnementet beskrives og utlegges.

<sup>184</sup> Se for eksempel kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient og kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

<sup>185</sup> Se kap. 1.2 Metodologi og kontekst.

En meget viktig og problematisk innvending til andres og mitt humanvitenskapelige prosjekt reises av Foucault (1967). I sin historiske analyse av galskapens historie og seinere psykiatriens fremvekst, hevder forfatteren at alle ulike endringer i forståelsen og behandlingen av de gale har hatt som begrunnelse humanisering. Foucault mener at dette har vært tilslørende for de praksiser som har utviklet seg av dehumaniserende karakter, og begrunner dette med at de hviler på samme forutsetning, nemlig at den gale betraktes som et ufornuftig vesen som må underlegges moralsk oppdragelse. Han må lære å oppføre seg normalt og skikkelig, dvs. moralsk akseptabelt. Foucaults resonnement er meget forstyrrende og ubehagelig, men ikke desto viktigere. Han utfordrer vår idè om at vitenskapen bringer oss fremover både hva behandling og metoder angår i psykisk helsevern. Videre gir han oss bidrag til stadig å forholde oss kritisk til den faglige "utvikling" og praksis og hvordan vi som aktører inngår i disse praksiser.<sup>186</sup>

Foucaults (1967) påpekning av nødvendigheten av å studere galskap som et samfunnsskapt fenomen, rammer også dette avhandlingsarbeidet med kritikk. Relasjonen mellom pasient og samfunnet har ikke vært et temaområde i dette arbeidet. Imidlertid gjorde jeg en avgrensning mot relasjonen mellom pasient og sykepleier med en særlig vektlegging av pasientperspektivet.<sup>187</sup> Deltakerne i relasjonen er samtidig samfunnsaktører i relasjon til verdier, holdninger, kjønn og sosial status. Dette samfunnsperspektivet er ikke fokusert i avhandlingen og kan følgelig kritiseres. Valget er imidlertid begrunnet i behovet for avgrensning. Fokus er mani fra et individuelt perspektiv hvor det relasjonelle perspektivet knytter seg til maniens sosiale konsekvenser og møtet med hjelpere.<sup>188</sup> I det siste perspektivet belyses mani i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Med Foucault (1977) kunne en hevde at denne tilnærmingen bidrar til en disiplinering og normalisering av subjektet. Dette forstått som at fokuseringen av individperspektivet på mani uttrykker en normaliseringsmakt som bidrar til å definere de vilkår som individuelle forskjeller manifesteres utfra. Bare ved å

---

<sup>186</sup> Se for eksempel Terkelsen (2002) som analyserer og kritisk diskuterer bruken av det psyko-  
edukative programmet "Et selvstendig liv" i lys av Foucaults begreper om teknologi,  
kunnskap og maktreasjoner.

<sup>187</sup> Se Steinholtz Ekecrantz (1995), Kasén (1997), Søderlund (1998) og Nystrom (1999) som  
argumenterer for tilsvarende avgrensning i sine studier.

<sup>188</sup> Denne avgrensningen i relasjonen mellom pasient og sykepleier gjøres også av Lindström  
(1994) og Hummelvoll (1997).

bruke begrepet mani, bidrar en til å forme subjektets forståelse av individualitet knyttet til hva som er normalt for mani i følge det diagnostiske kategoriseringssystemet. Det siste representerer normaliseringsmaktens homogenitet gjennom disiplinering og selvdisiplinering av subjektet.<sup>189</sup>

### 8.3 Studiens implikasjoner for kunnskap med utgangspunkt i personers livsverden

Avhandlingens forskerparadigme søker å gi et alternativ til den rådende diskurs i psykisk helsevern.<sup>190</sup> Med utgangspunkt i livsverdensperspektivet utfordrer og inviterer avhandlingen til dialog med den gjeldende diskurs. Livsverdensperspektivet søker å bidra til den produktive makten, det vil si den makten som bærer i seg en mulighet til å utforme alternativer, og som derved kan utfordre det hegemoniske forholdet mellom kunnskap og makt. Livsverdensperspektivet kan følgelig bidra til å legitimere den erfaringsbaserte kunnskapen som et likeverdig kunnskapsgrunnlag i relasjon til teoretisk kunnskap (Bengtsson, 1999). Dette fenomenet fremheves av personalet i Delstudie II, der nettopp den erfaringsbaserte fagkunnskapen bidrar til å bringe frem personen med mani - og ikke den maniske pasienten.<sup>191</sup> Samarbeidet med personen med mani utfordrer personalets teoretiske forforståelse og gir derved rom for erfaringen som kunnskapsgrunnlag i relasjonen. Personalet forstår erfaringsbasert og teoribasert kunnskap som likeverdige elementer i sin fagkunnskap. Den erfaringsbaserte fagkunnskapen utvikles over tid i møte med pasienter, deres lidelser og de uttrykk disse gir.<sup>192</sup>

Artikleringen av den erfaringsbaserte pasientkunnskapen om mani utgjør et selvstendig prosjekt i den betydning at det er en form for kunnskap som i svært liten grad er artikulert. Gjennomgangen av tidligere forskning viste svært få studier som beskrev personers erfaringer med mani og som innlagt pasient.<sup>193</sup> De

---

<sup>189</sup> Dette er er problematisert i kap. 1 og 4, hvor jeg angir valg av intervjupersoner knyttet til en diagnostisk kategori fra ICD-10.

<sup>190</sup> Ekeland (2001) omtaler dette som "den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs". Jeg velger å bruke omtalen "den medisinsk-psykiatriske" fordi den psykiatriske modellen bygger på den (bio-)medisinske forståelsen. Wifstad og Foss (1990) diskuterer hvordan vitenskapsteoretiske normer og begreper kan utgjøre en modellmakt i psykiatri som kan skape avmakt og tilsidesette erfaringsbasert kunnskap.

<sup>191</sup> Se kap. 6.2.2 Omsorgsrelasjonens kraft.

<sup>192</sup> Se kap. 2.4.1 Livsverden – om det erfarte livet i verden og kap. 2.5.1 Dialogen om den levde erfaringen, der jeg redegjør for min forståelse av erfaringsbegrepet.

<sup>193</sup> Se kap. 3.5 Tidligere forskning relatert til området psykiatrisk sykepleie og stemningslidelse i et medisinsk-psykiatrisk perspektiv og kap. 3.6 Tidligere forskning relatert til området



empiriske funnene fra Delstudie I og II understøtter og fremholder ønsket om flere studier som artikulere pasientperspektivet. Studier basert på et livsverdensperspektiv frembringer og gir stemme til de ulike opplevelsene av det å være manisk og det å være innlagt pasient. Funnene fra Delstudie I viser at de tidligere pasientene i svært liten grad opplever at fagpersoner er interessert i, eller tar seg tid til å lytte til deres subjektive erfaringer. Dette gir en opplevelse av ikke å bli hørt, og det devaluerer deres egen kunnskap omkring erfaringer med å mestre og å leve med en stemningslidelse. Selve artikuleringen og muligheten til å uttrykke erfaringen er en humaniserende prosess, skriver Deegan (1990):

*Det første steget mot å overvinne undertrykkelse er å gi uttrykk for den. Det er grunnen til at det er så viktig å lytte til mennesker og la dem finne sine egne ord for å beskrive sin verden. Opplevelsen av å bli åndelig nedbrutt (spirit breaking) kommer som et resultat av de kumulative erfaringer hvor vi opplever ydmykelse og som får oss til å kjenne oss mindreverdige. Dette fører til at livsviljen rystes eller nedbrytes, håpet knuses og oppgitthet, apati og likegyldighet blir en måte å overleve på og beskytte de siste sporene av det sårede selv. (s. 312).*

Tilsidesettingen av den erfaringsbaserte pasientkunnskapen bidrar til en dreining mot den generaliserte ekspertkunnskapen. Innholdet i samarbeidet og i samtaler kan oppleves som iscenesatt og styrt av den psykiatriske sykepleieren uten forankring i pasientens levde erfaringer.<sup>194</sup> På samme tid forsterker fokuset på den generaliserte ekspertkunnskapen asymmetrien i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Kontroll- og instruksjonsaspektet knyttes primært til det å være pasient, og i mindre grad til det mestrings- og myndiggjøringspotensialet som kan forløses gjennom den erfaringsbaserte kunnskapen.<sup>195</sup> Wifstad (1994) hevder at ekspertkunnskapens grenser utgjøres av at terapeuten står ”i et krysspress mellom vitenskapens krav til klassifisering og objektivitet, og det etiske imperativet i relasjonen selv om Den Andre strengt tatt ikke lar seg kategorisere” (s. 3678).

Artikuleringen av den erfaringsbaserte pasientkunnskapen bidrar til å legitimere dette kunnskapsgrunnlaget både hos tidligere pasienter og hos personalet. Innholdsmessig er det stor grad av sammenfall mellom den erfaringsbaserte pasientkunnskapen og den erfaringsbaserte fagkunnskapen i

---

psykiatrisk sykepleie og stemningslidelse i et pasientperspektiv.

<sup>194</sup> Se kap. 5.3.3 Lindrende og manglende omsorg.

<sup>195</sup> Se kap. 5.3.2 Integritetskrenkelsler.

relasjon til mani som fenomen og lidelse.<sup>196</sup> Pasienter og personalet har deltatt i et forskningssamarbeid med fokus på mani. I samarbeidsprosessen har den erfaringsbaserte pasientkunnskapen blitt tydelig som en meget verdifull kunnskapsbase for personalet å søke i. Sentralt er personalets erfaringer fra forskningssamarbeidet knyttet til opplevelsen av selve artikulerings- og refleksjonsprosessen. På et metanivå reflekteres det over begge disse prosessene gjennom å verbalisere og å bli seg bevisst den erfaringsbaserte kunnskapen. Refleksjonene uttrykker den kunnskapingen som skjer i praksis gjennom samtaler om tidligere uartikulerte erfaringer. Disse metarefleksjonene søker også å uttrykke den legitimeringsprosessen som deltakerne opplever i samtalesituasjonen. Dette innebærer å høre seg selv uttrykke seg og derved å oppleve tilliten til og kunnskapen om sine egne erfaringer.

På et psykologisk nivå peker denne legitimeringsprosessen mot forholdet mellom respekt og selvrespekt.<sup>197</sup> Livsverdensperspektivets fokusering på de levde erfaringer forutsetter en grunnleggende respekt for andres kyndighet og kunnskaper (Molander, 1997). Det sentrale er å fokusere på den erfaringsbaserte kunnskapen, og å skape og utvikle begreper som kan muliggjøre en samtale om den. Artikuleringen innebærer eksemplifisering av erfaringer. I eksemplifiseringen utvikles respekt for de erfaringer som ordlegges, og derved også respekt for egne kunnskaper. Først når respekt for egne og andres kunnskaper erkjennes, kan den kunnskapsteoretiske refleksjonen få feste. Dette resonnementet fremstår med tydelighet i personalets refleksjoner over forholdet mellom respekt og selvrespekt i kunnskapingsprosessen.<sup>198</sup> Her fremholder personalet hvordan det å oppdage nyanser, variasjon og forskjeller i pasientens opplevelser av mani, bidrar til å forløse og ordlegge deres egne erfaringer. Oppdagelsen av og respekten for den erfaringsbaserte pasientkunnskapen, bidrar til å artikulere og reflektere over egen erfaringsbasert fagkunnskap og bidrar til at denne verdsettes. I dette perspektivet kan legitimeringen av erfaringsbasert pasient- og fagkunnskap fremstå som en produktiv kunnskapsallianse og motmakt til den rådende diskurs.

---

<sup>196</sup> Se kap. 5.1 Opplevelser av mani og kap. 6.1 Forståelse av mani som fenomen og lidelse.

<sup>197</sup> Se kap. 5.2.2 Selvaktelse og kap. 6.2.3 Faglig medmenneskelighet. Se også Frost (2001) om forholdet mellom respekt og selvrespekt.

På den annen side kan dette resonnementet problematiseres på flere måter. En refleksjon kan gjøres ved hjelp av Foucault (1967). Forfatteren hevder at skapelsen av galskap og de gale inngår i vitensmaktens bestrebelse på å objektivisere mennesket generelt, der en av hjørnesteinene er oppbygningen av positiv viten om mennesket. Vitenskapeliggjøringen av mennesket faller sammen med en positiv diskursivering av mennesket. Systematiseringen, klassifiseringen og diagnostiseringen av psykiske lidelser åpner for en kunnskapsproduksjon om menneskets indre. Galskapen plasseres i menneskets indre, både som et objekt forstått som dets svake punkt, men også som en mulighetsbetingelse for subjektets kunnskap om seg selv. Mennesket kan først bli gjenstand for vitenskapelig kunnskap gjennom det unormale. Menneskets vei mot status som et vitenobjekt går via dets negativitet (Heede, 1997).

I dette lyset kan man forstå avhandlingens forsøk på å artikulere og legitimere den erfaringsbaserte pasient- og fagkunnskapen som en maktillustrasjon. Den fremholder en forståelse av subjektet og intersubjektivitet som basis for kunnskaping. Det innebærer en subjektivisering som først og fremst representerer en ny maktstrategi i forholdet mellom kunnskap og makt. Kunnskapen er *i* individet basert på erfaringer *i* subjektets livsverden og kunnskapen artikuleres *i* relasjoner og *i* møter mellom subjekter.

En annen refleksjon i relasjon til å legitimere den erfaringsbaserte pasientkunnskapen, er at avhandlingsarbeidet inngår i Prosjekt Undervisningsavdeling, som omtales som et handlingsorientert forskningssamarbeid.<sup>199</sup> I den forbindelse hadde jeg en større presentasjon av de preliminare temaområdene i Delstudie I. Under presentasjonen la jeg vekt på å fremheve de tidligere pasientenes egne erfaringer med fenomenene mani og det å være innlagt pasient. Jeg fremholdt videre at disse erfaringene kunne bidra til å utvikle kunnskapsgrunnet i psykisk helsevern generelt og i psykiatrisk sykepleie spesielt.

Lederen for en brukerorganisasjon kom med en kritisk kommentar til min manglende klargjøring av egen posisjon. Vedkommende fremholdt som en vesentlig distinksjon hvorvidt kunnskapen ble presentert direkte fra dem som

---

<sup>198</sup> Se kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

hadde levde erfaringer, eller om den ble fremlagt av en forsker. Det ble påpekt at jeg som forsker også måtte forstås som en aktør fra fagfeltet psykiatri og derved også den kunnskapsmessige makten. Forstått slik kunne intervjupersonen være reservert og meget forsiktig i sin presentasjon og tilpasse seg mitt perspektiv som forsker. Dette kunne ha fortont seg annerledes hvis det bare var brukere som snakket sammen og derved også sto for kunnskapingen. En slik kunnskapsprosess ville kunne gitt andre funn og resultater, som ville være mindre påvirket av meg som forsker. Lederen i brukerorganisasjonen mente derfor at jeg som forsker med rette kunne hevde at jeg gav en *stemme* til den erfaringsbaserte pasientkunnskapen – vel vitende om at denne stemmen kunne vært annerledes hvis kunnskapingen hadde utviklet seg uten min deltakelse.<sup>200</sup>

En tredje refleksjon knyttet til legitimering av erfaringsbasert pasientkunnskap er knyttet til den offisielle politiske praksisen omkring psykisk helsevern i Norge. Ifølge Stortingsmelding nr. 25 (1996–97) er denne måten å drive kunnskapsutvikling på i tråd med argumentasjonen for større grad av *brukerorientering og brukerstyring i psykisk helsevern*. Det er sentralt å videreutvikle arbeidet med å innhente, beskrive, systematisere og diskutere brukernes forståelse for og opplevelse av ulike sykdomstilstander. Denne erfaringen og kunnskapen bør inngå som sentrale elementer i kunnskaps- og metodeutviklingen hos de profesjonelle. Brukerorienteringen og brukerstyringen vil måtte innebære et grunnleggende arbeid mot å utvikle en ny form for profesjonalitet. Videre understrekes betydningen av å få frem pasientenes praktiske visdom gjennom deres erfaringer med ulike behandlingsmodeller, og spesielle fenomener som omsorg og imøtekommenhet hos de profesjonelle. Stortingsmeldingen viser til at mennesker med psykiske lidelser i liten grad inkluderes i planlegging og gjennomføring av deres egne behandlingsplaner og tiltak. I dette perspektivet bør både metodene og funnene fra Delstudie I og II kunne bidra til å utvikle en ny praksis i tråd med intensjonene i stortingsmeldingen.

---

<sup>199</sup> Se kap. 4.1 Avhandlingens kontekst: Prosjekt Undervisningsavdeling og Akuttposten.

<sup>200</sup> Se kap. 7.2.5 Erfaringsdeling og kunnskap som tolker deltakernes opplevelser med å artikulere sin erfaringsbaserte kunnskap.

#### 8.4 Studiens implikasjoner for kunnskaping om mani som fenomen og lidelse

I den følgende fremstilling av studiens implikasjoner for kunnskap om mani som fenomen og lidelse vil jeg gjøre en todeling. Først vil jeg diskutere avhandlingens kunnskapsmessige implikasjoner i relasjon til mani som fenomen. Deretter vil jeg diskutere tilsvarende i forhold til mani som lidelse. Jeg vil legge til grunn min tidligere forståelse av lidelse som firedeelt: sykdomslidelse, livslidelse, pleielidelse og sosial lidelse.<sup>201</sup>

##### 8.4.1 Mani som fenomen

I kapittel 3 viste jeg til hvordan forskningsbasert litteratur (Gjengedal, 1993; Hall, 1996; Barker et al, 1998; Söderlund, 1998; Nyström, 1999; Tilley et al, 1999; Topor, 2001) og offentlige dokumenter (Stortingsmelding nr. 25 (1996–97); Statens helsetilsyn, 2000a, 2000b) fremholder betydningen av å beskrive og systematisere pasienters opplevelser og erfaringer med ulike lidelser. En slik kunnskaping vil kunne peke på pasientenes mestring av egen lidelse og på hvordan den kan brukes til å utvikle sykepleieres praktiske kunnskaper og handlinger. WHO (1994) understreker betydningen av denne kunnskaps- og metodeutviklingen i relasjon til symptomlindring.

Sørgaard (1996) viser til at ulike psykologiske teorier synes å uttrykke holdninger som svekker den naturlige autoriteten i pasienters utsagn. De profesjonelle kan ofte å ha vansker med å oppfatte psykiatriske pasienter som aktører forstått som likeverdige deltakere. Johansen (1999) påpeker mangelfull inkludering av pasienter i planlegging og gjennomføring av deres egne behandlingsplaner. Særlig fremholdes det at personalet i institusjonspsykiatrien ikke er opplært til eller har erfaring med å spørre pasientene om deres erfaringer og opplevelser når behandlingsopplegg skal initieres eller utvikles.

I dette perspektivet bidrar funnene i Delstudie I til kunnskaping omkring fenomenet mani på to sentrale områder.<sup>202</sup> For det første artikulere og legitimerer kunnskapingsprosessen personenes subjektive opplevelser og beskrivelser av mani. For det andre gir kunnskapingsprosessen legitimitet til vedkommende som person og som aktør i kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie.<sup>203</sup> Funn fra

---

<sup>201</sup> Denne inndelingen har jeg beskrevet teoretisk i kap. 3.6 Tidligere forskning i psykiatrisk sykepleie av stemningslidelser i et humanvitenskapelig perspektiv.

<sup>202</sup> Se kap. 5.1 Opplevelser av mani.

<sup>203</sup> For nærmere diskusjon av kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie, se kap. 8.5 Studiens

Delstudie I viser at mange intervjupersoner har erfart at deres opplevelse og forståelse av verden tidvis har blitt tilsidesatt og avvist av både familie og profesjonelle.<sup>204</sup> Den subjektive opplevelsen av verden har blitt omtalt som uvirkelig og forstått som et mulig tegn på avvik. Livsverdensperspektivet i søker å fange opplevelsen av mani slik den erfares for vedkommende. Kunnskapingens primære mål er å gi legitimitet til de ulike innenfra-beskrivelsene, og samtidig bidra til en artikulering og systematisering av denne kunnskapen.

Funn fra Delstudie I bekrefter langt på vei deltakernes opplevelse av en slik legitimeringsprosess.<sup>205</sup> Under flere av intervjuene stopper deltakerne opp og reflekterer over selve samtalen og det som artikuleres gjennom denne. Gjennom disse metarefleksjonene forsøker intervjupersonene å se selve samtalsituasjonen, samtalens innhold og hvordan vi som deltakere skifter mellom egen og den andres livsverden, i et fugleperspektiv. Metarefleksjonene representerer også opplevelsen av å høre seg selv sette ord på opplevelser som tidligere har vært uartikulerte. Intervjupersonen opplever at noen virkelig lytter til vedkommendes historie og erfarer egen kunnskaping som bidrag til forskning og hjelp til andre i tilsvarende situasjon.

Metarefleksjonene uttrykker legitimeringen av den kunnskaping som skjer i intervjusituasjonen. Funn fra Delstudie II kan tyde på en *parallellprosess* blant personalet<sup>206</sup> ved at den systematiserte erfaringsbaserte pasientkunnskapen gir legitimitet til artikulering av den erfaringsbaserte fagkunnskapen. Dette gjelder både allment og spesifikt i relasjon til mani som fenomen. Personalet tar utgangspunkt i de tidligere pasientenes opplevelser av mani som fenomen og fremholder hvordan de subjektive beskrivelsene både bekrefter og avkrefter deres egne opplevelser og erfaringer med personer med mani. Pasientkunnskapen skaper grunnlag for at personalet kan artikulere sin egen erfaringsbaserte kunnskap. Brytningstiden kan være en illustrasjon på dette.<sup>207</sup> Utviklingen av

---

implikasjoner for kunnskapsgrunnlaget i psykiatrisk sykepleie.

<sup>204</sup> Se kap. 5.1 Opplevelser av mani og kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient.

<sup>205</sup> Se kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

<sup>206</sup> Se kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

<sup>207</sup> Se kap. 6.1.2 Brytningstiden.

dette temaområdet er basert på de beskrivelser som deltakerne i Delstudie II gjør under temaområdet "Vitalitet og tomhet".<sup>208</sup>

Her beskriver de tidligere pasientene opplevelsen av at livsmotet avtar og livsbruset er i ferd med å bli erstattet av en fysisk og psykisk tomhetsfølelse. Personalet opplever at den kroppslige endringen inntreffer først, og de kan i detalj gjøre rede for forandringer i bevegelser, mimikk og stemmeleie. Mens pasientens opplevelse av at denne fasen tydeliggjør maniens livstematiske innhold, så assosierer personalet sin opplevelse av brytningstiden som et vendepunkt, der dyper livsproblematikk kommer til overflaten. Brytningstiden aktualiserer og konkretiserer spørsmålet om den helhetlige forståelsen av mani i relasjon til personens liv. Er en manisk tilstand en del av en helhetlig person eller utgjør den en atskilt del som befinner seg på "utsiden" av personen?<sup>209</sup>

I dette perspektivet er det også interessant å diskutere relasjonen mellom diagnosen *bipolar affektiv lidelse* og personens opplevelse av mani.<sup>210</sup> Jeg har tidligere vist til ulike klassifikasjonssystemer og til ønsket om presis diagnostisering i relasjon til medisinsk-psykiatrisk behandling og pleie.<sup>211</sup> I denne tradisjonen er fokus i større grad rettet mot forholdet mellom symptomer og krav til spesifikke tilbud om behandling (Perry et al, 1999; Hinkle, 2000). En annen viktig side er at pasientene lider unødvendig og lenge på grunn av uklare diagnostikk (Hiltey et al, 1999). Dette siste aspektet har flere av deltakerne i Delstudie I erfart.<sup>212</sup> Flere forteller at det gikk svært langt tid fra de selv opplevde at de var maniske, til de fikk diagnosen. De opplevde ikke at de ble hørt og lyttet til de når de fortalte om hva de selv opplevde. Tilsvarende opplevde deltakerne anerkjennelse av både lidelsen og personen i det øyeblikket de fikk diagnosen.

Denne diskusjonen leder oppmerksomheten mot betydningen av det å få en psykiatrisk diagnose. Den kan gi en bekreftelse på og en anerkjennelse av de opplevelser personen selv har gjort, og slik sett bidra til å artikulere disse.

---

<sup>208</sup> Se kap. 5.1.3 Vitalitet og tomhet.

<sup>209</sup> Se kap. 5.1.2 Stemninger og kap. 5.1.3 Vitalitet og tomhet.

<sup>210</sup> Rådet for psykisk helse (1998) og Orum (1999) gir beskrivende illustrasjoner av denne relasjonen gjennom  *kreativitet* forstått som en patologisk del av manien eller som en frigjørende ressurs i personen. Orum viser også hvordan  *kreativitet* og mani forstås og aksepteres annerledes når man har et  *kreativt* yrke, enn når man ikke har det.

<sup>211</sup> Se kap. 1.1 Introduksjon til avhandlingens tema og kap. 3.5 Tidligere forskning relatert til området psykiatrisk sykepleie og stemningslidelse i et medisinsk-psykiatrisk perspektiv.

Funnene fra Delstudie I peker på hvordan en psykiatrisk diagnose kan forstås som en bekreftelse på en opplevd uro over eget mønster knyttet til atferd, tanker og følelser. Slik sett representerer diagnosen en ytre bekreftelse på en indre opplevelse, en bekreftelse som samsvarer med personens selvforståelse og influerer på den videre utviklingen av selvforståelsen. Diagnosen anerkjenner den aktuelle opplevelsen og tilbyr en forklaring, og åpner dermed for en forsoning og for akseptasjon av personen og dennes væremåter. Diagnosen tydeliggjør sykdommens individuelle opphav og letter skyldfølelsen og selvbebreidelsen. Den gir forklaring og muliggjør forsoning også for de pårørende ved at den begrepsfester en alvorlig sykdom. Fokus endres fra person til sykdom.<sup>213</sup>

På den andre siden forteller funnene om opplevelsen av mani og den psykiatriske diagnosen som brennmerking, et sosialt stigma. Diagnosen er samtidig en merking for resten av livet ved at den gir personen en identitet som psykiatrisk pasient. Den psykiatriske diagnosen blir en demarkasjonslinje for en identitetsbestemmende praksis, der diagnosen får en selvoppfyllende kraft. Personen blir identisk med de diagnostiske beskrivelsene og opplever seg selv som tingliggjort. Deegan (1993) problematiserer den psykiatriske diagnosens selvoppfyllende og selvforklarende kraft og dens identitetsbestemmende funksjon. Forfatteren peker på det avgjørende ved å skille mellom disse to funksjonene ved hjelp av en diagnose. Et tydelig skille kan bidra til å opprettholde forskjellen mellom person og sykdom. Deegan fremholder at hvis personen tror at vedkommende er sykdommen, er det ingen som kan gjøre motstand mot sykdommen. Selve distinksjonen gjør det mulig å ha fokus både på sykdom og på person.

Det er mulig å anlegge et langt mer kritisk perspektiv på den tvetydige og tidvis paradoksale erfaring noen av deltakerne i Delstudie I opplever som en følge av det å få sin psykiatriske diagnose. Med Foucault (1977, 1982) ville man kunne analysere disse erfaringene i lys av individualisering og disiplinering. Individualiseringsstrategien er todelt, både gjennom en objektivisering og gjennom en subjektivisering av mennesket.<sup>214</sup> Objektiveringen består i at personen blir objekt

---

<sup>212</sup> Se kap. 5.3.3 Lindrende og manglende omsorg og kap. 5.3.4 Etterbehandlingen.

<sup>213</sup> Se kap. 5.1.4 Sykdom og sårbarhet og kap. 5.2.4 Forsoningsarbeid.

<sup>214</sup> Dette er et resonnement som kan relateres til Skjervheim (2000) og dennes kritikk av



for viten. Dette skjer gjennom det objektive blikk som observerer, undersøker og klassifiserer individets atferd, tanker og følelser. Gjennom objektivering transformeres det individuelle subjekt ut fra den grå masse. Subjektivering beskriver den prosessen der individet etablerer sin selvforståelse, sitt forhold til seg selv. Foucault (1982) omtaler dette som at individet pålegger seg selv en personlighet og en væremåte, og at personen konstituerer seg selv som et unikt subjekt. Slik sett er prosessen frem mot en diagnose en objektivering av individet der subjektivering består i at personen internaliserer de diagnostiske kriteriene og selve merkelappen som diagnosen gir.<sup>215</sup>

Foucault (1967) hevder at bruken av den psykiatriske diagnosen forstått, som en individualiseringsstrategi, eksemplifiserer forholdet mellom disiplinering og selvdisiplinering. Den medisinske kunnskapsmakten kan gjennom bruk av den psykiatriske diagnosen gi spådommer om sykdommens varighet, muligheter for bedring og tilbakefall.<sup>216</sup> Disiplineringen består i det kliniske blikket som kan definere hva som er galt med pasienten, og samtidig kunne predikere et utviklingsforløp. Selvdisiplineringen viser seg ved at personen tror på og internaliserer innholdet i ekspertkunnskapen, og lar sine holdninger og handlinger styres av denne kunnskapen.<sup>217</sup> Med støtte i funn fra Delstudie I<sup>218</sup> kan man peke på en dialektikk mellom et teoretisk utenfra-perspektivet i form av den psykiatriske diagnosen, og et erfaringsbasert innenfra-perspektiv fra personen i form av de teoretiske begreper ekspertkunnskapen benytter i relasjon til beskrivelser av levde erfaringer: "*Jeg føler meg stemplet. Det står i panna på meg uansett hva Bondevik måtte si om åpenhet i psykiatrien.*"

Diskusjonen så langt illustrerer hvordan et livsverdensperspektiv på mani som fenomen kan fremstå med mangfold, variasjon, individualitet og fellestrekk.

---

naturvitenskapelige metoder i studiet av mennesket som objektiviseringsstrategier av det samme mennesket.

<sup>215</sup> Goffmann (1963) diskuterer forholdet mellom stigma forstått som merkelapp og den betydning stigmatisering har for sosiale og personlige identitetsprosesser.

<sup>216</sup> Topor (2001) viser til at det finnes et vitenskapelig grunnlag for å hevde at mange schizofrene pasienter opplever full rehabilitering til tross for den medisinsk-psykiatriske oppfatningen om at lidelsen som oftest er tvingende kronifiserende. Viktige bidrag i diskusjonen omkring den medisinsk-psykiatriske kunnskapsmakten er Bråtens (1973) begrep om modellmakt og Ekelands (2001a) utlegning av den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs.

<sup>217</sup> Terkelsen (2002) diskuterer forholdet mellom disiplinering og selvdisiplinering i det psyko-educative programmet "Et selvstendig liv".

<sup>218</sup> Se kap. 5.2 Opplevelser av maniens konsekvenser.

Hovedoverskriften på opplevelsen av mani som fenomen utdyper dette ytterligere – himmel og helvete. Innenfra-perspektivet gir rom for å beskrive mani som at personen opplever å være på topp, og at alt i livet er under kontroll og lar seg kontrollere. Tilsvarende kan en person oppleve grenseløs angst og mistillit til seg selv, til andre og til livet, og fravær av kontroll. Mani som et menneskelig fenomen har vært kjent siden antikken og har hatt ulik status og betydning som menneskelig fenomen siden.<sup>219</sup> Maniens historie fremhever og understreker funnene i Delstudie I og II vedrørende mani som fenomen. Dens mest fremtredende karakteristikum er at den nettopp er et menneskelig fenomen som viser til mangfoldet i det å være menneske; vi opplever alle ulike stemningsleier og svinger mellom dem. Maniens uttrykk og skifte i stemningsleier kan være sterke i form av bølger av livsbrus eller en livsgnist som er i ferd med å slokne. Maniens ulike livsuttrykk tydeliggjør og inviterer til det mellommenneskelige i relasjonen mellom pasient og sykepleier.

#### **8.4.2 Mani som lidelse**

Diskusjonen i denne delen av kapittelet vil fokusere på mani som lidelse. Diskusjonen er firedelt: sykdomslidelse, livslidelse, pleielidelse og sosial lidelse.

##### *Sykdomslidelse*

Lindholm (1997) hevder at sykdomslidelsen innebærer at pasienten i stor grad forklarer sin lidelse ut fra sykdommen og henviser til den medisinske diagnosen og behandlingen. Hummelvoll et al (2001) knytter sykdomslidelsen direkte til mani og fremholder at manien kan oppleves som slitsom både fysisk og psykisk. Under den tilsynelatende lette sinnsstemningen kan det ligge tristhet og sårbarhet. Ofte kan personenes inntrykk og assosiasjoner være fragmentariske og kaotiske. Opplevelsen av å leve med stor fart og lite kontroll kan også gi en følelse av å være fanget i en forvirrende impulsivitet. Tankene kan leve et ukontrollert liv, og personen opplever styringssvikt. Barker (1994) finner at mange maniske personer opplever at de ikke har kontroll over de handlingene som skyldes sykdommen. Opplevelsen av å være ute av handlingskontroll kan i neste omgang gi en opplevelse av fatalisme og maktesløshet. Sosial blamering og negativ selveksponering i

---

<sup>219</sup> Se kap. 1.1 Introduksjon til avhandlingens tema.

maniske perioder kan føre til sosial isolasjon og tilbaketrekking som en konsekvens av antatt sosial stigmatisering. Dette illustrerer hvordan sykdomslidelse og sosial lidelse veves inn i hverandre.

Jeg har vist til den psykiatriske diagnosens tvetydighet knyttet til forholdet mellom klassifisering og bekreftelse. I tilnærmingen til mani som sykdomslidelse vil diskusjonen rette seg mot personenes opplevelse av sykdommen som forklaring og forsoning. I dette perspektivet er selve den psykiatriske diagnosen, og kampen for å få denne, langt mindre fremtredende. I forståelsen av mani som sykdomslidelse peker de tidligere pasientene på mani som sykdomsmetafor, forholdet mellom sykdom og sårbarhet (*fenomenet*) og forholdet mellom selvtaktelse og forsoning (*lidelsen*).

Mani som metafor knytter seg til personens forklaring av at "sykdommen er kastet på dem", som hvilken som helst annen sykdom. I dette perspektivet gir ikke det å ha fått sykdommen noen mening. Flere intervjupersoner sammenligner det med å få en kreftsykdom.<sup>220</sup> Samtidig understrekes det at mani ikke har samme sosiale aksept og forståelse som kreft. Funn fra Delstudie I peker på at flere av pasientene opplever et sykdomshierarki, der mani er plassert nederst.<sup>221</sup> Mani forstått metaforisk som en kreftsvulst med ukontrollert celledeling gir grunnlag for å vedstå seg og unnskyldte ukontrollerte handlinger. De ukontrollerte handlingene har en åpenbar forklaring i sykdommen og gir derved muligheter for å be om unnskyldning overfor dem som har vært utsatt for handlingene. Personene kan føle anger og skyld, men opplever ikke at sykdommen nedverdiger eller utsetter dem for sosial blamering.<sup>222</sup> Det å be om unnskyldning kan innebære andres tilgivelse og derved lette forsoningen med seg selv, med andre og med det som har skjedd.

Mani som sykdomslidelse innebærer også at svært få relaterer sykdommens årsak til barndom eller oppvekst. Årsaken er ukjent og uforklarlig i et livshistorisk perspektiv. For de alle fleste personene er det sentrale hvordan sykdom fremstår, og hvilke sosiale konsekvenser den kan gi. Forholdet mellom sykdom og sårbarhet kan illustrere dette. Sykdomslidelsen gjør personene mer sårbare og

---

<sup>220</sup> Se kap. 5.1.4 Sykdom og sårbarhet.

<sup>221</sup> Se kap. 5.3 Opplevelse som innlagt pasient.

<sup>222</sup> Se kap. 5.2 Opplevelser av maniens konsekvenser.

åpne mot omverdenen. De påvirker og lar seg påvirke av andre mennesker og stemninger, som samtidig gjør dem sårbare for endringer i stemningsleier. Erfaringer med sykdommens sårbarhet leder i en del tilfeller til sosial tilbaketrekking og isolasjon. Sårbarheten erfares også som en forutsetning for å komme andre lidende mennesker i møte og å ta del i deres psykiske smerte. Dette elementet i personens sårbarhet gir grunnlag for innlevelse, engasjement og opplevelse av skjebnefellesskap.

### *Livslidelse*

Hummelvoll et al (2001) benytter eksistensiell lidelse om det som her kalles livslidelse. Begge begrepene søker å fange de inntrykk og de uttrykk lidelsen mani skaper i relasjon til en persons totale eksistens. Lindholm (1997, s. 213) sier: "En dyp livslidelse kan innebære en trussel mot ens totale eksistens. (...) Å ikke bli sett, hørt eller forstått er en livslidelse, en brist på å bli bekreftet som menneske." Sentralt i funnene fra Delstudie I er personenes erfaringer med å bli behandlet eller møtt slik at de *ikke* føler seg forstått og respektert, og betydningen av at møtet eller behandlingen *preges av forståelse og respekt*.<sup>223</sup>

Personenes erfaringer med mani som livslidelse viser seg ofte i møtet med det profesjonelle hjelpeapparatet.<sup>224</sup> Spesielt gjelder dette der personen opplever å ikke blir respektert og tatt på alvor, og behandles på en skjematisk og prosedyreorientert måte. Personen tingliggjøres som en standardisert, manisk pasient, der deres egen erfaring og kunnskap settes til side. Denne opplevelsen av ikke å bli anerkjent eller bekreftet utfordrer personens eksistensielle betingelser i møtet med den andre. Personen opplever at lidelsen og dennes uttrykk hindrer en gjensidig akseptasjon og utfoldelse av virkelighetsforståelser. Laing (2001) omtaler det eksistensielle møtet i terapeutisk arbeid nettopp som en rekonstruksjon av personens måte å være i verden på. Hummelvoll (1997b) viser til at møtet med livslidelsen krever at sykepleieren åpner seg for den forestillingsverden og situasjonsopplevelse som pasienten har. Det krever at sykepleieren viser seg som person. Dette siste er det svært mange av de tidligere pasientene som savner og etterspør.<sup>225</sup> De ønsker at sykepleierne skal ha respekt

---

<sup>223</sup> Se kap. 5.2 Opplevelser av maniens konsekvenser og kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient.

<sup>224</sup> Se kap. 5.3.2 Integritetskrenkelser og kap. 5.3.3 Lindrende og manglende omsorg.

<sup>225</sup> Se kap. 5.3 Opplevelse som innlagt pasient.

for deres erfaringsbaserte kunnskap om lidelsen og livet, og at møtet skal preges av delt livserfaring mer enn av teoretisk kunnskap om mani.

Løvlie Schibbye (1996) og Lindström (1997) viser til at bekreftelse er en grunnleggende menneskelig egenskap og begjær. Løvlie Schibbye (1996) hevder at anerkjennelse som terapeutisk intervensjon innebærer lytting, åpenhet, respekt, emosjonell tilgjengelighet, forståelse, toleranse, aksept og bekreftelse. Disse begrepene erfarer de tidligere pasientene som praksiser når de opplever seg møtt og behandlet i relasjon til sin livslidelse.<sup>226</sup> Disse erfaringene forteller i sin fulle bredde den kraft og det potensial som ligger i et slikt møte og en slik praksis. Å føle seg møtt og forstått gjennom respekt, tid og tålmodighet danner grunnlag for å oppleve å bli bekreftet som menneske. En person forteller hvordan møtet med én pleier endret hans forståelse av seg selv og sin lidelse ved å gi vedkommende en opplevelse av håp.

Mani som livslidelse erfares også i relasjon til eksistensielle spørsmål knyttet til mening, skyld, ansvar for lidelsen og dens konsekvenser. Flere av deltakerne i Delstudie I beskriver sine relasjoner til Gud og kirkerommet.<sup>227</sup> Det kan være enten konkrete hendelser eller bønn som aktualiserer gudsrelasjonen. Flere forteller at det gir styrke og kraft å vende seg til en annen som kan hjelpe. Gjennom den religiøse tradisjonen kan personen tolke og forstå hendelser i livslidelsen gjennom tradisjonens perspektiv. Gudsrelasjonen gir også rom for at personen kan oppleve lettelse og få ro. Wikström (1990) viser til at de religiøse og eksistensielle perspektivene er alvorlig oversett i psykisk helsevern og psykoterapi. Spørsmål omkring mening, skyld, ansvar, tro og Gud er uunngåelige og forbundet med særegen dynamikk. De kan ikke trivialiseres eller reduseres til skjulte intrapsykiske, emosjonelle eller sosiale prosesser. Ifølge Wikström vil dette være et uttrykk for et reduksjonistisk syn på mennesket og følgelig ikke evne å møte den lidende som et helt menneske.

Mani som livslidelse peker også mot forholdet mellom selvaktelse og forsoning. Det å leve med manien, dens sosiale konsekvenser og de relasjonelle følgene, bidrar til personens selvaktelse. Skiftene mellom ulike stemningsleier tydeliggjør forskjellene mellom de gode dagene og de mindre gode, og den

---

<sup>226</sup> Se kap. 5.3.3 Lindrende og manglende omsorg.

innsats det krever å leve med begge deler. Svært mange opplever at lidelsen på denne måten gir dem selvrespekt og oppmerksomhet mot dagen i dag og det liv de har levd. Det å leve med lidelsen har gitt personene en form for selvinnstikk og selvtilitt, som de fleste ikke ville ha vært foruten. I dette perspektivet kan personen delvis forsones seg med mani som en livslidelse.

### *Pleielidelse*

Begrepet pleielidelse er den lidelse som følger av pleie og behandling (Hummelvoll, 1997). Lindholm (1997) viser hvordan pleielidelsen primært finnes i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Den største lidelsen er savnet av en virkelig relasjon preget av verdighet, likeverd og kjærlighet. Funnene i Delstudie I understøtter resonnetet til Lindholm.<sup>228</sup> De tidligere pasientene forteller om opplevelser av ytterligere lidelse i form av integritetskrenkende behandling og pleie. De forteller om opplevelser av tvang og ufrihet under innleggelse og behandling, der de opplevde manglende respekt og uverdigg oppførsel. Pleielidelsen kan dreie seg om å bli fratatt følelser og å bli påført plagsomme bivirkninger av medikamentell behandling. Pleielidelsen oppleveres som et angrep på egen autonomi og integritet gjennom skjerming, grensesetting og tvangsbehandling og fremstår som en tillegglidelse.

Disse erfaringer kaster lys over Frosts (2001) poengtering av at menneskets ukrenkelige verdi og verdighet er gjensidig forbundet med begrepene respekt og selvrespekt. Respekt for menneskets ukrenkelige verdi og verdighet forutsetter selvrespekt. Selvrespekten inviterer til kritisk granskning av egne forutsetninger som profesjonell hjelper, og særlig av egne begrensninger i evnen til å se, lytte, forstå og akseptere. Fraværet av denne selvrespekten er kanskje det personene i Delstudie I opplever når de kan erfare hjelpere som nedlatende, kalde og upersonlige.<sup>229</sup> De forteller om episoder der de har blitt utsatt for upersonlig omsorg i form av manglende medbestemmelse og delaktighet i sin egen vekst og utvikling.

Frost viser til at det å være human er å være forståelsesfull, hensynsfull, menneskelig, tolerant og vennlig. "Humanisme" peker på det humane prinsippet,

---

<sup>227</sup> Se kap. 5.2.1 Relasjoner.

<sup>228</sup> Se kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient.

<sup>229</sup> Se kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient.

som innebærer respekt for menneskeverdet, aksept for mennesket, for alles rett til frihet og for at alle mennesker kan dannes og utvikles i moralsk og politisk forstand (Krogh et al, 1996). Wackerhausen (2002) peker på at humanisme ikke er entydig og eviggyldig definert, og at uttrykket krever en kontinuerlig refleksjon og tilpasning til menneskets aktuelle livsforhold og livsvilkår.

Funn fra Delstudie II kan forstås som et bidrag til en kritisk granskning og refleksjon over egne forutsetninger og begrensninger som profesjonelle hjelpere.<sup>230</sup> Personalet reflekterer her over den erfaringsbaserte pasientkunnskapen, og i særdeleshet de opplevelsene som peker mot dehumaniserende og uverdige pleie og omsorg. Funnene viser til hvordan personalet tar i bruk denne kunnskapen til å kaste lys over sin egen posisjon og praksis. Denne erkjennelsen fremkommer særlig i Bevissthet om omsorgens tvetydighet, der praksiser knyttet til verdighet og integritet artikuleres. Funn fra den samme delstudien kaster lys over fokusgruppeintervjuet som et velegnet forum og medium for å utvikle forholdet mellom selvrespekt og respekt gjennom kritisk granskning av og refleksjon over egen praksis.<sup>231</sup>

Deltakerne i Delstudie I forteller i sine beskrivelser om hvordan møter og relasjoner med profesjonelle kan fremstå som lindrende.<sup>232</sup> Funnene fremholder hvordan opplevelsen av beskyttelse, ivaretagelse, trygghet og ro er sentrale elementer i den lindrende prosessen. Relasjonen til hjelperen fremholdes som et mulig medium for personlig omsorg. Sentralt står tid, tålmodighet samt muligheten til å dele livserfaringer. Opplevelsen av hjelperen som til stede, autentisk og medmenneskelig er nødvendig for å kunne praktisere respekt og selvrespekt. I lys av disse funnene er det interessant å peke på funn fra Delstudie II.<sup>233</sup> Under temaområdet Omsorgsrelasjonens kraft peker personalet på det potensialet som forholdet mellom pasient og fagperson rommer. Personalet bruker begreper som empati, medmenneskelighet, respekt, tillit, tilstedeværelse og lytting

---

<sup>230</sup> Se kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

<sup>231</sup> Teslo (red.) (2000) diskuterer faglig veiledning som nettopp et forum for kritisk refleksjon over praksiser i helse- og sosialfagene. Basert på funnene i Delstudie II ville det være interessant å diskutere forholdet mellom fokusgruppeintervju og veiledningsgruppe som medium for kritisk granskning av klinisk praksis, og den betydning veiledning har i klinisk praksis i psykiatrisk sykepleie.

<sup>232</sup> Se kap. 5.3.3 Lindrende og manglende omsorg.

<sup>233</sup> Se kap. 6.2.2 Omsorgsrelasjonens kraft.

når de beskriver hvordan væremåtene i den gode relasjon kan og bør være.<sup>234</sup> Erfaringene forenes ved tidligere pasienters beskrivelser av savn, og personalets ønsker om hvilke praksiser som skal prege omsorgsrelasjonen. Samtidig kan fellestrekkene i disse funnene forstås som tegn på hvor vanskelig det faktisk er å praktisere medmenneskelighet og humanisme innenfor den gjeldende diskurs i psykisk helsevern generelt og i en akuttpsykiatrisk kontekst spesielt.<sup>235</sup>

Jeg har diskutert forholdet mellom ulike kunnskapsformer og pekt på hvordan den erfaringsbaserte kunnskapen trer frem både i Delstudie I og II. Drøftingen av møtet mellom teoribasert og erfaringsbasert kunnskap peker mot forholdet mellom makt og kunnskap. Jeg har videre vist til funn fra Delstudie I, der de tidligere pasientene beskriver det som et vesentlig element i pleielidelsen å oppleve at de ikke blir forstått og lyttet til i møter med sykepleiere. Disse erfaringene viser til hvordan ulike kunnskapsformer møtes, og de peker på makt og kunnskap som en sentral dimensjon ved omsorgsrelasjonen. Flere av de tidligere pasientene har opplevd sykepleiere som primært teoretisk interessert i deres lidelse, og at deres praksis også er teori styrt. Pasientene erfarer at deres erfaringsbaserte kunnskap settes til side, og at det er sykepleierens ekspertkunnskap<sup>236</sup> som skal legges til grunn for samarbeidet i omsorgsrelasjonen.<sup>237</sup> Illustrasjoner på dette kan være at sykepleierne ikke etterspør hva slags hjelp personene ønsker: Ønsker de ro og hvile, eller ønsker de samtaler? Ved at disse spørsmålene ikke blir stilt, opplever få av personene at de får tilfredsstillt sine ønsker om hjelp.<sup>238</sup>

Disse erfaringene kan diskuteres i lys av forholdet mellom makt og kunnskap i omsorgsrelasjonen forstått på den måten at det er to kunnskapstradisjoner som møtes: ekspertkunnskap og den erfaringsnære kunnskap. Makten settes på spill når det bestemmes hvilken kunnskapsform som skal ha forrang. Den ikke-vitende

---

<sup>234</sup> Se Rogers' (1958) utlegning av mulige væremåter i en terapeutisk eller hjelpende relasjon.

<sup>235</sup> Se Ekeland (2001) for en almen diskusjon og Hummelvoll og Røset (1999) for en kontekstuell diskusjon.

<sup>236</sup> Disse funnene kaster lys over en interessant diskusjon omkring forståelsen av begrepet ekspertkunnskap. I Delstudie II forstås det som opplevelsen av sykepleierens teoribaserte kunnskap. Benner (1984) forstår sykepleierens ekspertkunnskap som basert på taus kunnskap og intuisjon. Wifstad (1994) diskuterer ekspertkunnskapens grenser i møtet med "den andre", der ekspertkunnskap er forstått som teoribasert.

<sup>237</sup> Se kap. 5.3.3 Lindrende og manglende omsorg og kap. 5.3.4 Etterbehandlingen.

<sup>238</sup> Se kap. 5.3.3 Lindrende og manglende omsorg.



posisjon (Anderson og Goolishian, 1992) kan invitere deltakerne i omsorgsrelasjonen til å nytenke forholdet mellom ekspertkunnskap og den erfaringsnære.<sup>239</sup> Ekspertbegrepet er også nyttig når man diskuterer pasienten som ekspert på sin egen lidelse. Kan sykepleieren både være "ikke-vitende" omkring pasientens lidelse og samtidig "ekspert" på terapeutisk samtale? Forstått slik kan de to kunnskapsformene berike hverandre ved at basis for samtalen og relasjonen er pasientens ekspertkunnskap om egen lidelse. Samtalen fortsetter ved at sykepleieren stiller spørsmål ved denne kunnskapen for å utvikle ny forståelse og mening hos begge aktører. Sykepleieren bruker sin fagkunnskap, både den teoribaserte og den erfaringsbaserte, til å skape rom for dialogen. Forandring skapes gjennom den dialogiske prosessen, der også muligheter for ny mestring kan åpne seg.

Den erfaringsnære kunnskapen kan på denne måten artikuleres gjennom den terapeutiske samtalen og i fortellinger om det levde livet. Disse fortellingene forutsetter en kontekstualisering av de gjeldende erfaringer samtidig som de bringes frem i en annen kontekst. Forskjellene i kontekster kan bidra til å fremheve sammenhengen mellom kontekst og mening, og samtidig peke på situasjonen som avgjørende meningsdannelse. Slik kan kanskje det tilsynelatende uforståelige bli mulig å forstå eller å meningsbestemme, basert på den sammenheng det oppstår i, og i den kontekst det blir fortalt.

### *Sosial lidelse*

Den sosial lidelsen har flere aspekter ved seg. Den er nært knyttet til livslidelsen i form av den maniske personen opplever en sosial og personlig etterslått. Samtidig viser den sosial lidelsen til opplevelser av tvetydighet i familiære relasjoner og erfaringer av stigmatisering og kategorisering.<sup>240</sup> I studien til Hummelvoll et al (2001) fremkommer personalets erfaringer med maniske pasienters psykiske etterslått. Denne er preget av personens grunnleggende tvil på egne muligheter og egen verdi. Disse erfaringene oppstår ofte som følge av handlinger og utsagn i den maniske fasen som kan lede til sosial blamering og i

---

<sup>239</sup> Wifstad (1994) diskuterer ekspertkunnskapens grenser og dilemmaet mellom det å være ekspert på den andre og å være ekspert på å få kontakt. Forfatteren viser til at dette er en selvmodsigelse, og fremholder at forståelsen av psykiatrisk ekspertkunnskap bør hente inspirasjon fra Sokrates' utlegning av spisskompetanse som "den vitende uvitenhet".

<sup>240</sup> Se kap. 5.2 Opplevelser av maniens konsekvenser.

noen tilfeller sosial eksklusjon. Særlig gjelder dette i de tilfeller hvor personene konfronteres med egen atferd under den maniske fasen. Følelser av anger, skam, tvil og skyld får grobunn og i noen tilfeller kan selvmord bli resultatet.

Funn fra Delstudie I peker i samme retning samtidig som disse gjør bildet mer nyansert. Særlig er dette knyttet til at den personlige etterslåttan kan gi grunnlag for både sosial isolasjon og et grunnlag for å komme andre i møte gjennom et forsoningsarbeid. Forsoningsarbeidet består oftest av å komme seg selv og andre i møte ved akseptere at den maniske sykdomslidelsen er en del av personens hele. Det er en kapasitet ved vedkommende. Dette er en krevende bearbeidelsesprosess fordi personene svært ofte erfarer at den maniske atferden i lang tid farger personen og omgivelsenes gjensidige forståelse. Det krever mot å gjenoppta kontakt med fare for personlig avvising og sosial utestengning som mulighet.

Funn fra Delstudie I peker på hvordan personene kan oppleve sosial stigmatisering og kategorisering. Hummelvoll (2004) fremholder at en sentral dimensjon ved den sosiale lidelsen ved mani er reduserte muligheter til samfunnsdeltagelse. Et annet sentralt forhold er samfunnets reaksjoner på personers sykdomsuttrykk i det offentlige rom. Over halvparten av deltakerne i Delstudie I er uføretrygdet og deltar ikke i noen faste daglige aktiviteter. Dette kan gi grunnlag for å oppleve at en har mistet en verdsatt rolle og heller ikke tar del i meningsfulle, samfunsmessige oppgaver eller situasjoner. Å leve utelukkende på uføretrygd kan gi erfaringer med fattigdom, boligproblemer og sosial utstøtning. Flere personer peker på den innsats og tålmodighet det krever av en selv og andre å leve på et økonomisk minimumsnivå.

Et vesentlig funn fra Delstudie I er enkelte personers opplevelse av sosial stigmatisering og klassifisering som følge av lidelsen. Goffmann (1963) fremholder at stigma innebærer at en person har egenskaper som er diskrediterende og vanærende, og som en følge av dette bør personen utelukkes av fra det sosiale fellesskapet. Goffmann mener at stigmatiseringen fører til diskriminering og ekskludering fra ulike sosiale sammenhenger, både privat og i arbeidsliv og utdanning. Stigmatiseringsprosessen tenderer også til en avpersonalisering hvor personen blir identitisk med stigmaet slik at andre mennesker bare ser sykdommen og ikke personen. Avpersonaliseringen kan også uttrykke seg som manglende empati ved de mest stigmatiserende lidelsene.

Stigmatiseringen kan innebære at personen mister sin troverdighet i ulike sosiale kontekster oftest i relasjoner til familien og fagpersoner. Funn fra Delstudie I bekrefter tvetydigheten i familiære relasjoner hvor protest eller sinne kan tolkes som uttrykk for at personen er i ubalanse på grunn av sin psykiske lidelse.

Pårørendes erfaringer peker på tillukkethet omkring psykiske lidelser både i samfunnet generelt, i psykisk helsevern spesielt og en manglende anerkjennelse fra venner, naboer og ansatte. Kristoffersen (1998) fremholder at søsken til personer med langvarige psykiske lidelser opplever følelser preget av sorg, skyld, skam, sinne og håp. Ekern (1999) viser hvordan pårørendes opplevelse av belastning forsterkes ved at samarbeidet med hjelpeapparatet som ydmykende, tidvis krenkende og devaluerende. Ønsket om mer informasjon og åpenhet omkring psykisk lidelser har også den paradoksale konsekvens at det lukker til og bidrar til økt sosial stigmatisering og eksklusjon (Andersen, 2001). Eksempelvis utestenges personer med psykiske lidelser fra arbeidsmarkedet og utgjør den største gruppe av uføretrygdete i Norge.

Totaliteten i funnene fra Delstudie I omkring mani som sosial lidelse viser til en tvetydig dialektikk mellom stigmatisering og inkludering. Erfaringene viser hvordan mani både kan gi opphav til selvtvil og styrket selvilde, familien kan støtte og true og omgivelsene kan oppleves både som inviterende og ekskluderende. Diskusjonen leder mot å fremholde betydningen av å vektlegge samspillet mellom forløpet av mani og personens sosiale omgivelser. Dette gjelder både forhold knyttet til stigmatisering og selvidentitet som en person med mani og hvordan mani som lidelse kan gi opphav til problemer med sosial samhandling.

### **8.5 Studiens implikasjoner for kunnskapsgrunnlaget i psykiatrisk sykepleie**

I siste delen av kapittel 8 vil jeg diskutere studiens implikasjoner for kunnskapsgrunnlaget i psykiatrisk sykepleie relatert til mani. Jeg forstår kunnskapsgrunnlaget i psykiatrisk sykepleie som bestående av to hovedkomponenter: et teoretisk nivå og et klinisk nivå.<sup>241</sup>

Det teoretiske området omfatter sykepleievitenskaplig kunnskap som har som mål å utvikle

---

<sup>241</sup> Eriksson (1986) beskriver fire nivåer i sykepleiens kunnskapsinnhold: metateoretisk, teoretisk, teknologisk og praktisk. Haugsgjerd et al (2002) beskriver i sin perspektivering av psykisk

”faktabasert” kunnskap om sykepleie. Det kliniske området innbefatter å utvikle unike sykepleiehandlinger i praksis i møtet med pasient(er). Jeg anser at disse to kunnskapsområdene samspiller og påvirker hverandre gjensidig. I fremstillingen har jeg valgt å gjøre et strukturelt skille mellom de to kunnskapsområdene. Innholdsmessig vil leseren se at jeg beveger meg mellom de to områdene nettopp på grunn av deres gjensidighet. Kapittelet avsluttes med refleksjoner knyttet til videre fagutvikling og forskning.

### **8.5.1 Teoretisk forståelse**

I redegjørelsen for perspektiver og grunnlagsproblemer i psykiatrisk sykepleie har jeg identifisert to sentrale tradisjoner i faget: den medisinsk-psykiatriske og den humanvitenskapelige.<sup>242</sup> Disse to tradisjonene er også de viktigste hva angår forskning i relasjon til psykiatrisk sykepleie og stemningslidelser. Litteraturgjennomgangen har vist at det er stort behov for å utvikle forskning knyttet til mani som lidelsesform, med særlig vekt på pasientperspektivet.<sup>243</sup> Avhandlingens vitensproduksjon er basert i et humanvitenskapelig perspektiv, med vekt på pasientperspektivet på stemningslidelser. Slik kan den bidra til den kunnskapsteoretiske forståelsen av psykiatrisk sykepleie. Funnene i de to delstudiene gir kunnskapsteoretisk innhold til begrepet erfaringsbasert kunnskap. Dette skjer ved artikuleringen og systematiseringen av den erfaringsbaserte pasientkunnskapen. Like viktig er det at pasienterfaringene forløser og legitimerer den erfaringsbaserte fagkunnskapen i psykiatrisk sykepleie.<sup>244</sup> Funnene fra Delstudie II viser med tydelighet hvordan personalet gjennom sine refleksjoner over pasienterfaringene også artikulerer og reflekterer over sin egen erfaringsbaserte fagkunnskap.<sup>245</sup> Denne kunnskapingsprosessen tydeliggjør erfaringens plass som kunnskapstilfang i psykiatrisk sykepleie i relasjon til den teoribaserte kunnskapen.

Legitimeringen av den erfaringsbaserte fagkunnskapen i psykiatrisk sykepleie er kunnskapsteoretisk svært interessant. Denne kunnskapstradisjonen er viktig historisk sett både i sykepleie og psykiatrisk sykepleie.<sup>246</sup> Imidlertid er den

---

lidelse tre nivåer: forståelse, beskrivelse og behandling.

<sup>242</sup> Se kap. 3.3 Psykiatrisk sykepleie – perspektiver og grunnlagsproblemer.

<sup>243</sup> Se kap. 3.4 Psykiatrisk sykepleie og stemningslidelser – to forskningsperspektiver.

<sup>244</sup> Se kap. 8.3 Studiens implikasjoner for kunnskaping med utgangspunkt i personers livsverden.

<sup>245</sup> Se kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

<sup>246</sup> Se kap. 3 Sykepleievitenskapelig perspektiv.

erfaringsbaserte fagkunnskapen under hardt press både som legitim kunnskapsform i psykiatrisk sykepleie som sådan og i fagfeltet generelt (Wifstad, 1997; Hummelvoll, 1998; Hummelvoll et al, 1999; Ekeland, 2001). Presset er representert ved krav om forskningsbaserte behandlingsmetoder, pasientgjennomstrømming, økonomisk effektivisering og kvalitetsikring. I tillegg kommer at den erfaringsbaserte kunnskapen som kunnskapsform er underkjent innenfor den akademiske helsefaglige tradisjonen (Molander, 1997).

I dette perspektivet kan legitimeringen av den erfaringsbaserte fagkunnskapen om mani kaste lys over to kunnskapsteoretiske utfordringer. For det *første* ved at det skapes en bro mellom to livsverdener: pasientens og sykepleierens.<sup>247</sup> Vitensproduksjonen av respektive pasientens livsverden og sykepleierens livsverden gir grunnlag for forståelse. Funnene i Delstudie II viser at den systematiserte pasientkunnskapen gir sykepleieren grunnlag for å forstå personens opplevelser og erfaringer med mani, som forskjellig fra sin egen forståelse.<sup>248</sup>

Den *andre* kunnskapsteoretiske utfordringen gir sykepleieren mulighet til å anerkjenne pasientens erfaringer som et kunnskapsgrunnlag av stor betydning for forståelsen av egne faglige erfaringer ved at pasientkunnskapen gir rom og frihet til å uttrykke den erfaringsbaserte fagkunnskapen.<sup>249</sup> Pasienterfaringene skaper basis for gjenkjennelse hos sykepleierne i fokusgruppene. Denne artikuleringen kan skje individuelt ved at man snakker høyt om sine erfaringer som man ikke har satt ord på tidligere. Det kan også skje ved at det en sykepleier sier, kan danne basis for en felles refleksjon over et tema som ikke tidligere er blitt delt blant personalet. Slik kan pasienterfaringer bidra til å forløse og romme artikuleringer av erfaringsbasert fagkunnskap. Temaer som faglig sett er fremmede eller forbudt, kan slik sett finne sine legitime uttrykk ved at de ordlegges og omtales med basis i forholdet mellom pasientkunnskap og erfaringsbasert fagkunnskap.

Dette resonnementet kan ses i relasjon til hvordan den erfaringsbaserte fagkunnskapen er blitt artikulert gjennom Delstudie II. Personalet forteller om erfaringer de har gjort seg i møte med maniske pasienter, erfaringer som er basert

---

<sup>247</sup> Se kap. 2.4.1 Livsverden – det erfarte livet i verden.

<sup>248</sup> Se kap. 6.1 Forståelsen av mani som fenomen og lidelse.

<sup>249</sup> Se kap. 6.2.3 Faglig medmenneskelighet.

på handling og samhandling, og som har sin begrunnelse og praksis i handling.<sup>250</sup> Begreper som "kloktighet", "magefølelse" og "å gripe øyeblikket" blir brukt for å artikulere erfaringen og handlingen. Lundstøl (1999) fremhever betydningen av ikke å bli statisk i forståelsen av erfaringsbasert kunnskap. Denne kunnskapsformen kan ikke gis en endelig definisjon, men kan kjennetegnes nettopp ved det situasjonsbestemte. Erfaringen må prøves på nytt og på nytt. Situasjonen og møtet med den andre krever at man sammen må finne ut av hvordan man skal handle og snakke sammen. Denne forståelsen av erfaringsbasert kunnskap finnes også i funn i Delstudie II.<sup>251</sup> Her viser personalet til hvordan de har erfart og utviklet en situasjonsorientert praksis. Denne orienteringen er personlig og konkret, der den situerte livshistorien anerkjennes som avgjørende for identifikasjon og forståelse av det å være et lidende menneske. Her kan pasient og sykepleier "møtes som personer i et personlig møte".

Funn fra Delstudie II viser også til de motsatte erfaringer. Hernes (2002) anlegger et profesjonsperspektiv gjennom ulike kategoriserings- og identifikasjonsprosesser som skjer i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Kategoriseringsprosessen mellom sykepleier og pasient bidrar til å vanskeliggjøre de individuelle variasjonene, og begge parter gjør en grov kategorisering i de-vi-relasjoner. Denne prosessen muliggjør identifikasjonsprosesser i sin respektive gruppe og tilsvarende utvikling av prototyper i den andre gruppen. Hernes' poeng er at slike prosesser kompliserer den individuelle og personorienterte tilnærmingen til en pasient og evnen til å ta hensyn til dennes spesifikke ønsker og behov. Når alle individer i en gruppe blir betraktet som like, blir det profesjonelle arbeidet med diagnose, beslutninger og behandling tilsvarende skjematisk. Tilnærmingen til gruppen av pasienter blir den saklig begrunnede likhetsbehandlingen. Funn fra Delstudie I kan forstås i denne retning når de psykiatriske sykepleierne omtales som "å gå etter læreboken".<sup>252</sup> Sykepleiernes krav til og forståelse av profesjonalitet og faglighet kan gå på bekostning av følelsesmessig tilstedeværelse og innlevelse. Det å miste sitt faglige fotfeste eller

---

<sup>250</sup> Se kap. 6.2.2 Omsorgsrelasjonens kraft.

<sup>251</sup> Se kap. 6.2.3 Faglig medmenneskelighet.

<sup>252</sup> Se kap. 5.3.3 Lindrende og manglende omsorg og kap. 5.3.4 Etterbehandling.

å oppleve å komme for nær pasienten følelsesmessig kan illustrere manglende profesjonalitet og faglighet både individuelt og kollektivt.

### 8.5.2 Klinisk tilnærming

Jeg vil nå ta for meg hvilke implikasjoner studien kan ha for den kliniske tilnærmingen i psykiatrisk sykepleie relatert til personer med mani. Jeg har valgt å strukturere diskusjonen under fire overskrifter: "Møtet", "Relasjonen", "Samtalen" og "Livsbruset".

#### *Møtet*

Det finnes i dag en rekke *teoretiske* perspektiver på fenomenet stemningslidelser i relasjon til psykiatrisk sykepleie (Hummelvoll et al, 2001; Baker, 2001). Teoriene er oftest utledet på bakgrunn av møter mellom klinikere og forskere og mennesker med stemningslidelser. Det er ulike fagfolk, profesjoner og fagtradisjoner som har skapt disse teoriene etter å ha studert mennesker med stemningslidelser. Dette kan omtales som et utenfra-perspektiv, eller som fagperspektivet. Det er studier *av* pasienter som er det teoretiske grunnlaget, og i langt mindre grad basert på erfaringer og opplevelser *fra* pasienter med en tolkning av deres utsagn og opplevelser. Det siste perspektivet kan omtales som et innenfra-perspektiv, eller som pasientperspektivet. Dette er fortellinger om opplevelser og erfaringer med en stemningslidelse og om hvordan den konkrete personen håndterer dette i sin hverdag sammen med familie, venner og arbeidskollegaer.

Møtet mellom sykepleier og pasient innebærer også et møte mellom to kunnskapstradisjoner, som er både forskjellige og komplementære. Sykepleieren har teoretisk og erfaringsbasert fagkunnskap, mens pasienten har erfaringsbasert pasientkunnskap. Tradisjonelt har det vært liten respekt for og liten vilje til å lytte til den erfaringsbaserte pasientkunnskapen i psykisk helsevern (Wifstad, 1997; Hummelvoll et al, 1998; Haugsgjerd et al, 2002). Fagkunnskap har ofte blitt omskrevet til teoretisk ekspertkunnskap, som pasienten ofte bare har måttet akseptere som "sin". Når pasienten gir uttrykk for sin subjektive opplevelse av verden, omtales det som et uttrykk for vrangforestilling og brudd med virkeligheten. Pasienten opplever at hun eller han har en "feil"

virkelighetsbeskrivelse, blir patologisert og inviteres til å akseptere fagfolkernes forestillinger om virkeligheten for å kunne bli erklært som "frisk".<sup>253</sup>

Dette kan både oppleves som et maktovergrep og som en konsekvent tilsidesetting av pasientens egne erfaringer og virkelighetsforståelse. For å kunne utøve en sykepleie *med* pasienter er det sentralt at den subjektive, erfaringsbaserte pasientkunnskapen respekteres og møtes på lik linje med fagkunnskapen. For å dempe pasientens følelse av avmakt må sykepleieren erkjenne at hun faktisk har makt. Sykepleieren kan arbeide for å dele makten gjennom å understreke at hun er avhengig av pasientens erfaringsbaserte kunnskap for å kunne bidra med den personorienterte omsorg som er nedfelt i Akuttpostens idégrunnlag.<sup>254</sup> Erfaringen som grunnlag for kunnskapsutvikling peker også på forholdet mellom makt og kunnskap i møtet mellom pasient og sykepleier. I denne sammenheng er fokuset rettet mot hvilke kliniske uttrykk dette kunnskapsmessige grunnlaget kan gi. Anerkjennelsen av forholdet mellom makt og kunnskap fremstår med tydelighet i Delstudie II.<sup>255</sup> Falk (1996) peker på at aksentueringen av forholdet mellom ekspertkunnskap og erfaringskunnskap tydeliggjør og utfordrer forholdet mellom makt og kunnskap i omsorgsrelasjonen på tre områder: forstått som instruktiv, som assimilert eller som frigjørende. Forfatteren peker på at erkjennelsen av forholdet mellom makt og kunnskap i omsorgsrelasjonen i seg selv er svært problematisk for mange sykepleiere.<sup>256</sup> Fokuseringen av den erfaringsbaserte kunnskapen kan utfordre og forskyve omsorgsutøvelsen fra å være instruktiv til å fremstå som frigjørende. Legitimeringen av erfaringen tydeliggjør den andre og dennes kunnskaper, og fokuset forskyves fra patologi til mestring. Ekspertkunnskap vektlegger og springer ut fra erfaringer som pasient og sykepleier gjør og har gjort i praksis. Rekonstruksjonen av forholdet mellom makt og kunnskap muliggjør også en rekonstruksjon av omsorgsrelasjonen. Begrepet "omsorgsrelasjonens kraft" innebærer en språklig og empirisk vending fra kunnskap og makt *over* til kunnskap og makt *med*.<sup>257</sup>

---

<sup>253</sup> Se kap. 6.2.1 Bevissthet om omsorgens tvetydighet.

<sup>254</sup> Se kap. 6.2.2 Omsorgsrelasjonens kraft.

<sup>255</sup> Se kap. 6.2.1 Bevissthet om omsorgens tvetydighet.

<sup>256</sup> Se kap. 6.2.2 Omsorgsrelasjonens kraft, som viser til de ansattes refleksjoner over omsorgsrelasjonens muligheter.

<sup>257</sup> Se kap. 6.2.2 Omsorgsrelasjonens kraft.



Hvis en sykepleier ønsker å ha en slik holdning i møtet med en pasient, innebærer det at hun må stille seg åpen for, og arbeide med, sin egen forståelse og sine egne handlinger. Refleksjoner omkring seg selv som fagperson og vedkommendes tilstedeværelse i relasjonen er sentrale. Hva er det som gjør at hun ser og hører det pasienten sier og det han gjør, akkurat slik? Hva er det som styrer hennes faglige valg, vurderinger og tiltak? Det å arbeide systematisk med selvrefleksive spørsmål kan danne grunnlag for en holdning og en væremåte hos sykepleieren som kan skape tilgang til pasientens verden. Dette innebærer at sykepleieren må stille seg åpen for pasientens verden på en annen måte enn å være opptatt av symptomer og diagnostiske kriterier og kategorier. Hvis hun vil forstå pasientens verden, kan hun ikke betrakte den fra utsiden, men hun må søke inn i pasientens verden ved å åpne opp for hennes eller hans subjektive erfaringer og opplevelser.<sup>258</sup>

Forsøket på å møte pasientperspektivet og erkjenne den erfaringsbaserte pasientkunnskapen vil kunne gi nye dimensjoner til kunnskapingen i psykiatrisk sykepleie. Funn fra Delstudie II<sup>259</sup> viser at fagkunnskap må forstås som både teoretisk og erfaringsbasert, og at disse to kunnskapsformene oppleves som forskjellige. Den erfaringsbaserte fagkunnskapen utvikles over tid i praksis, i møter med pasienter, deres stemningslidelse og de uttrykk den gir. Sentralt i denne sammenheng er relasjonen mellom den erfaringsbaserte pasientkunnskapen og den erfaringsbaserte fagkunnskapen. Funn i Delstudie II<sup>260</sup> tyder på at det er stor grad av sammenfall mellom pasientenes og personalets opplevelser og erfaringer med hensyn til mani som fenomen og lidelse. Den erfaringsbaserte fagkunnskapen bidrar til å fremheve *det personlige og individuelle* i møtet, i manien og hos pasienten.

Et møte aktualiserer sykepleier og pasient som likeverdige deltakere, noe som forutsetter en gjensidig lydhørhet og bekreftelse. Selve hjelpearbeidet skal utfolde seg gjennom at pasienten får utnyttet sitt potensial på egne premisser.

---

<sup>258</sup> En slik komplementær holdning vil inkludere både det omsorgsfulle og det kliniske blikket. Det omsorgsfulle søker innlevelse og medlevende forståelse for personens lidelse og situasjon. Det kliniske søker symptomer hos pasienten og som diagnostisk kan begrepsfeste en psykisk sykdom.

<sup>259</sup> Se kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

<sup>260</sup> Se kap. 6.1 Forståelse av mani som fenomen og lidelse.

Utgangspunktet er hvordan situasjonen oppleves fra pasientens synspunkt. Pasientens erfaringsbaserte kunnskap er å forstå som likeverdig med fagkunnskapen, og pasienten er den som skal ha størst plass. Pasientens erfaringskunnskap representerer både en synliggjøring av innenfra-perspektivet og en selvstendig kilde til kunnskap. Hvordan oppleves den maniske lidelsen, hva hjelper og lindrer den, hvordan preger den hverdagen? Hvilken form for hjelp opplever personen å trenge?<sup>261</sup>

Møtet i den akuttpsykiatriske kulturen er preget av kontraster, motsetninger og dilemmaer, som avspeiler kulturens mangfold. Både pasienters og personalets opplevelser av den kultur og omsorg som ytes, er preget av sterkt motsetningsfylte beskrivelser. Lindström (1995) benytter begrepet "motsatsernas dialektik" for å beskrive pasientopplevelser fra flere psykiatriske omsorgskulturer (6 poster). Söderlund (1998) stiller opp ytterpunktene "humanisering och värdighet" og "avhumanisering och lidande". Mellom disse to posisjonene finnes en gråsoner som beskrives av pasientene som enten akseptabel eller ikke-akseptabel omsorg. Denne studien bekrefter nevnte funn og viser hvordan den akuttpsykiatriske kulturen beveger seg mellom humanistiske idealer og praktiske realiteter. Et vesentlig trekk ved disse posisjonene er bruken av tvang og ufrivillig behandling av pasienter med en manisk lidelse. Avgjørende er hvordan bruken av tvang og tvangsmidler i samarbeidet kan ivareta pasientens egne mestringserfaringer ved å ivareta og respektere det unike ved personen og dennes verdighet.<sup>262</sup>

Ytterpunktene i opplevelsen av møtet med den akuttpsykiatriske kulturen omtales som enten et fristed som gir beskyttelse og trygghet, eller et sted der man straffes og utsettes for krenkelser og overgrep.<sup>263</sup> I den første kategorien skjermes og ivaretas personen og lidelsen i kraft av det menneskelige livsbruset. I den andre gruppen generaliseres, kategoriseres og stigmatiseres pasienten, og det medmenneskelig livsbruset begrenses og disiplineres. Mellom disse to ytterpunktene finnes det et mangfold av individuelle og relasjonelle erfaringer. Både pasienter og personale beskriver motsetningsfylte og ambivalente opplevelser ved den akuttpsykiatriske kulturen. Dette kan gi seg utslag ved at

---

<sup>261</sup> Se kap. 5.3.3 Lindrende og manglende omsorg.

<sup>262</sup> Se kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient og kap. 6.2 Konsekvenser for klinisk praksis.

<sup>263</sup> Se kap. 6.2.1 Bevissthet om omsorgens tvetydighet og kap. 6.2.2 Omsorgsrelasjonens kraft.

noen personer og relasjoner kan oppleves som trygge, ivaretagende og menneskelige, mens andre ikke oppleves slik. Både pasienter og personalet fremholder betydningen av "kjemien" i relasjonen – den relasjonelle samstemmigheten må kunne bevege seg i begge retninger. Den relasjonelle og følelsesmessige samstemmigheten kan beskrives som det som redder helheten i opplevelsen av den akuttpsykiatriske kulturen. En innleggelse kan være krenkende og nedverdiggende samtidig som pasienten kan møte en sykepleier som selv håper og slik formidler entusiasme og mot til mestring og forandring.<sup>264</sup>

### *Relasjonen*

Vektleggingen av den erfaringsbaserte pasientkunnskapen gir grunnlag for en rekonstruksjon av relasjonen mellom sykepleier og pasient i psykiatrisk sykepleie. Funn fra Delstudie II viser hvordan personalets kunnskap og bevissthet om omsorgens tvetydighet og omsorgsrelasjonens kraft utvikles og endres gjennom møtet med pasienterfaringer.<sup>265</sup> Den erfaringsbaserte pasient- og fagkunnskapen åpner for å fokusere og erfare relasjonen og dens mulighetsbetingelser på en ny og annen måte. Erkjennelsen og anerkjennelsen av omsorgens tvetydighet kan illustrere dette resonnementet. Funnene viser til hvordan pasientens erfaringer med manglende opplevelse av integritet, respekt og tillit, inviterer personalet til å revitalisere disse begrepene praksiser i omsorgsrelasjonen. Bevisstheten om å kunne komme til å krenke den andre inviterer til undring og varsomhet. Samtidig gir denne bevisstheten muligheter for å praktisere omsorgsrelasjonen slik at den skal kunne erfares som tillitsskapende og integritetsbeskyttende.

Funn fra både Delstudie I og II<sup>266</sup> fremhever betydningen av det å se og av det å bli sett i relasjoner. De tidligere pasientene har erfart hvordan sykepleiere gjennom sine handlinger og væremåter har formidlet en klar omsorg og interesse for dem som person og menneske. De har opplevd dette som tegn på forståelse og sympati og at de ble respektert, ivaretatt og bekreftet som den de var. I slike relasjonelle møter opplever de tidligere pasientene en genuin varme, interesse og oppmerksomhet fra sykepleieren. Denne arbeider med å forstå pasienten, dennes liv, problemer og hverdag. Et sentralt element i dette arbeidet er at sykepleieren

---

<sup>264</sup> Se kap. 5.3.3 Lindrende og manglende omsorg.

<sup>265</sup> Se kap. 6.2.1 Bevissthet om omsorgens tvetydighet og kap. 6.2.2 Omsorgsrelasjonens kraft.

<sup>266</sup> Se kap. 5.3.3 Lindrende og manglende omsorg, kap. 5.3.4 Etterbehandlingen og kap. 6.2.2

evner å formidle noe av sin egen livserfaring med tangeringspunkter i pasientens levde problemer. Flere tidligere pasienter forteller om avgjørende relasjonelle erfaringer med sykepleiere, der møtet omkring livserfaringer har opphevet posisjonene pasient og hjelper, og der det menneskelige møtet har formidlet håp, entusiasme og engasjement omkring forandring. De tidligere pasientene fremholder hvordan lindrende relasjoner må innebære væremåter der personen blir sett, bekreftet og anerkjent. I motsatt fall oppleves relasjonen som uttrykk for mangelfull omsorg og som en ytterligere lidelse.

Gjennom funnene i temaområdene Omsorgsrelasjonens kraft og Faglig medmenneskelighet beskriver personalet sine relasjonelle erfaringer med møter og samarbeid med pasienter.<sup>267</sup> Erfaringene er i svært mange tilfeller identiske med de tidligere pasientenes, hva angår både relasjonens innhold og væremåter. Sykepleierne peker på begrepene innlevelse, respekt, tillit, tilstedeværelse og lytting som sentrale praksiser i relasjonen. I den grad relasjonen utvikler disse praksisene, kan det gi håp, vekst, forsoning og lindring. Personalet har i slike relasjoner erfart at skillet mellom fag og person, personlig og privat utfordres - og tidvis oppheves - gjennom en gjensidig følelsesmessig berøring og gjenkjennelse av livsproblemer og livserfaringer.

Disse opplevelsene utfordrer sykepleiernes *teoretiske* forståelse av profesjonalitet og den terapeutiske relasjonen, der grenser og avstand til pasienten som person og dennes livsproblemer ofte blir fremholdt som sentralt. Personalet erfarer at tidvis opphevelse og endring av grenser danner basis for å utøve personlig faglighet. Samtidig utfordres det faglige kollektivets krav om enhet og felles holdninger og de ulike yrkesgruppens selvforståelse. Noen sykepleiere har også erfart "grensemøter".<sup>268</sup> Det er møter som har utfordret forholdet mellom følelsesmessig nærhet og avstand, og hvordan forholdet mellom det personlige og det private seinere kan gi grunnlag for pasientutsagn i det offentlige rommet. Disse utsagnene kan av noen sykepleiere oppleves som nedsettende og krenkende.<sup>269</sup>

---

Omsorgsrelasjonens kraft.

<sup>267</sup> Se kap. 6.2.2 Omsorgsrelasjonens kraft og kap. 6.2.3 Faglig medmenneskelighet.

<sup>268</sup> Seikkulla (2000) diskuterer viktigheten av å etablere og arbeide i grensemøter for kunne dialogisere med personer som erfarer psykose.

<sup>269</sup> Se kap. 6.2.3 Faglig medmenneskelighet.

Jeg vil peke på begrepene anerkjennelse og dømmekraft som mulige innfallsvinkler i den videre utforskningen og konkretiseringen av relasjonen mellom pasient og sykepleier. Relasjon kan ifølge Wifstad (1997) forstås som en grunnleggende forutsetning i alt hjelpearbeid. Haugsgjerd (1990) fremholder at all behandling er basert på relasjoner; både pasientens relasjoner og den gjensidige relasjonen mellom pasient og terapeut. Begge områder av relasjonelle erfaringer bør utforskes og erfares. Haugsgjerd fremholder også konteksten for den terapeutiske relasjonen som avgjørende både for å forstå relasjonen og for det terapeutiske samarbeidet.

Ifølge Norsk synonymordbok (1984) er begrepene anerkjennelse og bekreftelse analoge. Lindström (1997) diskuterer bekreftelse i relasjon til psykiatrisk sykepleie og fremholder at opplevelsen av ikke å bli bekreftet innebærer en lidelse. Dette fordi bekreftelse innebærer i kjærlighet å svare på det et annet menneske lengter etter, det vedkommende ville være og er. Lindström beskriver det meget poetisk: "Detta innebærer att låta den andras toner sakta ljuda till en melodi och väcka en resonans så att samklingande vibration kan växa fram" (s. 65). Når man bekrefter, berører man den andre i en dyp mening. Det å berøre den andre innebærer å berøre seg selv eller å ha muligheten eller åpenheten til å la seg berøre. Man utviser en grunnleggende tillit til den andre i det øyeblikket man lar seg berøre følelsesmessig. Denne tilliten uttrykker et fellesskap og oppfordrer til gjensidig lydhørhet og forsiktighet overfor det medmenneskelige. Steinholtz Ekecrantz (1995) fremholder: "Patienter ropar alltså på att bli sedda, lyssnade på och tagna på allvar. Att bli sedd är att få mänskligt värde" (s. 114).

En innvending mot anerkjennelsesbegrepet i terapeutisk arbeid er at det i for liten grad problematiserer hvor vanskelig det kan være å praktisere fordi begrepet først og fremst er filosofisk og teoretisk avledet (Bae og Waastad, 1992). Denne innvendingen kan også ses i lys av funn i Delstudie I.<sup>270</sup> Her beskriver noen intervjupersoner sine opplevelser av møter med psykiatriske sykepleiere som teoretiske – uten livserfaring og uten innlevelse og forståelse for den andre. Disse opplevelsene kan forstås i lys av anerkjennelse forstått som dialektisk og gjensidig. Å praktisere anerkjennelse innebærer blant annet å komme nær sin egen

---

<sup>270</sup> Se kap. 5.3.3 Lindrende og manglende omsorg og kap. 5.3.4 Etterbehandlingen.

opplevelsesverden ved å bli minnet om egen sorg, savn, fortvilelse, skamfullhet eller ensomhet. I møtet med en pasient finner ofte disse følelsene sine uttrykk i relasjonen. For å kunne gi og motta anerkjennelse må sykepleieren tørre å komme nær slike opplevelser både hos pasienten og seg selv. Nærhet til smertefulle opplevelser krever åpenhet både utover og innover; å lytte og ta imot både den andres og sin egen opplevelsesverden. Det krever følelsesmessig mot og modenhet for å kunne variere mellom nærhet og avstand. I noen tilfeller kan dette blir for krevende og angstskapende, og for å kunne gjenvinne kontroll over egen følelser og situasjonen fordres tillukking og rigide grenser. I et slikt perspektiv kan væremåter fremstå som distanserte og uten innlevelse, men også som uttrykk for menneskelige mestringsstrategier.

Martinsen (1989) viser hvordan omsorg er et relasjonelt begrep, og fremholder at omsorgsarbeid er et uttrykk for generalisert gjensidighet. Arbeidet bestemmes ut fra mottakerens situasjon. En slik situasjonsforståelse krever innsikt i menneskers livssituasjon og i hva som er menneskelige muligheter og begrensninger i situasjonen. Martinsen fremholder at regler for handling innebærer å tenke bort det unike og spesielle ved situasjonen. Det innebærer å dømme ut fra distanse til den erfarte virkelighet. Det er å uttale seg om situasjonen uten å være forpliktet av de menneskelige konsekvensene av handlingen. Forfatteren hevder at regelstyrt atferd blir begrenset og rigid, og den fjerner nødvendigheten av refleksjon.

Dette resonnementet kan bidra til å kaste lys over funn fra Delstudie II<sup>271</sup> på to områder. For det første ved at sykepleierne omtaler hvordan utviklingen av deres egen erfaringsbaserte kunnskap styrker muligheten for å kunne utøve situasjonsbestemt psykiatrisk sykepleie. For det andre hvordan de erfarer dilemmaet mellom krav til regler og rutiner og fokuset på det situasjons- og relasjonsbestemte. Til det første beskriver flere sykepleiere hvordan erfaringen har tydeliggjort og bevisstgjort den teoretiske kunnskapens muligheter og begrensninger. Det å erfare samarbeidet med ulike pasienter har muliggjort en person- og situasjonsorientert praksis. Sykepleierne har erfart at det konkrete arbeidet stiller krav om en individualisert og spesifikk tilnærming. Samtidig settes

---

<sup>271</sup> Se kap. 6.2.1 Bevissthet om omsorgens tvetydighet, kap. 6.2.2 Omsorgsrelasjonens kraft og

denne refleksjonen over den erfaringsbaserte fagkunnskapen i relasjon til kravene om regler og rutiner i behandlingsarbeidet. Den konkrete og situasjonsorienterte praksisen utfordrer både begrunnelsen for og selve utformingen av regler og rutiner. Når man skal ha fokus på situasjon og person, kan det oppleves svært motsetningsfylt å handle med begrunnelser som ligger utenfor både situasjon og relasjon. Dette dilemmaet erfares sterkere jo lenger sykepleierne har arbeidet ved Akuttposten.<sup>272</sup>

De ovennevnte funn kan forstås som prinsipper for handling, slik Martinsen (1989) omtaler det. Prinsippene med vekt på relasjon og situasjon inviterer til refleksjon over sine handlinger: Hvordan vil den virke inn på den andre, og hvilke konsekvenser kan handlingen få? Refleksjonen innbyr sykepleieren til å forsøke å innta pasientens perspektiv og til å forstå den mulige handlingen på dette grunnlaget.<sup>273</sup> Ifølge Martinsen innebærer prinsipp forstått på en slik måte, en vurdering for handling. Sykepleieren gjør et skjønn og en vurdering i den konkrete situasjonen. Med basis i den konkrete situasjonen tydeliggjøres også situasjonens ulike dilemmaer.<sup>98</sup> Det å handle konkret er å legge vekt på det unike ved situasjonen samtidig som man kan overføre overveielser fra én situasjon til en annen. Martinsen argumenterer for at enhver situasjon er unik, men inneholder også typiske trekk. Dette innebærer at vi kan foreta moralske refleksjoner om den konkrete situasjonen ut fra prinsipper.<sup>274</sup>

### *Samtalen*

Funn fra begge delstudiene fokuserer på samtalen, på dens plass og betydning i psykiatrisk sykepleie. Jeg vil diskutere samtalen forstått som dialogen i samarbeidet mellom pasient og sykepleier. Steinholtz Ekecrantz (1995) skriver at dialogbegrepet peker mer mot innholdets art enn mot dets kvalitet. De som inngår i en dialog, omgis av en felles romslig horisont der deltakerne definerer hverandre gjennom å lytte og snakke. Det som sies, er en del av interaksjonen i den sosiale kontekst der samtalen finner sted. Implisitt reflekterer deltakerne over egne og den andres reaksjoner på det som sies. Innholdet i samtalen er ikke

---

kap. 6.2.5 Rutiner.

<sup>272</sup> Det er interessant å se disse erfaringene i lys av Benners (1984) resonnement om en kompetansesstige for utvikling av klinisk ferdighetslæring i sykepleie.

<sup>273</sup> Se kap. 6.2.1 Bevissthet om omsorgens tvetydighet, der slike erfaringer beskrives.

gitt, men skapes i samhandlingsprosessen. Martinsen (2002) viser til at samtalen har med tålmodighet og langsomhet å gjøre; å høre etter, å være oppmerksom, å la den andre komme til orde, å møte den andres svar med forsiktige spørsmål og å våge å spørre om det man ikke forstår. Når de tidligere pasientene beskriver en utilfredsstillende samtalsituasjon, velger de ord som beskriver en enveiskommunikasjon: "teoretisk", "snakker over hodet" og "kommanderer". Pasienten opplever seg plassert i en underordnet posisjon, og passiviseres til å ta imot informasjon og oppfordringer til å utføre handlinger. Tilsvarende oppleves en god samtale som preget av likeverdighet og gjensidig delaktighet: "noen lyttet", "vi delte livserfaringer" og "snakker om oss selv".<sup>275</sup>

Lindström (1997) hevder at for å kunne forstå må man ofte kunne leve med det å ikke forstå hvordan et annet menneske opplever sin virkelighet. Det å makte å stå i det uforstående kan muliggjøre en forståelse i dypere mening. Evnen til å kunne ta imot andres opplevelser, utforske og reflektere omkring disse kan bidra til at den andre opplever en helhet av delene og derved oppnår en dypere følelsesmessig erkjennelse og mening. Lindström fremholder at det krever en ekte og autentisk tilstedeværelse fra sykepleieren i samtalen for å kunne realisere dette. En slik autentisk tilstedeværelse gjør det mulig for pasienten å hjelpe sykepleieren til å forstå. Tilstedeværelsen og dens autenticitet skaper akseptasjon for alle mulige følelser, og bidrar til at pasienten kan oppleve et vendepunkt.

Funn fra Delstudie I peker mot de samme konklusjoner som er beskrevet av Hedelin og Strandmark (2001a). Flere av de tidligere pasientene uttrykker sin opplevelse av å bli respektert og verdsatt gjennom å kunne fortelle sin historie usensurert. Samtidig erfarer flere at det er første gangen at de har hatt anledning til å fortelle, og at en annen lytter. Et annet vesentlig aspekt er at flere av deltakerne i samtalsituasjonen (dvs. intervjuet) stopper opp og reflekterer over selve samtalen og over det de selv uttrykker. Samtalen gjør det også mulig for intervjupersonen å lytte til sin egen historie og det den forteller vedkommende. Dette siste aspektet kan bidra til å kaste lys over Seikkulas (2000) begrep om dialogisk dialog. I en dialogisk dialog søker man å skape en felles forståelse og en felles mening ved at dialogen skaper betingelser for at deltakerne kan lytte både til den andre og til seg selv ved å snakke til den andre og derved også til seg selv. Ved å lytte til sin egen

---

<sup>274</sup> Se kap. 6.2.1 Bevissthet om omsorgens tvetydighet og kap. 6.2.2 Omsorgsrelasjonens kraft.



artikulering av en historie muliggjøres en opplevelse av økt innsikt og sammenheng. Flere av deltakerne i Delstudie I forteller at de er opptatt av at deres erfaringer skal kunne brukes til forskning, som kan forbedre praksis i psykiatrisk sykepleie. Gitt at deres bidrag kan føre til endring, kan også deres egen lidelse ha mening i et større perspektiv.

### *Samtalens form*

Samtalens plass og betydning i møtet og i samarbeidet mellom sykepleier og pasient er sentrale funn i de to delstudiene.<sup>276</sup> Dette gjelder både forventninger til samarbeidet og fra de konkrete erfaringer som deltakerne har gjort i ulike samarbeidsrelasjoner. Samtalen som metafor og idé – ”å tømme seg” – gir ofte et svært presist meningsuttrykk for det som skal skje eller det som har skjedd i samarbeidsrelasjonen.<sup>277</sup> Mange av de tidligere pasientene bruker uttrykk som ”å tømme seg for vonde ting”, og hevder at dette er nødvendig for å komme videre i sine liv. De fleste av personalet omtaler samtalen som kanskje det vesentligste hjelpemiddelet i psykiatrisk sykepleie. Det er samtalen som muliggjør et ekte møte med pasienten, og som derved kan bidra til at ærlighet og tillit etableres i relasjonen.

Disse erfaringene er i tråd med den teoretiske forståelsen og vektleggingen av dialogen i det terapeutiske arbeidet som jeg tidligere har presentert.<sup>278</sup> Samtalen mellom pasient og sykepleier fremholdes her som grunnlaget for utvikling av forståelse og terapeutisk samarbeid. Samtalen igangsetter en felles leting etter forståelse og utforskning av ”livsproblemer”. Dialogen er likeverdig i den forstand at sykepleier og pasient snakker *med* hverandre, ikke *til* hverandre. Sykepleierens ekspertise skal bidra til et fritt samtalerom, der nye perspektiver og forståelser er det sentrale målet. Interessant i dette perspektivet er to erfaringer fra Delstudie I.<sup>279</sup> Her peker noen av intervjupersonene på at de ikke har behov for samtale, men trenger ro og hvile, og at de tidvis opplever et press på ”å skulle snakke”. Den andre erfaringen knytter seg til de av intervjupersonene som gjerne vil samtale, men opplever at de ikke får anledning til dette.

---

<sup>275</sup> Se kap. 5.3.3 Lindrende og manglende omsorg.

<sup>276</sup> Se kap. 5.3.1 Beskyttelse, kap. 5.3.3 Lindrende og manglende omsorg, kap. 6.2.3 Faglig medmenneskelighet og kap. 6.2.4 Samtalen.

<sup>277</sup> Se kap. 5.3.3 Lindrende og manglende omsorg og kap. 6.2.4 Samtalen.

<sup>278</sup> Se kap. 3.6 Tidligere forskning i psykiatrisk sykepleie på stemningslidelser i et humanvitenskapelig perspektiv.

<sup>279</sup> Se kap. 5.3.3 Lindrende og manglende omsorg.

Opplevelsen av et press om å snakke kan ses i lys av Foucaults (1995) begrep "trangen til bekjennelse". Begrepet søker å fastholde relasjonen mellom kunnskap og makt i den betydning at bekjennelsestrangen uttrykker diskursivt bestemte strategier og regler for (sam)talepraksiser. Det er en maktform som er virksom i sosiale fellesskap på mange nivåer. I denne sammenheng kan trangen til bekjennelse forstås som utøvelse av kunnskapsmakt, som psykiatrisk sykepleie innehar. Ønsket om at alle skal samtale, formidler både *kunnskap* om samtaleens betydning og *makt* i betydningen av at alle bør ta imot tilbudet. I motsatt fall kan pasienten bli omtalt som lite tilgjengelig, eller som en som motsetter seg tilbudet om behandling. Ifølge Foucault rommer forholdet mellom kunnskap og makt også en produktiv bevegelse. Slik kan intervjupersonenes ønske om ro og hvile, og ikke primært om samtale, forstås som en motstand mot den diskursive kunnskapsmakten. Motstanden uttrykker den erfaringsbaserte kunnskapen forstått som det den enkelte selv opplever hjelper og lindrer. Enkelte av personalet fremholder sine erfaringer med betydningen av det stille nærværet og respekten for at ikke alle pasienter ønsker å samtale.<sup>280</sup>

Opplevelsen av ikke å bli møtt eller ikke å få anledning til å samtale for de som ønsker det, kan ses i lys av to forhold. Det første kan betraktes i lys av funn fra studien til Hummelvoll og Røsset (1999). Studien viser hvordan Akuttposten møter kravet til behandlingseffektivitet gjennom å opprettholde høy pasientsirkulasjon. Behandlingen måles i antall pasienter og ikke i hva man har oppnådd rent behandlingsmessig. Dette strider mot sykepleiernes faglige verdier og en empatisk forstått oppfatning av hva god behandling bør kjennetegnes av. Sentralt står møtet med pasienten og samtalen om dennes problemer. Sykepleierne opplever at tidsbegrensningen tenderer mot å forsegle sykdomsopplevelsen mer enn å gi pasienten muligheter til integrere den. Med forsegling menes å styrke pasientens forsvar mot innsikt og å la ham samle krefter til å fortsette livet som før krisen eller sykdomsopplevelsen inntrådte. Integrering går på konfliktbearbeidning, økt selvinnsikt og problemløsning. Kravet om minimal bruk

---

<sup>280</sup> Se kap. 6.2.4 Samtalen.

av tid og om høy effektivitet gjør at sykepleierne er meget reserverte og forsiktige med hva som tematiseres i samtaler med pasienter.<sup>281</sup>

Det andre forholdet kan forstås i lys av samtalen form forstått som et forum for terapeutisk undring (Løvlie Schibbye, 1999). I dette begrepet ligger det en forutsetning om at sykepleieren tåler uklarhet, manglende oversikt og våger å stole på egne følelser og intuisjon. Målet er ikke å trekke konklusjoner, å finne sannheter eller den *friske* pasient. De tidligere pasientenes opplevelser av ikke å bli møtt i samtalen kan være basert på at sykepleieren ikke evner å innta den ovennevnte posisjon. Funn fra Delstudie II kan tyde på det.<sup>282</sup> Her fremholder sykepleierne sine erfaringer med å samtale. Deres erfaring er at det er en kunst å kunne samtale med mennesker som er i en manisk fase. Det gjelder både å kunne treffes følelsesmessig og stemningsmessig og å kunne være ærlige og oppriktige i forhold til hverandre. Flere sykepleiere fremholder at samtalen kunst er noe som utvikles gjennom erfaring over tid. Møter med ulike pasienter har bidratt til at sykepleieren kan bruke og kan stole på egen intuisjon og egne følelser i samtalsituasjonen.

#### *Samtalens innhold*

I Hummelvoll og Røssets (1999) studie fant man en terapeutisk overflatiskhet som gav seg uttrykk i en forsegling og ikke i en integrering av sykdomsopplevelser. Funn fra Delstudie I og II peker i samme retning, samtidig som de bidrar til å nyansere bildet.<sup>283</sup> Flere av intervjupersonene har under innleggelse opplevd samtaler hvis innhold ikke har ivarettat de temaer som opptar dem. Noen har imidlertid erfart det motsatte, og de føler seg imøtekommet. Begge typer erfaringer peker på samtalen innhold som sentral for ulik opplevelse. De som føler seg imøtekommet, omtaler de samme fenomenene som de som føler savn, men med en annen valør. Sentralt står opplevelsen av å føle seg tatt på alvor, både som person og i relasjon til de temaer de ønsker å samtale om. Samtalens fokus er rettet mot pasienten og det vedkommende ønsker å snakke om. En slik samtale kan innholdsmessig bevege seg fra hverdagslige spørsmål til opplevelsen av psykisk smerte.

---

<sup>281</sup> Se kap. 6.2.4 Samtalen og kap. 6.2.5 Rutiner.

<sup>282</sup> Se kap. 6.2.4 Samtalen og kap. 6.2.5 Rutiner.

<sup>283</sup> Se kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient.

Barker et al (1997) fremhever betydningen av å ta folk på alvor i samtalen i psykiatrisk sykepleie.<sup>284</sup> Dette innebærer å ta utgangspunkt i deres fortellinger og derved rette oppmerksomheten mot de konkrete, fenomennære erfaringene. Ifølge forfatterne er dette å vise en menneskelig respons på menneskelige problemer. Dette resonnementet understrekes av et hovedfunn både i Delstudie I og i Delstudie II: det medmenneskelige.<sup>285</sup> Enkelte pasienter forteller om et dypt savn av at også sykepleierne skal vise seg som medmennesker gjennom å dele sine egne livserfaringer. Andre forteller om hvilke overskridende og avgjørende opplevelser de har hatt når dette har skjedd. Tilsvarende beskriver sykepleiere hvordan samtalen kan danne basis for faglig medmenneskelighet.<sup>286</sup>

Slike samtaler karakteriseres av at de beveger seg dynamisk mellom fag og person, det personlige og det private. Det er samtaler der sykepleieren opplever en gjensidighet og en følelsesmessig berøring og gjenkjennelse i de temaer det snakkes om. Berøringspunktene i samtalen handler både om å komme den andre personen i møte og å dele noen av livets erfaringer. Samtidig fremhever flere sykepleiere at slike samtaler kan oppleves ytterst kompliserte nettopp fordi man ved å dele menneskelige temaer kommer nærmest hverandre både som pasient og sykepleier, og som menneske og menneske. En sykepleier uttrykker det svært treffende:

*Det er jo en kunst. De gangene jeg har kommet nærmest pasienter, det er de gangene som jeg har vært litt sårbar overfor dem, og når jeg har innrømmet at dette her er slett ikke noe enkelt. Dette her kjenner jeg meg igjen i. Da opplever i hvert fall jeg at det er noe som fenger, det er noe som åpner.*

#### *Livsbruset*

**M**etaforen om "Det mellommenneskelige livsbruset" søker å fange en helhetlig forståelse av møtet med en person som opplever mani og de konsekvenser dette kan få for organiseringen og innholdet i omsorgsarbeidet i en akuttavdeling. Tolkingsgrunnlaget er basert i den erfaringsbaserte pasientkunnskapen ved at opplevelsen av mani representerer tegn på egen vitalitet og livsgnist. Det er i den maniske fasen at personen kjenner seg selv til stede i eget liv og har sterke opplevelser av tegn på liv, bevegelse og kraft. For noen

---

<sup>284</sup> Se kap. 5.3 Opplevelser som innlagt pasient.

<sup>285</sup> Se kap. 7.1.2 Menneskelige brytninger: vitalitet og tomhet og kap. 7.2.4 Faglighet og medmenneskelighet.

<sup>286</sup> Se kap. 6.2.3 Faglig medmenneskelighet og kap. 6.2.4 Samtalen.

personer kan livsbruset bli for sterkt. Dette kan gi seg utslag i en eksistensiell og konkret opplevelse av angst og smerte som kan bidra til sosial isolasjon og redsel for mellommenneskelig kontakt. En slik tolkning rommer spennet i forståelsen av livsbruset som metafor; på den ene siden opplevelsen av maksimert livsgnist, vitalitet og menneskelig styrke. På den andre siden personer som opplever livsbruset som en overtenning hvor angsten for livet og dets smertelige innhold blir det fremtredende. En slik tolkning åpner for å forstå mani som en tematisering og tydeliggjøring av opplevelser av eget liv og egne livstemaer. Uttrykkene og opplevelsene av livsbruset viser seg sterkere og tydeligere i en manisk fase enn ellers, men livstemaene er de samme.

På samme tid er livsbruset mellommenneskelig i den forstand at det spilles ut og oppleves i relasjon til andre mennesker. Når livsbruset spilles ut i all sin vitalitet, kraft og bevegelse, reagerer personenes omgivelser oftest med sanksjoner i form av tvangsinnleggelse. Livsbrusets uttrykk har få muligheter til å kunne leves ut og tolereres i det offentlige rom. Det blir oftest akuttpsykiatriens oppgave å dempe livsbruset gjennom primært skjerming og medikasjon. Personen opplever seg krenket og sin vitalitet undertrykket. Opplevelsene gir åpenbare konsekvenser for samarbeidet med fagpersoner i form av fortsatt kamp, grunnleggende mistillit og tap av verdighet.

Opplevelsen av livsbruset som primært angstskapende utfordrer det grunnleggende personens relasjoner til livet og til andre mennesker. Angsten fremkaller en grunnleggende mistillit til andre personer samt et ønske om å forsvare seg mot disse. Den sosiale tilbaketrekkingen og isolasjonen samt forsvaret av denne blir ytterligere angstskapende og truende mot tilstedeværelsen i eget liv. Opplevelser av lidelse, tomhet, melankoli og trishet fremstår som dominante følelsesmessige erfaringer som er livsbrusets motstykker. Den sosiale isolasjonen fremtvinger oftest tvangsinnleggelse. Personene opplever oftest å bli omsorgsfullt ivaretatt og behandlet med respekt og integritetsbeskyttelse i den akuttpsykiatriske konteksten. Livsbruset oppleves ikke kuet, men samlet i uttrykk som kan rommes i mellommenneskelige relasjoner.

Den helhetlige forståelsen av "Det mellommenneskelige livsbruset" utfordrer organiseringen og innholdet i en akuttpsykiatrisk post. Tolkningen peker mot tallrike nyanser og tvetydige opplevelser av forholdet mellom mani og livsbrus, og hvorvidt metaforen livsbruset i for stor grad underkommuniserer

lidelsesaspektet ved mani. Særlig kan dette gjelde mani forstått som sykdomslidelse. Sykdomslidelsen kan gi seg uttrykk både gjennom selve opplevelsen av livsbruset og ved at livsbruset dempes. Tvetydigheten fremstår ved at opplevelser av lidelse, tomhet, melankoli og tristhet kan være tilstede på samme tid som lyst, vitalitet og opplevelse av et sterkt livsbrus før brytningen. Kunstneren Rados Dedic illustrerer tvetydigheten slik:

*Mani kan være en drømmesykdom for kunstnere. Jeg har det neste bilde eller skulptur i hodet mens jeg arbeider med noe annet. Idène strømmer på. Som manisk går du fra de høyeste topper til den dypeste bunn – spenner over hele følelsesregisteret. Hadde jeg bare sluppet alt helvete med de smertefulle anfallene... (Rådet for Psykisk helse, 1998).*

Tvetydigheten peker også mot den mellommenneskelige dimensjonen ved livsbruset; det "bruser" også for andre. Man blir trukket inn i livsbrusets "kraftfelt". Fagpersonene tar del i livsbrusets konkrete uttrykk, de gjør inntrykk og skaper refleksjoner over hva livsbruset forteller om personen, hva manien uttrykker og hvordan det kan samarbeides omkring sykdomslidelsen. Livsbrusets tvetydige uttrykk som vitalitet og tomhet avstemmes i fagpersonens eget liv og åpner for følelsesmessige erkjennelser omkring egen livskraft. I det faglige samarbeidet utfordres forståelsen av mani som sykdomslidelse og særlig bruken av ulike tvangstiltak som demper livsbruset. Slike handlinger bidrar til etiske refleksjoner over situasjoner som kan fremstå som overgrep eller krenkelser, og hvordan samarbeidet kan bidra til å redusere eller å endre slike samhandlingssituasjoner. Et slikt utviklingsarbeide handler både om innholdet og organiseringen av det akuttpsykiatriske samarbeidet med personer som opplever mani.

### *Slutninger*

#### Møtet:

Pasientene ønsker å møte en sykepleier som tydelig inviterer til en medmenneskelig og profesjonell relasjon. Et godt møte kjennetegnes av en personorientert tilnærming preget av forståelse, respekt, delaktighet, likeverdighet, integritetsbeskyttelse og verdighet. Fokus i møtet er rettet mot at pasienten blir sett, tatt på alvor og får dele det erfaringsnære og konkrete i den maniske lidelsen og i livet.

#### Relasjonen:

Pasienterfaringene fremhever betydningen av at relasjonen er preget av samarbeid som er basert på pasientens ønsker og behov, og som tåler og utholder det mellommenneskelige livsbruset i manien. Relasjonen baserer seg på mest mulig gjensidig frihet og ansvar i handlinger – og bare unntaksvis bruk av tvang. Samarbeidet er grunnet på trygghet, nærvær og autenticitet. Pasientene ønsker å bli spurt om hva slags hjelp de trenger, og hva de tror kan hjelpe. Den gode relasjonen bistår pasientene til å leve med og mestre den maniske lidelsen. Det forutsetter at sykepleierne fremstår som varme, ærlige, personlige, og at de er villige til å dele av sine livserfaringer når det tjener pasienten. De må kunne formidle håp, ha tid, lytte og være tålmodige.

Samtalen:

Samtalen er avgjørende i samarbeidet med personer som opplever en manisk lidelse. Pasientene ønsker at sykepleieren inviterer til og legger forholdene til rette for samtale. Samtalen danner basis for avlastende, støttende og innsiktsøkende arbeid gjennom å artikulere erfaringsbasert pasientkunnskap. Det som kjennetegner den systematiske og terapeutiske samtalen, er at den i form virker åpnende og forløsende i innhold. Det å samtale i seg selv oppleves som en personlig frigjøring. Livsspørsmål må kunne tematiseres som bidrag til mellommenneskelig engasjement og innlevelse. Den terapeutiske samtalen kjennetegnes dessuten av at den beveger og utforsker grensene mellom det personlige og det private.

Livsbruset:

Det mellommenneskelige livsbruset fanger maniens tvetydige uttrykk som både lyst, vitalitet og sterk livskraft, og på samme tid tomhet, melankoli og tristhet. Livsbruset skaper inntrykk av maniens mange nyanser relatert til sykdomslidelse, livslidelse, pleielidelse og sosial lidelse. Livsbruset er både et tegn på liv og sykdom. Bruset gjør inntrykk på personens familie og venner og utfordrer sosiale relasjoner og situasjoner. I forsøket på å pleie livsbruset varsomt stilles den akuttpsykiatriske hverdagen i et kritisk lys. Både pasienter og fagpersoner erfarer at å dempe livsbruset med tvang kan fremstå som krenkende omsorg og oppleves som overgrep hvis resultatet er tap av livsmot og tanker om suicid. Denne erfaringsbaserte pasientkunnskapen tatt på alvor endrer det faglige grunnlaget for forståelse av mani og hvordan det klinisk kan arbeides med livsbruset i en akuttpsykiatrisk kontekst. Livsbrusets ulike uttrykk påvirker hvordan møtet, relasjonen og samtalen mellom pasient og sykepleier initieres og utvikles. Hvilket terapeutisk

potensiale som det mellommenneskelige livsbruset rommet er utforsket i det akuttpsykiatriske samarbeidet mellom pasient og fagperson.

### **8.5.3 Videre fagutvikling og forskning**

#### *Fagutvikling*

Avhandlingen viser hvordan humanistiske idealer og praksis i psykiatrisk sykepleie er fylt av kontraster og dilemmaer. Dette erfarer både pasienter og personale i den akuttpsykiatriske konteksten i møtet, relasjonen og væremåtene. Funnene peker mot en revitalisering og rekonstruksjon av forholdet mellom humanistiske idealer og praksis. Praksis må gjøres til gjenstand for en systematisk utforsking og utprøving av forståelse, empati og åpenhet i relasjonen og væremåtene mellom pasient og sykepleier. Basis for møtet og relasjon må være pasientenes opplevelser og erfaringer knyttet til lidelsen og mestringen av den.

En rekonstruert humanistisk praksis i psykiatrisk sykepleie må utvikles og erfares systematisk. Resultater fra denne avhandlingen understreker hvordan systematisk refleksjon over møtet mellom erfaringsbasert pasient- og fagkunnskap utfordrer forståelsen av profesjonalitet. Begrepet faglig medmenneskelighet viser til ønsket om å utvikle en ny profesjonalitet, der sykepleieren forstår seg som pasientens engasjerte talsperson gjennom å dele tid, vise tålmodighet og nærværelse i relasjonen – i møtet med krav om behandlingseffektivitet, økt pasientgjennomstrømning og evidensbasert psykiatrisk sykepleie. Sentralt står pasientenes egne erfaringer med hva som lindrer. Den terapeutiske samtalen mellom pasient og sykepleier i en akuttpsykiatrisk kontekst, som systematisk behandling, må utforskes og evalueres. Samtalens frigjørende og åpnende potensial kan uttrykkes ved å tematisere livsspørsmål som engasjerer den medmenneskelige innlevelsen. Det er pasientens erfaringer som danner basis, og sykepleieren må i sin åpenhet fritt kunne bevege seg og utforske grensene mellom det personlige og det faglige.

#### *Forskning*

Videre forskning kan undersøke den pleie og omsorg som utvikles i møtet mellom pasienters og sykepleieres livsverdener basert på myndiggjøring, frigjøring og forståelse. En slik forskningstilgang vil kunne ta form av refleksjon knyttet til begreper som person,



lidelse og relasjon. Bruk av den systematisk samtalen i psykiatrisk sykepleie i en akuttpsykiatrisk kontekst basert på pasientens ønsker og behov i forhold til samtalen innhold, er et annet mulig forskningsområde. Videre kan sykepleierens ulike måter å *utøve* respekt, integritet og verdighet utforskes. En slik praksis vil også fokusere på etiske spørsmål knyttet til hvordan psykiatrisk sykepleie kan ivareta verdighet og beskytte integritet i en akuttpsykiatrisk kontekst.

Et annet forskningsområde er knyttet til fenomenet og lidelsen mani. Resultatene i denne studien viser hvordan pasienter og personale fremholder familiens betydning og dens tvetydighet i relasjon til lidelsen. Det ville være betydningsfullt å undersøke familiemedlemmers opplevelser og erfaringer av lidelsen og dens konsekvenser for familielivet. Videre bør det undersøkes i hvilken grad man kan arbeide i et familie- og nettverksperspektiv med stemningslidelser, både i en akuttpsykiatrisk og i en lokalsamfunnsbasert kontekst. Det siste perspektivet vil utvide fokuset på mani som en sosial lidelse hvor i større grad lokalsamfunnet og den samfunnsmessige livsverden vil danne klangbunn både i forståelsen og i den kliniske tilnærmingen. Det vil være viktig å utforske i hvilken grad den sosiale konteksten bidrar til en stigmatisering eller en akseptasjon av personen som opplever mani. Et siste mulig forskningsområde berører studiet av et kjønnsperspektiv på opplevelser og erfaringer med mani og samarbeidsrelasjonen, sett både fra pasienter og sykepleiere.

Tabell 3 Delstudie I: Mani som fenomen.

Eksempler på utsagn	Innhold	Temaområder
<p>"Jeg hadde full kontroll da jeg var manisk, jeg vil si det."</p> <p>"En er ute av kontroll nå en er manisk. Du har ikke kontroll da."</p> <p>"Det vonde er at du mister kontrollen over deg selv."</p> <p>"Jeg er ikke slik at jeg blir helt ute av kontroll. Det har nok virket som om jeg har hatt kontroll. Da blir den maniske biten både vond og god."</p>	<p><b>Kontroll</b></p> <p><b>Sviktende selvstyring</b></p> <p><b>Delvis kontroll</b></p>	<p><b>KONTROLL</b></p>
<p>"Da føler jeg at jeg er verdensmester. Jeg tror jeg kan gjøre hva som helst. Det er som en rus."</p> <p>"Det er litt mye med det med bestefar. Han går igjen hver gang jeg blir innlagt. Ved siste innleggelse hørte jeg lyder. Det knirket og knakte i gulvet. Det tolket jeg som beskjeder til meg fra bestefar. Han er der og tenker på meg."</p> <p>"Den maniske tilstanden er god for jeg er jo i veldig fin form. Det er da jeg synes at jeg lever, men det gjør ikke familien min."</p> <p>"Jeg kan bli ustyrtelig glad, men jeg kan bli veldig lei meg også."</p> <p>"Det er helvete å være manisk. Jeg er redd for at det skal skje igjen. Det er der hver eneste dag som et spøkelse."</p> <p>"Det er ikke likt hver gang, men jeg er ikke helt klar over det før etterpå. Noen ganger er det ikke noe gærent, mens andre ganger gjør jeg ting som er litt unormalt."</p> <p>"Jeg har gjort og sagt veldig mange ting jeg angrer på."</p> <p>"Du gjør og sier ting du angrer på etterpå, og jeg husker alt. Da må du be om unnskyldning dagen etter."</p> <p>"Jeg har ikke bedt om å få noen sykdom. Jeg har ikke ønsket sykdom. Da har jeg heller ikke ønsket meg de dumme gjerningene jeg har gjort."</p> <p>"Du må på en måte unnskyldte det med at det er en sykdom, for du kan jo til tider oppføre</p>	<p><b>Berusede mestring</b></p> <p><b>Gjennopplevelse</b></p> <p><b>Livsglede</b></p> <p><b>Glede</b></p> <p><b>Redsel</b></p> <p><b>Variasjon i ytringsformer</b></p> <p><b>Anger og skyld</b></p> <p><b>Skam og anger</b></p> <p><b>Sykdom</b></p> <p><b>Selvstendighet og overgivelse</b></p>	<p><b>STEMNINGER</b></p>

<p><i>deg litt annerledes enn det du vil."</i></p> <p><i>"Jeg har vært tvangsinnlagt hver gang. Det er forferdelig. En gang ble jeg lurt dit av sønnen min. Han sa vi skulle på biltur."</i></p> <p><i>"Flere ganger har jeg blitt tvangsinnlagt, uten å bli spurt om jeg vil. De har bare tvunget meg med politi og full pakke."</i></p> <p><i>"Hver gang kommer det tre politijolk og henter meg. De tar hendene mine på ryggen og i håndjern som jeg må ha på helt til sykehuset. Det er forferdelig vondt og nedverdiggende. Jeg ringte lensmannen og ba dem om å legge om prosedyrene slik at jeg kunne ha hendene i fanget under bilturen. Han sa det var greit."</i></p>	<p><b>Tvang</b></p> <p><b>Nedverdiggelse</b></p> <p><b>Mestring</b></p>	
<p><i>"Det er liksom det bruser i deg. Du blir raskere og kvikkere."</i></p> <p><i>"Når jeg er høy, da er jeg virkelig høy. Det er jo deilig. Det er som en rus."</i></p> <p><i>"Jeg merker en veldig uro. I kroppen, som har vært der alltid, men som gir meg spesielle krefter og evner når jeg er manisk."</i></p> <p><i>"Det verste er vel brytningstida mellom mani og depresjon. Det verste var angsten for livet og det å holde ut depresjonen."</i></p> <p><i>"I overgangen fra mani til depresjon tenker jeg bare på å slutte av med livet. Hadde jeg bare fått være manisk, så hadde jeg ikke blitt så redd for å bli dårlig igjen. Dette bli verre og verre år for år – jeg har forsøkt å ta livet mitt to ganger."</i></p> <p><i>"Jeg føler meg helt på topp når jeg kommer til avdelingen. Der har jeg inntrykk av at de tyr lett til medisiner og låste dører. Det tar bare noen dager så er jeg på vei inn i depresjonen. Jeg skulle ønske det hadde gått an å gjort noe uten medisiner."</i></p>	<p><b>Livsgnist og livsbrus</b></p> <p><b>Kroppslig uro</b></p> <p><b>Brytningstidens tomhet</b></p> <p><b>Livsmotet avtar</b></p> <p><b>Ytrestyrt kontroll</b></p>	<p><b>VITALITET OG TOMHET</b></p>
<p><i>"Jeg har følelsen av at det å ha denne sykdommen liksom ikke blir akseptert. Hadde jeg hatt kreft hadde det blitt mer akseptert som sykdom."</i></p> <p><i>"Om noen får kreft eller hjerteinfarkt eller mani, så er det vel ingen mening i det heller. Jeg tror jeg har innfunnet meg med at det er noe jeg må leve med."</i></p> <p><i>"Jeg oppfatter det som en sykdom. Det er godt for da har jeg en unnskyldning."</i></p> <p><i>"Jeg har ikke bedt eller ønsket meg å få en</i></p>	<p><b>Sykdom og overbærenhet</b></p> <p><b>Akseptasjon</b></p> <p><b>Forsoning</b></p>	<p><b>SYKDOM OG SÅRBARHET</b></p>

sykdom."

*"Jeg er så åpen. Det er derfor det er så vondt etterpå. Jeg er mer såbar. Jeg er et typisk følelsesmenneske."*

*"Jeg er et følelsesmenneske. Jeg er et stemningsmenneske. Jeg lar meg påvirke av andre mennesker og jeg ser sammenhenger. Det gjør meg mer sårbar overfor de samme menneskene."*

**Åpenhetens sårbarhet**

**Følelser og stemninger**

Tabell 4 Delstudie I: Mani som lidelse.

Eksempler på utsagn	Innhold	Temaområder
<p>"Jeg ber til Gud hver dag, jeg gjør det. Det både letter og styrker meg. Jeg tror på Gud."</p>	Styrkende gudstro	RELASJONER
<p>"Når jeg går i kirken føler jeg på en måte at jeg henter styrke av å være der. Jeg har følt at Gud har hjulpet meg når det har vært som vanskeligst."</p>		
<p>"Det er mor og far og gutta mine som merker det først. De merker det med en gang at jeg er i ferd med å bli manisk."</p>	Familiens betydning	
<p>"Jeg er veldig glad for at jeg har to unger. Uten dem hadde jeg ikke klart meg. De merker med en gang noe er galt eller at jeg trenger hjelp."</p>		
<p>"Familien bare slenger ut til meg at, du har jo vært manisk, så deg ser vi ikke så høyt på. Det minste jeg kan si, mene og gjøre, så er det: "Du trenger vel en tur på Sykehuset, du?" Det synes jeg er sårende, for jeg blir aldri ferdig med disse innleggelsene mine."</p>	Familiens tvetydighet	
<p>"Mannen min ser det veldig godt og han er redd for at det skal skje igjen, og er veldig påpasselig mot meg. Jeg kan nesten ikke gjøre noe når han ser at jeg er på vei inn i en manisk fase."</p>	Vaktsomhet	
<p>"Jeg prøvde å ta livet mitt to ganger – her hjemme. Så mannen min fant meg begge ganger. Så at han har holdt ut, det er veldig rart. Han må vel bry seg om meg. Ellers hadde det aldri gått. Han har støttet meg når det gjelder."</p>	Utholdenhet Støtte	
<p>"Jeg tror nesten forholdet vårt er blitt sterkere jeg, etter at jeg fikk denne sykdommen. For alt det vi har gått igjennom. Han er veldig tålmodig med meg, også veldig, ja, helt enestående."</p>	Styrke Tålmodighet	
<p>"Det er jo særlig dattera mi som har støttet meg opp igjennom alle disse årene. Vi har veldig mye å snakke om. Vi har et veldig bra forhold."</p>		
<p>"Det er lettere å snakke med vennene mine om personlige ting."</p>	Vennskap	
<p>"Jeg har hatt veldig god kontakt med medpasienter. Vi har delt mange erfaringer."</p>	Skjebnefellesskap	
<p>"Jeg vil ikke være likegyldig i forhold til de jeg møter for da bryr du deg ikke om din neste."</p>	Innlevelse og engasjement	

<p><i>"Du blir satt i en bås. Det gjelder for alle psykiatriske pasienter som har vært innlagt."</i></p> <p><i>"Jeg føler meg stemplet. Jeg kommer aldri til å få en normal jobb igjen på grunn av stempelet. Det står i panna på meg uansett hva Bondevik måtte si om åpenhet i psykiatrien."</i></p>	<p><b>Kategorisering</b></p> <p><b>Stigmatisering</b></p> <p><b>Personen i lidelsen</b></p>	
<p><i>"Jeg er glad for hver dag jeg er frisk, og jeg tar hver dag som en gave."</i></p> <p><i>"Det eneste du klarer er å forberede neste dag som kommer. Hvis noen skulle finne på å gi meg kritikk så sier jeg: "Vær så god – prøv sjøl å gjøre det jeg gjør, kan du gjøre det bedre?"</i></p> <p><i>"Før jeg fikk denne sykdommen hadde jeg aldri dårlige dager. Det var så fryktelig uvant å få en slik sykdom. Jeg kan være litt småsvingete fortsatt, men når jeg blir syk, da blir jeg ordentlig syk."</i></p> <p><i>"Jeg føler meg ikke nedverdighet av sykdommen. Hva folk tenker om meg, det kan jeg ikke bry meg om for da ville det vært skandale. Jeg må prøve å oppføre meg så folk ikke tenker dårlig om meg."</i></p> <p><i>"Jeg tenker ikke mer på hva de andre sier. Jeg er meg sjøl og står for den jeg er."</i></p> <p><i>"Jeg har aldri hatt den tanken at det og det kan jeg ikke gjøre fordi jeg er manisk."</i></p> <p><i>"Jeg har det beste grunnlaget og erfaringen sjøl. Jeg kan måle meg med hvem som helst."</i></p> <p><i>"Jeg går rundt og tenker mye på det, hvor er jeg som person i dette bildet? Hva er meg av dette? De siste årene har jeg vel vært lite meg i det hele tatt, jeg har enten vært manisk eller depressiv."</i></p> <p><i>"Jeg må vel bare innrømme at jeg har hatt svært vondt for å innrømme at jeg har vært syk i det hele tatt. Det er først i det siste at jeg har innrømmet for meg sjøl at jeg er syk og har vært det lenge."</i></p>	<p><b>Livsglede</b></p> <p><b>Respekt og selvrespekt</b></p> <p><b>Selvforståelse</b></p> <p><b>Selvtillit</b></p> <p><b>Selvinnstikt</b></p> <p><b>Selvtvil</b></p> <p><b>Ettertanke</b></p>	<p><b>SELVAKTELSE</b></p>
<p><i>"Du kan garantert si at jeg er sensitiv. En dag satt jeg og tenkte på hvordan det sto til med familien til bestefaren min. Da kom det plutselig sigende en sorg innover meg. Så tårene bare sprutet."</i></p> <p><i>"Jeg er veldig åpen og utadvent så det kommer ut alt jeg nesten tenker og bærer på. Jeg reagerer veldig fort på andres utsagn og uttalelser."</i></p>	<p><b>Sensitivitet</b></p> <p><b>Åpenhet</b></p>	<p><b>SÅRBARHET OG FØLSOMHET</b></p>

<p><i>"Jeg lar meg påvirke. Jeg tar signaler. Jeg ser sammenhenger, og har meget stor rettferdighetssans og hater å bli tråkket på."</i></p> <p><i>"Jeg er fryktelig mye alene. Jeg savner en å dele alt med, for jeg har opplevd så mye."</i></p> <p><i>"Jeg var så mye alene at det var nesten skadelig. Jeg har bare eksistert jeg, når jeg er psykiatrisk pasient."</i></p> <p><i>"Den verste tanken er egentlig å ha på følelsen at en er alene i hele verden om å være sånn."</i></p> <p><i>"Mani det kommer av store påkjenninger. Jeg var så mye alene at jeg ble syk av det."</i></p> <p><i>"Jeg blir veldig lett rørt og beveget av andre. I perioder er jeg fryktelig mye alene og er sjelden ute eller i kontakt med andre."</i></p> <p><i>"Jeg har alltid følt meg redd og aleine. Veldig redd for å gjøre feil. Derfor holder jeg meg mye for meg sjøl og unngår folk."</i></p> <p><i>"Jeg var alltid litt redd og alene da jeg var liten. Du er litt sårbar nå, redd for å gjøre feil og at folk skal snakke stygt om deg."</i></p>	<p><b>Påvirkning</b></p> <p><b>Savn og ensomhet</b></p> <p><b>Påkjenninger</b></p> <p><b>Redsel for utilstrekkelighet</b></p> <p><b>Sårbarhetens følsomhet</b></p>	
<p><i>"Da gjør jeg og sier jeg så mye som jeg aldri ville ha gjort når jeg var på normalen. Jeg har gjort så mye jeg angrer på."</i></p> <p><i>"Du gjør ting og sier ting du angrer på etterpå. Jeg har til dags dato ikke gjort noe verre enn at jeg har bedt om unnskyldning og folk har hilst på meg."</i></p> <p><i>"Jeg får meg ikke til å hate noen i familien min. Jeg har det ikke godt da hvis jeg hater. Jeg tror det er den viktigste årsaken til at jeg har det bra.."</i></p> <p><i>"Jeg vet selv at jeg har vært manisk-depressiv siden jeg var cirka 12 år. Da vet jeg at jeg var manisk. Siden har jeg brukt å være manisk på det tidspunktet – i juni på fødselsdagen min."</i></p> <p><i>"Jeg var syk første gang på begynnelsen av 1980-tallet. Men jeg må vel bare innrømme at jeg har hatt det siden. Har hatt vondt for å innrømme at jeg har vært syk i det hele tatt."</i></p> <p><i>"Jeg har hatt et sterkt liv. Innmari følelsesladet og sterkt liv. Sterke opplevelser. Men jeg tror ikke jeg ville ha hatt det annerledes."</i></p>	<p><b>Anger</b></p> <p><b>Tilgivelse og tillit</b></p> <p><b>Styrke og akseptasjon</b></p> <p><b>Selvopplevelse og tidsskille</b></p> <p><b>Akseptasjon</b></p> <p><b>Livsstyrke</b></p>	<p><b>FORSONINGSARBEID</b></p>

Tabell 5 Delstudie I: Å være innlagt pasient.

Eksempler på utsagn	Innhold	Temaområder
<p>"Det er som om murene lukker seg omkring meg og ingen kan komme å ta meg. Jeg er i sikkerhet."</p> <p>"Du skal beskyttes fra dine overgripere og Sykehuset skal være et fristed."</p> <p>"Legge seg å hvile og være trygg for at du er innenfor murene."</p> <p>"Jeg var på skjerming lenge. Det var trygt. Jeg ble tatt vare på." "Jeg lå på isolat, men jeg føler ingen bitterhet til Sykehuset."</p> <p>"Jeg tror jeg var såpass dårlig at jeg ikke skjønte selv hvorfor jeg var der."</p> <p>"Det var mye verre å være på rommet alene enn å være sammen med noen der hele tiden."</p> <p>"En skal jo ikke prate med en psykotisk person, heter det. Den biten forstår jeg ikke. For når et menneske er vettskremt og redd, skal du ikke da få lov til å prate ut og få ut det du er redd for? Det er ikke riktig å behandle et menneskesinn på den måten."</p> <p>"For det skal en ikke prate om i posten og det har vi fått beskjed om og det holder jeg meg unna: ikke sykdom, ikke religion, ikke politikk og ikke inn på rommene til hverandre. Det er greit fordi alle deler kan oppildne andre som er veldig syke."</p> <p>"Det var en straff å være på skjerming. Jeg var prisgitt de som til enhver tid var på vakt."</p> <p>"Jeg reagerte på at det var mannlige pleiere på skjerming. Det var noe ved dem, for jeg har opplevd såpass mye leie ting rundt dem, tidligere."</p>	<p><b>Fristed og beskyttelse</b></p> <p><b>Trygghet</b></p> <p><b>Hvile og ro</b></p> <p><b>Ivaretakelse</b></p> <p><b>Akseptasjon</b></p> <p><b>Beskyttelse som straff</b></p> <p><b>Ensomhet</b></p> <p><b>Redsel</b></p> <p><b>Avvisning</b></p> <p><b>Akseptasjon av regler</b></p> <p><b>Opplevelse av straff</b></p> <p><b>Opplevelse av kjønn</b></p>	<p><b>BESKYTTELSE</b></p>
<p>"Jeg har vært tvangsinlagt hver gang. Det er så følt. Det er ingen som spør meg hva jeg selv vil."</p> <p>"Det å bli manisk det er det samme som å bli trengt opp i et hjørne. Du har ingen fluktvei. Du slår vilt rundt deg med ord. Svaret på det er overgrep og tvangsmåte av leger som forsvarer seg og sin posisjon og sin prestisje."</p>	<p><b>Tvang og ufrihet</b></p> <p><b>Brudd i selvstendighet</b></p> <p><b>Overgrep</b></p>	<p><b>INTEGRITETS- KRENKELSER</b></p>



<p><i>"Jeg vil teste ut en rekke hypoteser om psykiatrien. Jeg spilte et spill for å oppnå det jeg var ute etter. Jeg hadde regnet med at spillet var over etter en uke, men da kom overlegen og prestisjen inn i bildet."</i></p> <p><i>"Jeg skjønte at det gjaldt å samarbeide for i det hele tatt å komme ut igjen. Jeg gjorde som de sa, til punkt og prikke."</i></p> <p><i>"Pasienten har blitt trakassert og ikke tatt på alvor. Jeg følte at det var en nedsettende tone overfor pasientene."</i></p> <p><i>"Du føler at du får bestemmelsene tredd nedover hodet. Da blir man mistenksom og gjør dumme ting."</i></p> <p><i>"Det var spesielt en som plagde livet av meg. Hun var kald og upersonlig. En annen hadde så omsorg for meg. Han var menneskelig."</i></p> <p><i>"Jeg hadde ikke noe fagpersonell å snakke med. Ingen som kunne ta imot alt det jeg bærer på og har båret på fra barndommen. De bare gav meg en kopp kaffe og sa at du får gå å legge deg liksom. Det er omtrent som å smøre salve utenpå en stor verkebyll, på toppen av den. Det er bare det at verkebyllen blir ikke borte."</i></p>	<p><b>Opposisjon</b></p> <p><b>Medgjørighet og samarbeid</b></p> <p><b>Nedlatenhet</b></p> <p><b>Manglende medbestemmelse og delaktighet</b></p> <p><b>Upersonlig omsorg</b></p> <p><b>Avvisning</b></p>	
<p><i>"Livserfaring det savner jeg veldig. De psykiatriske sykepleierne gikk bare etter læreboken."</i></p> <p><i>"De som skjønner meg, det er de som har mest livserfaring."</i></p> <p><i>"Jeg ble veldig imponert på Akuttposten. De vet hvordan de skal behandle meg og mine likesinnede på en best mulig måte."</i></p> <p><i>"Du kan føle litt usikkerhet hos personalet på at de ikke vet hva de skal gjøre for å hjelpe deg. Men de er der for deg, det er de. Den følelsen har jeg."</i></p> <p><i>"Du fikk aldri prate når du skulle. De skulle bry seg mer og vise mer varme."</i></p> <p><i>"Jeg fikk ikke prate med noen. De ansatte må være tålmodige og prate med meg. Jeg er et menneske av mange ord og har opplevd så mye vondt."</i></p> <p><i>"Jeg trenger noen å prate med som skjønner meg. Det har jeg aldri hatt."</i></p> <p><i>"Sykehuset er et fristed og et hotell der alle skal stå på pinne for deg for at du skal få ro"</i></p>	<p><b>Livserfaring vs teori</b></p> <p><b>Ivaretagelse</b></p> <p><b>Usikkerhet</b></p> <p><b>Tilstedeværelse</b></p> <p><b>Mangelfull omsorg</b></p> <p><b>Samtale, oppmerksomhet og varme</b></p> <p><b>Tålmodighet</b></p> <p><b>Selvkontroll</b></p>	<p><b>LINDRENDE OG MANGLENDE OMSORG</b></p>

<p>og kan lære deg å ta kontrollen over deg selv og livet ditt og definere hvem som er dine overgripere."</p> <p>"Jeg vil ha ro. Ordentlig ro slik at jeg får koblet ut de tankene jeg har i hodet. Så vil jeg gjerne ha god mat og få spist. Deretter vil jeg sove. Ta det pent. Snakke med legen."</p> <p>"Hun pleieren satte håp i meg. Jeg tror det var måten hun snakket til meg på. Det har veldig mye å si hvem en snakker med."</p> <p>"Det er du som er hovedpersonen. Det er du som er gullkalven, du må respekteres som det."</p> <p>"Du må ta meg på alvor, lytte og ha tid til å snakke med meg."</p> <p>"De må være tålmodige og de må ha tid."</p>	<p><b>Ro og hvile</b></p> <p><b>Håp</b></p> <p><b>Respekt</b></p> <p><b>Lytting</b></p> <p><b>Tid og tålmodighet</b></p>	
<p>"Jeg skulle ønske at familien og venner forsto at jeg var syk og at jeg trengte dem slik at de kunne komme på besøk på skjerma, var hos meg en stund så vi kunne prate om normale ting som var før jeg ble dårlig. Ikke bare prate sykdom og se på meg gjennom disse syke brillene."</p> <p>"Det jeg vil presisere er ønsket om at familien skulle hatt mye mer kontakt med Sykehuset og med doktorene slik at de kunne få litt mer greie på hva det er som rører seg i pasienten. Hvorfor pasienten oppfører seg slik og slik. Det burde familien få greie på."</p> <p>"Jeg skulle gjerne ha sett at det hadde vært kontakt mellom Sykehuset og sykepleierne i kommunen, for det er det veldig dårlig stelt med."</p> <p>"Jeg synes det er dårlig at sykehuset ikke har vært flinkere til å få tak i støttepilarer når det gjelder skole og utdanning i kommunen." "Samarbeidet med Sykehuset har vært veldig fint i ettertid. Det er da mi ære, for det er jeg som har prøvd å samarbeide. Jeg er så redd for at hvis jeg kommer inn en gang til, at jeg skal bli behandlet like dårlig som i 1995."</p> <p>"Den psykiatriske sykepleieren jeg har nå, er den beste jeg noen gang har hatt kontakt med. Vi ble kjent for fem år siden og det har bare blitt bedre år for år."</p> <p>"Jeg treffer den psykiatriske sykepleieren en gang i måneden. Det har jeg gjort i fire</p>	<p><b>Familie og lindring av lidelsen</b></p> <p><b>Manglende sammenheng i tjenestetilbudene</b></p> <p><b>Støtte</b></p> <p><b>Oppfølging og eget ansvar</b></p> <p><b>Relasjonens betydning</b></p> <p><b>Forståelse og imøtekommelse</b></p>	<p><b>ETTERBEHANDLING</b></p>



Tabell 6 Delstudie II: Forståelse av mani som fenomen og lidelse.

Eksempler på utsagn	Innhold	Temaområder
<p>"Er personen seg selv når han er manisk, eller når han er normalisert midt imellom eller depriment?"</p>	<p>Normalitet og galskap</p>	<p>MANIENS MANGFOLD</p>
<p>"Hva er den maniske pasienten og hva er personligheten i seg sjøl? Hvem er personen? Hvor ligger personligheten til en manisk-depressiv?"</p>	<p>Mani og personlighet</p>	
<p>"Man kan ikke si klart hva er den maniske pasienten og hva er personligheten i seg selv? Står det her, hvem er personen? Det er jo så omfattende og forskjellig."</p>		
<p>"Jeg tenker sånn i forhold til individualitet, pasientkunnskap og vår fagkunnskap at det må gå an å prøve ut samkjøring av dette for å få frem individualitet."</p>	<p>Maniens individuelle uttrykk</p>	
<p>"En manisk depressiv lidelse – det er jo slik at det er veldig store individuelle forskjeller. Noen kan ha en manisk fase en gang i livet. Andre er lengre dårlige, men kan jo ha lange perioder som de er velfungerende."</p>		
<p>"Det er jo ikke så lett å være på skjerming bestandig hos en manisk pasient, for man skal være varsom ved hva man gjør og hva man sier." "Sammen med en pasient på skjerming, der er det øyeblikket som teller, ikke morgendagen og fagkunnskapen, men det er øyeblikket. Hva gir det personalet meg i øyeblikket når jeg har behov for akkurat den handa å holde i?"</p>	<p>Den fintfølende situasjonsforståelsen</p>	
<p>"Mannen har et litt mer klarere sykdomsbildet enn mange damer. En pasient, hun forteller om hvordan humørsvingningene i mani og depresjon henger sammen med menstruasjonssyklus."</p>	<p>Kjønn og mani</p>	
<p>"Kvinner er ikke så stormannsgale når det gjelder å kjøpe og selge bil og de skal bygge om i byen og etablere bedrifter. Kvinnene gjør altså ikke det, de er en annen type."</p>		
<p>"Pasienten også sier det, at vi ivaretar fristeder. Han viste meg et av sine: Furulunden. Det var et fristed. Og så var det kirka, der kunne pasienten få og sitte i ro og være seg selv."</p>	<p>Fristeder Samling</p>	
<p>"Det er ikke alltid vi skal spørre og grave. Hvis han trenger ro og hvile, så må han få ro og hvile."</p>	<p>Behovet for ro og hvile</p>	

<p>"Jeg opplever at mange pasienter er veldig redd andre pasienter, for sjøl så har de så store problemer og er i så følelsesmessig ubalanse at hvis de da skal ta innover seg andres følelsesproblemer, så blir det veldig vanskelig."</p>	<p><b>Møte med andres lidelse</b></p>	
<p>"Hva er mellomfasen mellom mani og depresjon? Er det hvor man ikke er noe? Eller hvor du virkelig er noe?"</p> <p>"Vi har flere ganger brukt ordet vendepunktet, så det har vi begynt å se etter for pasientene nå også. Hvor er pasienten i forløpet? Har han kommet seg til vendepunktet eller er han på vei til endring nå?"</p> <p>"Han gir opp og blir resignert. Og da kommer dette vendepunktet. Men det kan ta lang tid. Så det er kamp på en eller annen slags måte."</p> <p>"Jeg tror at pasienten gir opp når han skjønner at nå nytter det ikke å drive på lenger. Han kan like godt bare gi opp."</p> <p>"Det viser seg jo atferdsmessig. Du kan se på bevegelsene. De blir gradvis langsommere. Og mimikken i ansiktet forandrer seg ifra å være lykkelig til å bli mer tilstivnet i uttrykket. De slutter å prate så mye, mer langsommere tale. Så blir stemmen dypere. Og så påkledningen, det hører jo til den atferdsmessige biten, ifra det lyse, glade farger og til de mer tunge."</p> <p>"Erfaringen til den enkelte pasient er at det kommer en nedtur før eller siden eller angsten for den. Angsten og depresjonen ligger der mer eller mindre hele tida."</p> <p>"Når pasientene er på tur ut av manien, så er det mer dypere problematikk når den lykkefølelsen blir borte. Og samtidig så kommer den her ettertanken på hva de har gjort, noen ganger kan du også høre depresjonen er på vei."</p> <p>"Det å komme på sporet igjen forutsetter at du får anledning til å komme til rette med din situasjon, med din sak, hva denne lidelsen betyr og tankene rundt den."</p> <p>"Når det gjelder håp, for med å leve med en slik lidelse, så tror jeg at det å bli ivaretatt, at det er noen som hører og forstår hva dette dreier seg om og gjenkjenner tingene."</p>	<p><b>Den usikre mellomfasen</b></p> <p><b>Vendepunktet</b></p> <p><b>Vendepunkt og resignasjon</b></p> <p><b>Brytningstidens kjennetegn</b></p> <p><b>Psykisk etterslått</b></p> <p><b>Ettertankens dybde</b></p> <p><b>Å komme på sporet igjen</b></p> <p><b>Ivaretakelse</b></p> <p><b>Gjenkjenning</b></p>	<p><b>BRYTNINGSTIDEN</b></p>



Tabell 7 Delstudie II: Konsekvenser for klinisk praksis.

Eksempler på utsagn	Innhold	Temaområder
<p>"Du vil så gjerne hjelpe og gjøre det beste, men hvordan hjelpe best mulig for pasienten?"</p>	<p><b>Usikkerhetens dilemma</b></p>	<p><b>BEVISSTHET OM OMSORGENS TVETYDIGHET</b></p>
<p>"Jeg har opplevd at mange føler det som en veldig krenkelse å bli lagt inn på tvang."</p>	<p><b>Kontroll vs. frihet</b></p>	
<p>"Jeg reflekterer over at man i gitte situasjoner kanskje mener å gjøre ting riktig og så viser det seg i dine intervjuer at kanskje man ikke har gjort ting riktig."</p>		
<p>"Jeg tror at vi må leve med at innimellom så må vi gjøre ting som føles som overgrep som er til det beste for folk, men som de ikke ser sjøl at er det."</p>	<p><b>Genuin paternalisme som oppleves som krenkende omsorg</b></p>	
<p>"Og den vonde følelsen av at de er fullstendig i vår makt. De er fratatt omtrentt alt, jeg blir litt sårbar på den tanken."</p>		
<p>"En pasient var innom oss senere og snakket om at det hadde vært fryktelig tøft for henne etterpå. At liksom vi tok ifra henne noe. En form for glede. Livsgleden."</p>	<p><b>Undringens ettertenksomhet</b></p>	
<p>"Det kan hende at vi tar ofte feil, fordi en pasients væremåte ute i samfunnet kan være ganske normal. Jeg føler at noen ganger kanskje vi overkjører, men gjør vi det til pasientens beste?"</p>	<p><b>Vissheten om maktutøvelse som krenkende omsorg</b></p>	
<p>"Jeg tenker mye i forhold til hvor mye annerledes folk skal ha lov til å være eller bli før en skal gripe inn å kontrollere i forhold til det."</p>	<p><b>Overgrep og krenkelse</b></p>	
<p>"Jeg opplever at de nesten dør når de ikke får ut den kreativiteten og friheten som de trenger."</p>		
<p>"Noen føler at en har begått overtramp ved at en ikke har latt den pasienten leve ut sine følelser, at en har vært kanskje for lite tolerante."</p>		
<p>"Jeg har en mistanke om at i hvert fall enkelte pasienter ikke tør å helt betro seg til personalet av ulike grunner og årsaker i form av en redsel for at de kan bli straffet på et eller annet vis. De blir kanskje holdt lenger på skjerming, de får mer medisiner og må være litt mer forsiktig."</p>	<p><b>Tillit vs mistillit</b></p>	
<p>"Det er stadig en kamp, men den må du erkjenne og vise at du sier det sånn og sånn."</p>	<p><b>Kamp</b></p>	

<p><i>Vi må være forsiktige så ikke vi tilspisser den kampen oss imellom."</i></p> <p><i>"Den psykiske smerten som er i det å ha en manisk lidelse henger nøye sammen den åndelige dimensjonen av tro og håp. De to gangene jeg har vært i kirka har det både gitt meg og pasienten noe. Man har da den forståelsen med hverandre at det ligger mer i dette. Det er smerte og det er også i forhold til den smerte vi påfører dem."</i></p>	<p><b>Felles psykisk smerte</b></p>	
<p><i>"Jeg tror at empati, å vise medmenneskelighet tror jeg er det viktigste. Respekt og være medmenneske."</i></p> <p><i>"Vi må alltid ha respekt uansett og ta pasienter på høyest alvor med medmenneskelighet og omtanke, omsorg og tillit ikke minst."</i></p> <p><i>"Jeg må ha faglig forståelse for at det tar tid å lære menneskekunnskap for det nytter ikke å komme der å være i opposisjon til pasienten i utgangspunktet."</i></p> <p><i>"Det som sitter igjen, det er tilstedeværelse og være tilgjengelig og være til disposisjon."</i></p> <p><i>"Vi er ganske flinke til å lytte til pasientens ønsker om å få fortsette med en ansatt som han da har hatt god allianse med og som de så kan bygge videre på."</i></p> <p><i>"Jeg tror at det er her den faglige forståelsen kommer frem. Det er en kloktig måte å håndtere relasjoner på, som en selvfølgelig, noen har det naturgitt, mens andre må lære seg til det og øve seg i det."</i></p> <p><i>"Det er noe med å gripe tak i øyeblikket og la den personen få lov til å være så bra som en er akkurat da. Vi følger hverandres tankegang på en helt spesiell måte når vi er mye sammen. Altså hvis du tør å kjenne litt sånn på magefølelsen."</i></p> <p><i>"Jeg tror at opplevelsen av at pasientene er så forskjellige er på grunn av at vi er så forskjellige. Vi er like forskjellige vi som ansatte som pasientene. Jeg synes ikke dette preger vårt daglige arbeid."</i></p> <p><i>"Jeg synes det er et krevende arbeide når det er en manisk person. Jeg utfordres hele dagen."</i></p> <p><i>"I manien så er det enkelte som er utrolig morsomme. Du vet faktisk ikke hvor du skal gjøre av deg, så morsomt er dette. Så går du på kontoret og snakker litt om det og så ler du</i></p>	<p><b>Empati</b></p> <p><b>Respekt/selvrespekt</b></p> <p><b>Tillit</b></p> <p><b>Tid</b></p> <p><b>Tilstedeværelse</b></p> <p><b>Lytte</b></p> <p><b>Intuisjon og det gyldne øyeblikk</b></p> <p><b>Forskjellighet</b></p> <p><b>Det krevende samvær</b></p> <p><b>Balansert humor</b></p>	<p><b>OMSORGSRELA-SJONENS KRAFT</b></p>



<p>og så er det ganske bra."</p> <p>"Å forliket er betydningsfullt. Det har gode virkninger på meg som hjelper, men det har også avgjørende betydning for muligheten til vekst og forsoning og dermed også håp for pasienten videre. Så det er viktig både på det praktiske plan, for at det kjennes godt følelsesmessig, men også i muligheten for å kunne få en forsonet holdning til noe som har vært vondt og vanskelig."</p> <p>"Jeg har et håp om at pasienten kommer seg gjennom sykehus-oppholdet og ut herfra. Og at vi da er forlikt med hverandre, at ikke det er noe traume eller bitterhet som er kapslet inn, men at det er gjennom-arbeidet eller bearbeidet, den innleggelsen."</p> <p>"Det handler om samvittighet. Det er ikke noe spesielt med pasienter, det er bare slik. Vi har det aller best når vi har den forsoninga. Bli forlikt og forsonet er jo bare slik det er, vi er sånn skapt."</p> <p>"I pasientalliansen får du kjennskap og du lurert på siden, og det kan du tenke mye på. hvordan går det med denne pasienten tro?"</p>	<p><b>Forlikets kraft</b></p> <p><b>Vekst</b></p> <p><b>Håp</b></p> <p><b>Lindring</b></p> <p><b>Forlik</b></p> <p><b>Forsoning</b></p> <p><b>Omtanke</b></p>	
<p>"Hva er det menneskelige i det maniske eller hva er det maniske i det menneskelige? Hva er forskjellen mellom meg og den andre og kunne ikke den andre også vært meg?"</p> <p>"Det er det å møtes som personer, i et personlig møte. Og hva blir da personlig og hva blir privat? Det er ikke godt å vite, men man skal jo tydeliggjøre seg som person og være en person."</p> <p>"Jeg mener at det må jo kunne gå an uten at man er for privat, for da fremstår du som et menneske og ikke som en kanskje litt farlig fagperson."</p> <p>"De er jo menn:sker de også vet du – akkurat som oss, og vi bryr oss! De bryr seg om oss de også på en måte. Men da får jeg lite grunn sperre. Tenker, nei, dette blir ikke helt rett liksom, det er jeg som er pleieren."</p> <p>"Vi blir fascinert av pasientene også. Vi kommer så nær dem og vi blir tent på, så vi vil så gjerne føye dem også på en måte. Blir følelsesmessig berørt."</p> <p>"Det er jo en kunst. De gangene jeg har kommet nærmest pasienter, det er de gangene som jeg har vært litt sårbar overfor dem, og når jeg har innrommet at dette her er slett ikke noe enkelt. Dette her kjenner jeg meg</p>	<p><b>Mani og menneskelighet</b></p> <p><b>Fag og person</b></p> <p><b>Personlig og privat</b></p> <p><b>Gjensidighet</b></p> <p><b>Følelsesmessig berøring</b></p> <p><b>Gjenkjennelse</b></p>	<p><b>FAGLIG MED-MENNESKELIGHET</b></p>

<p><i>igjen i. Da opplever i hvert fall jeg at det er noe som fenger, det er noe som åpner."</i></p> <p><i>"Du utfordres som person, du utfordres til å leve deg inn i lidelsen, og du utfordres som sykepleier til å være profesjonell og håndheve grenser og være der."</i></p> <p><i>"Både jeg og pasient har behov for å bearbeide ting og episoder som brenner seg fast i hukommelsen. Det kan være en tung konfrontasjon. Det er smerten i lidelsen som jeg føler på som er hos en del pasienter, det er tungt."</i></p> <p><i>"De klarer å finne de svakhetene vi har og klarer på en måte å komme med utsagn som kan være både krenkende og nedsettende. Hvis jeg føler meg lite respektert og krenket, så er det i alle fall det som går på meg."</i></p> <p><i>"Jeg synes det å jobbe med maniske er veldig utfordrende og spennende. Det handler om hvordan du er som type selv, om personligheten hos den hjelperen den syke møter."</i></p> <p><i>"Jeg synes det er veldig spennende at man kan komme et annet menneske i møte ved å dele noen av livets erfaringer."</i></p> <p><i>"At de opplever kanskje det er bedre å snakke med assistenten enn sykepleier og den psykiatriske sykepleieren, og det synes jeg er ganske oppsiktsvekkende. At det skal være så store forskjeller ut fra det som er dokumentert."</i></p> <p><i>"På denne arbeidsplassen er det helt andre forventninger til en psykiatrisk sykepleier enn til en assistent."</i></p> <p><i>"Og det var hans avskjedsreplikk til avdelinga: Han ble aldri tatt på " alvor"."</i></p>	<p><b>Tilstedeværelse i lidelsens uttrykk</b></p> <p><b>Bearbeidelse av smerte</b></p> <p><b>Krenket hjelper</b></p> <p><b>Personlighet</b></p> <p><b>Berøringspunkter</b></p> <p><b>Yrkesgruppens forskjellighet</b></p> <p><b>Forholdet mellom psykiatriske sykepleiere og andre yrkesgrupper</b></p> <p><b>Ufaglærtes erfaringer</b></p>	
---	---	--

<p><i>"Det er jo der kunsten ligger, da, at man er god til å kommunisere. Er man god til å nå inn hos dette mennesket, så har jeg i alle fall sett noen personer som er kunstnere når det gjelder å snakke seg frem til en løsning."</i></p>	<p><b>Samtalens kunstnere</b></p>	<p><b>SAMTALEN</b></p>
<p><i>"Det er i alle fall helt sikkert at det er enkelte en snakker bedre med enn andre."</i></p>		
<p><i>"Samtalen, det å kunne snakke om det, utgjør et vesentlig punkt i arbeidet."</i></p>	<p><b>Troen på samtalen</b></p>	
<p><i>"Det handler mye om oppriktighet, være oppriktig som kollega til hverandre og oppriktighet til pasienten, kunne si noe om relasjonen og hvem han vil velge."</i></p>	<p><b>Oppriktighet</b></p>	
<p><i>"Det er gagnlig å satse oppriktighet og ærlighet og ta sjansen på det og si akkurat som det er."</i></p>	<p><b>Ærlighet</b></p>	
<p><i>"Det får bære eller briste, nå sier jeg det som det er og legger ikke noe skjul på det, for dette er de vår på åkke som pasientene."</i></p>		
<p><i>"Vi personalet er sikkert ganske forskjellige på mange områder og jeg tenker på den stakkars pasienten som hver time må forholde seg til et nytt menneske. På skjerming kommer det stadig nye som sitter og med ulike synspunkter. Det er faktisk talt pasienten som må forholde seg til personalet. For ei belastning det må være for en pasient å forholde seg til så ulik personalsammensetting."</i></p>	<p><b>Personalets og relasjonenes forskjellighet</b></p>	
<p><i>"Hvis man hele tida må veie hvert ord, da blir det veldig kunstig. Det blir det ofte et friareal i røykerommet og der snakker de om alt og der får de erfaringer og der kan de diskutere. Det kan lett bli veldig kunstige skiller, man kan jo ikke være helt firkantet."</i></p>	<p><b>Innhold, form og kontekst</b></p>	
<p><i>"En time kan være lang mange ganger når du går tom for ord. Jeg har sagt at hvis du ikke ønsker å snakke, så kan vi godt sitte bare å tie stille óg."</i></p>	<p><b>Stille nærvær</b></p>	
<p><i>"Jeg lar han få sitte sjøl, det er ikke alle som er så flinke til å prate og det er ikke meninga alle skal prate så mye heller. La de få skrive ned hvis de har noe som de vil formidle."</i></p>	<p><b>Samtalens begrensninger</b></p>	

<p><i>"Vi følger systemet mer enn pasienten. Jeg har jeg tenkt mange ganger at vi er ikke noe humane på en måte, vi er ganske sånn opphengt i systemet mer enn i pasienten."</i></p> <p><i>"Så er det det der med firkanthet i systemet med at er det satt opp en retningslinje, så skal den vare imtil neste behandlingsmøte."</i></p> <p><i>"Jeg vet det er mange pasienter som har spurt om å velge individualkontakt og det blir avslått. De får pent ta til takke med den de blir satt til. Oppgitteth føles sterkt fordi noen ganger så er vi rimelig firkantede i retningslinjer."</i></p> <p><i>"Jeg tenker på at det må nå være en menneskerett å velge sjøl hvem en vil ha noe med å gjøre."</i></p> <p><i>"Pasienter er så prisgitt om ikke vår makt, så våre regler. Det føles ganske beklemmende i visse situasjoner."</i></p> <p><i>"Pasienten er avhengig av oss, han er i våre hender helt og fullt. Det er vi som må styre mange ting."</i></p> <p><i>"Jeg tror at vi har makt, men jeg tror ikke vi er klar over at vi har det. Vi burde vært mer klar over at vi hadde den makta som vi har. Da kunne vi mer protestert. Jeg undres alltid over hvorfor legene kan si imot oss på den måte, når de aldri har med pasienten å gjøre."</i></p>	<p><b>Individ vs system</b></p> <p><b>Faglig selvstendighet vs. lojalitet</b></p> <p><b>Regelstyring og resignasjon</b></p> <p><b>Makt/avmakt</b></p> <p><b>Profesjonsmakt</b></p>	<p><b>RUTINER</b></p>
---	--	-----------------------

## Litteratur

- Abdellah, F. (1969). The nature of nursing science. Nursing Research, 18, 390-393.
- Album, D. (1996). Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus. Oslo: Tano Aschehoug.
- Almås, E. og Benestad Pirelli, E.E. (2001). Kjønn i bevegelse. Oslo: Universitetsforlaget.
- Alvesson, M. og Sköldberg, K. (1994). Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod. Lund: Studentlitteratur.
- Alvsvåg, H. (1981). Har sykepleien en framtid? Oslo: Universitetsforlaget.
- Alvsvåg, H., Anderssen, N., Gjengedal, E. og Råheim, M. (red.). (1997). Introduksjon. I: H. Alvsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal og M. Råheim (red.). Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andersen, A.J.W. (2001). Den lukkede åpenheten – en diskursanalyse av psykiatrisk opplysningspraksis. Universitetet i Bergen, Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet, Senter for etter- og videreutdanning.
- Andersen, A.J.W. og Karlsson, B. (1998). Introduksjon. I: A.J.W. Andersen og B. Karlsson (red.). Psykiatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. Family Process, 26, 415-428.
- Andersen, T. (1994). Reflekterende prosesser. Samtaler og samtaler om samtalerne. København: Dansk psykologisk forlag.
- Andersen, T. (1995). Klienter og terapeuter som samforsker for å øke terapeutens sensitivitet. Fokus på Familien, 4, 193-200.
- Andersen, T. (1999). Et samarbeid – av noen kalt veiledning. I: M.H. Rønnestad og S. Reichelt (red.). Psykoterapiveiledning. Oslo: Tano Aschehoug.
- Anderson, H. og Goolishian, H.A. (1992). The Client is the Expert: A not-knowing approach to therapy. I: McNamee og K. Gergen (red.). Therapy as Social Construction. London: Sage.
- Anderson, H. og Goolishian, H.A. (1994). Från påverkan til medverkan – terapi med språkssystemiskt synsätt. Stockholm: Bokförlaget Mareld.
- Andersson, M. (1996). Integritet som begrepp och princip. En studie av ett vårdetiskt ideal i utveckling. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap.
- Bae, B. og Waastad, J.E. (1992). Erkjennelse og anerkjennelse – en introduksjon. I: B. Bae og J.E. Waastad (red.). Erkjennelse og anerkjennelse – perspektiver på relasjoner. Oslo: Universitetsforlaget.
- Baker, J.A. (2001). Bipolar disorders: an overview of current literature. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8, 437-441.
- Balanse, nr. 3. 2001. Tidsskiftet for Rådet for psykisk helse. Oslo.
- Barbosa da Silva, A. (1996). Analys av tekster. I: P-G. Svensson og B. Starrin (red.). Kvalitative studier i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur.

- Barbosa da Silva, A. (1998). Et holistisk paradigme for psykiatri i utvikling. I: A. Andersen og B. Karlsson (red.). Psykiatri i endring. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Barbosa da Silva A. og Wahlberg, V. (1994). Vetenskapsteoretisk grund för kvalitativ metod. I: B. Starrin og P-G. Svensson. Kvalitativ metod och vetenskapsteori. Lund: Studentlitteratur.
- Barbosa da Silva, A. og Andersson, M. (1996). Vetenskap och människosyn i sjukvården. En introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik. Malmö: SHSTF Forskning och Utveckling, Rapport nr. 40.
- Barbosa da Silva, A. og Ore, K. (1996). Hva er religionsfenomenologi? En kritisk analyse av religionsstudiet. Stavanger: Misjonshøgskolens Forlag.
- Barker, P.J. (1989a). The nursing care of people experiencing affective disorders: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 14, 618-629.
- Barker, P.J. (1989b). Critical appraisal of the Scottish registeres mental nurse training programme in relation to the care of the person with affective disorders. Journal of Advanced Nursing, 14, 1016-1025.
- Barker, P. (1990). The Philosophy of Psychiatric Nursing. Nursing Standard, 5, 28-33.
- Barker, P.J. (1994). Locus of control in women with a diagnosis of manic-depressive psychosis. Journal of Psychiatric an Mental Health Nursing, 1, 9-14.
- Barker, P.J. og Reynolds W. (1996). Rediscovering the proper focus of nursing: a commentary. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 3, 75-80.
- Barker, P.J., Reynolds W. og Stevenson, C. (1998). The Human Science Basis of Psychiatric Nursing: Theory and Practice. Perspectives in Psychiatric care, 34, 5-14.
- Barker, P., Stevenson, C., Conway E., Davidson, M., Garland, A. og Hill B. (1996). Toward a Theory of Psychiatric Nursing Practice. University of Newcastle upon Tyne: The Tyneside View.
- Bateson, G. (1972). Steps to an Ecology of mind. New York: Ballantine Books.
- Baune, Ø. (1991). Vitenskap og metode. Oslo: Øyvind Baune.
- Bengtsson, J. (1990). Phenomenology in Scandinavia. I: M. Kosonen (red.). Phenomenology/Fenomenologia. Julkaisu: Jyväskylän yliopisto, Filosofian laitos.
- Bengtsson, J. (1993). Sammenflätningar: Husserls och Merleau-Pontys fenomenologi. Göteborg: Daidalos.
- Bengtsson, J. (1998). Fenomenologiska utflykter. Göteborg: Daidalos.
- Bengtsson, J. (1999). En livsvärldsansats för pedagogisk forskning. I: J. Bengtsson (red.). Med livsvården som grund. Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P. (1984). From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Benner, P. (red.). (1994). Interpretive Phenomenology. London: Sage Publications Inc.
- Benner, B. og Wrubel, J. (1989). The primacy of caring: stress and coping in health and illness. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Berg Eriksen, T. og Tranøy, K.E. (1991). Filosofi og vitenskap. Oslo: Universitetsforlaget.

- Berg, A. og Hallberg, I.R. (2000). Psychiatric nurses' lived experiences of working with inpatient care on a general team psychiatric ward. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 7, 323-333.
- Berger, P.L. og Luckmann, T. (1967). The social Construction of Reality. New York: Doubleday & Company.
- Berrios, G.E. (1988). Depressive and Manic States during the Nineteenth Century. I: A. Georgotas og R. Cancro (red.). Depression and Mania. New York: Elsevier.
- Berrios, G.E. (1991). Affective disorders in old age: A conceptual history. International journal of geriatric psychiatry, 6, 337-346.
- Berrios, G.E. (1995). Mood Disorders, Clinical Section. I: G.E. Berrios og R. Porter (red.). A history of clinical psychiatry: the origin and history of psychiatric disorders. London: The Athlone Press Limited.
- Berrios, G.E. og Porter, R. (red.). (1995). A history of clinical psychiatry: the origin and history of psychiatry disorders. New York: New York University Press.
- Bion, W. (1977). Seven servants. New York: Harper.
- Bjurwill, C. (1995). Fenomenologi. Lund: Studentlitteratur.
- Bleicher, J. (1980). Contemporary Hermeneutics. Hermeneutics as Method, Philosophy and Critique. London: Routledge.
- Blomberg, W. (2002). Galskapens hus. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bollnow, O.F. (1976). Eksistensfilosofi og Pedagogikk. København: Chr. Ejlers Forlag.
- Bordieu, P. og Wacquant, L.J.D. (1995). Den kritiske ettertanke. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Borg, M. (1999). Virksomme relasjoner – hva kan dette innebære sett fra psykiatriske pasienters ståsted? Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Seksjon for helsefag.
- Brataas, H.V. (2001). Helse i hvert møte? Kreftpasienters oppfatninger og sykepleieres kulturelt forankra meninger om kommunikasjon og helse. Dr.gradsstudie Trondheim: Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, NTNU.
- Bray, J. (1999). An ethnographic study of psychiatric nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6, 297-305.
- Brinchmann Støre, B. (1999). Livsgnist som prognostisk tegn i behandling av premature barn? Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 20 (119), 2993-2295.
- Bristow, F. og Callaghan, P. (1991). Using Peplau's model in affective disorders. Nursing Times, 18, 40-41.
- Brooker, C. (2001). A decade of evidence-based training for work with people with serious mental health problems: Progress in the development of psychosocial interventions. Journal of Mental Health, 10 (1), 17-31.
- Brooker, C., Falloon, I., Butterworth, A., Goldberg, D., Graham-Dole, V. og Hillier, V. (1994). The Outcome of Training Community Psychiatric Nurses to Deliver Psychosocial Intervention. British Journal of Psychiatry, 165, 222-230.
- Brooking, P., Ritter, S.A.H. og Thomas, B.L. (1992). A Textbook of Psychiatric and Mental Health Nursing. Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Brottveit, Å. (2002). På pasientenes premisser – erfaringer med nettveksmøte i hjemmebasert psykiatrisk behandling i to Valdreskommuner. Oslo: Diakonhjemmets høgskolesenter, Forskningsavdelingen, rapport nr. 1.
- Bråten, S. (1973). Model monopoly and communication. Acta Sociologica, 16, 98-107.
- Buber, M. (1989). Skuld och skuldskjänsla. Ludvika: Dualis Förlag AB.
- Buber, M. (1990). Det mellanmännskliga. Ludvika: Dualis Förlag AB.
- Buber, M. (1997). Jeg og Du. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bugge, J.W. (2000). Som et Vestlandslandskap – om mennesker med manisk-epressiv lidelse, deres livskvalitet og psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten. Elverum: Høgskolen i Hedmark, videreutdanning i psykisk helsearbeid.
- Burrell, G. og Morgan, G. (1979). Sociological Paradigms and Organisational Analysis. London: Heinemann Educational Books.
- Bøe, J.B. (1994). Synd, sykdom og samfunn. Linjer i sinnssykepleiens historie. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Bøe, T.D. og Thomassen, A. (2000). Mot en mer menneskelig psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. Advances in Nursing Science, 1, 13-30.
- Cassell, E. (1996). Lidandets natur och medicinens mål. Lund: Studentlitteratur.
- Castillo, R.J. (1997). Culture an Mental Illness. A Client-centered approach. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.
- Charney, E.A. og Weissman, M.M. (1988). Epidemiology of Depressive and Manic Syndromes. I: A. Georgotas og R. Cancro (red.). Depression and Mania. New York: Elsevier.
- Cornwall, A. og Jewkes, R. (1995). What is participatory research? Soc. Sci. Med. 41, 1667-1676.
- Corryell, W., Endicott J., Maser, J.D., Keller, M.B., Leon, A.C. og Akiskal, H.S. (1995). Long-term stability of polarity distinctions in the affective disorders. American Journal of Psychiatry, 152, 385-390.
- Crotty, M. (1996). Phenomenologi and Nursing Research. Melbourne: Churchill Livingstone.
- Cullberg, J. (1999). Dynamisk psykiatri. Oslo: Tano Aschehoug.
- Dahlberg, K. og Drew, N. (1997). A Lifeworld Paradigm for Nursing Research. Journal of Holistic Nursing, 15, 303-317.
- Dahlberg, K., Drew, N. og Nyström, M. (2001). Reflective Lifeworld Research. Lund: Studentlitteratur.
- Daley, I. (1997). Mania. The Lancet, 349, 1157-1160.
- Deegan, P.E. (1988). Recovery: The lived Experience of Rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal, 11, 11-19.
- Deegan, P.E. (1990). Spirit Breaking: When the Helping Professions Hurt. The Human Psychologist, 18(3), 301- 313.
- Deegan, P.E. (1993). Recovering Our Sense of Value After Being Labeled Mentally Ill. Journal of Psychosocial Nursing, 31, 7-11.



- Deegan, P.E. (1996): Recovery as a Journey of the Heart. Psychiatric Rehabilitation Journal, 19, 91-97.
- Deegan, P. (2000). Hvordan vinne tilbake egenverdet etter å ha fått en diagnose? Dialog, nr. 2-3, 96-103.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin (1992). Forskning på mennesker. Lover, regler og retningslinjer. Oslo: NEM.
- Denzin, N.K. og Lincoln, Y.S. (2000). Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. I: N.K. Denzin og Y.S. Lincoln (red.). The Handbook of Qualitative Research, Second Edition. London: Sage Publications, Inc.
- Ducey, C. og Simon, B. (1975). Ancient Greece and Rome. I: J.G. Howells (red.). World History of Psychiatry. New York: Brunner/Mazel, Publishers.
- Duke, P. og Hochmann, G. (1992). A Brilliant Madness. Living with Manic-Depressive Illness. New York: Bantam Books.
- Ebbeskog, B. og Ekman, S.-L. (2001). Elderly persons' experiences og living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment. Scan J Caring Sci, 15, 235-243.
- Edwards, S. (2001). Philosophy of nursing. New York: Palgrave Publishing.
- Egedius, H. (1996). Psykologisk leksikon. Oslo: Tano Aschehoug.
- Ehn, B. og Löfgren, O. (1982). Kulturanalys – Ett etnologisk perspektiv. Malmö: Liber.
- Eisenberg, L. (1977). Disease and Illness. Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness. Culture, Medicine and Psychiatry, 1, 9-23.
- Ekecrantz Steinholtz, L. (1995). Patienternas psykiatri – en studie av institutionella erfarenheter. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Ekeland, T.-J. (1999a). Meining som medisin. Ein analyse av placebofenomenet og implikasjonar for terapi og terapeutiske teoriar. Universitetet i Bergen: Institutt for samfunnspsykologi.
- Ekeland, T.-J. (1999b). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 36, 1036-1047.
- Ekeland, T.-J. (2001a). Den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs. Fokus på familien, 29, 308-323.
- Ekeland, T.-J. (2001b). Den terapeutiske samtale. Om vitenskapsteoretiske dilemma i behandlingsforskning. Foredrag på Skjerveheimseminaret, Voss, 14-16.09.
- Ekern, K. (1999). Dialogen som uteble. HiO-hovedfagsrapport nr. 11. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Eriksson, K. (1986). Vårddidaktik. Stockholm: Almquist og Wiksell.
- Eriksson, K. (1992). Broar – introduktion i vårdvetenskapelig metod. Vasa: Oy Arkmedia Ab.
- Eriksson, K. (1993). Lidandets idé. I: K. Eriksson. Mötet med lidande. Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap, rapport nr.4.
- Eriksson, K. (1995). Det lidende menneske. København: Munksgaard.
- Eriksson, K. (1997). Understanding the World of the Patient, the Suffering Human Being: The New Clinical Paradigm from Nursing to Caring. Advanced practice Nursing Quarterly, 3 (1), 8-13.

- Eriksson, K. (2001). Vårdvetenskap som akademisk disiplin. Åbo: Åbo Akademi, Vårdforskning, Institutionen för vårdvetenskap, rapport nr. 7.
- Fagermoen, M.S. (1999). Humanism in Nursing Theory: A Focus on Caring. I: Kim og Kollak (red.). Nursing theories: conceptual and philosophical foundations. New York: Springer Publishing Company.
- Falk, H. og Torp, A. (1996). Etymologisk ordbok. Oslo: Bjørn Ringstrøms Antikvariat.
- Falk, R. (1996). Power and Caring: A Dialectic in Nursing. Advances in Nursing Science, 19, 3-17.
- Fog, J. (1987). Om forskningsinterview og terapeutisk samtale. I: Interviewet som forskningsmetode. Århus Universitet: Psykologisk skriftserie, Nr. 1.
- Fog, J. (1994). Med samtalen som udgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview. København: Akademisk Forlag.
- Fossåskaret, E., Fuglestad, O.L. og Aase, T.H. (red.). (1997). Metodisk feltarbeid. Oslo: Universitetsforlaget.
- Foucault, M. (1967). Madness and Civilisation: A History of Insanity in the Age of Reason. London: Tavistock/Routledge.
- Foucault, M. (1972). The Archaeology of Knowledge. London: Tavistock/Routledge.
- Foucault, M. (1973). The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception. London: Tavistock.
- Foucault, M. (1977). Det moderne fengselets historie. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Foucault, M. (1982). The Subject and Power. I: H.L. Dreyfus og P. Rabinow. Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics. New York: Harvester Press.
- Foucault, M. (1995). Seksualitetens historie. Vilje til viten. Halden: Exil.
- Foucault, M. (2000). Ethics. Subjectivity and Truth. New York: Penguin Books.
- Friis, S. og Vaglum, P. (1999). Fra idé til prosjekt. Oslo: Tano Aschehoug.
- Frost, T. (2001). Respekt for menneskeverdet – hva mener vi med det? Oslo: Skriflig foredrag ved seminaret "Språk, dialog og makt – om yringsfrihet i norsk psykisk helsevern".
- Føllesdal, D., Walløe, L. og Elster, J. (1990). Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gadamer, H-G. (1975). Truth and Method. London: Sheed & Ward Ltd.
- George, S. (1998). Towards an integrated treatment approach for manic depression. Journal of Mental Health, 7, 145-156.
- Georgotas, A. (1988). Evolution of the Concepts of Depression and Mania. I: A. Georgotas og R. Cancro (red.). Depression and Mania. New York: Elsevier.
- Georgotas, A. og Cancro, R. (red.). (1988). Depression and Mania. New York: Elsevier.
- Gergen, K.J. (1997). Virkelighet og relationer. København: Dansk psykologisk Forlag.
- Ghaemi Nassir, S., Sachs, G., Chiou, A., Pandurangi, A. og Goodwin, F. (1999). Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? Journal of Affective Disorders, 52, 135-144.

- Gilje, F. (1997). Presence: US-Norway Nursing Research Perspectives. I: J.K. Hummelvoll og U.Å. Lindström (red.). Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad. Lund: Studentlitteratur.
- Giorgi, A. (1985). Phenomenology and Psychological Research. Pittsburg: Duquensne University Press.
- Giorgi, A. (1992). Description versus interpretation: Competing alternative strategies for qualitative research. Journal of Phenomenological Psychology, 23, 119-135.
- Girogi, A. (2000). The status of Husserlian Phenomenology in Caring Research. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 1, 3-10.
- Gjengedal, E. (1993). Pasientopplevelser som grunnlag for kunnskapsutvikling. I: M. Kirkevold, F. Nortvedt og H. Alvsvåg (red.). Klokskap og kyndighet. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Glaserfeld, E. von. (1984). An introduction to radical constructivism. I: Watzlawick. (red). The Invented Reality. How Do We Know What We Believe We Know? Contributions to Constructivism. New York: Norton.
- Goffmann, E. (1961). Asylums. New York: Doubleday & Company, Inc.
- Goffmann, E. (1963). Stigma. Notes on the management og spoiled identity. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Gomez, G.E. (2001). Lithium Treatment – Present and Future. Journal of Psychosocial Nursing, 39, 30-37.
- Goodwin, F.K. og Jamison, K.R. (1990). Manic-Depressiv Illness. New York: Oxford University Press.
- Goodwin, G.M. (1999). Prophylaxis of bipolar disorder: how and who should we treat in the long term? European Neuropsychopharmacology, 9, 123-129.
- Gortner, S. (1980). Nursing science in transition. Nursing Research, 29, 180-183.
- Gortner, S. (1993). Nursing's syntax revisited: a critique of philosophies said to influence nursing theories. J. Nurs. Stud., 30, 477-488.
- Guba, E.G. og Lincoln, Y.S. (1989). Naturalistic Inquiry. Newbury Park: Sage Publications.
- Guldbrandsen, O.R. (1993). Eksistensiell/fenomenologisk psykoterapi. I: H.G. Nielsen og A.L. von der Lippe (red.). Psykoterapi med voksne. Fem perspektiver på teori og praksis. Oslo: Tano A/S
- Habermas, J. (1999a). Kraften i de bedre argumenter. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Habermas, J. (1999b). Kommunikativ handling, moral og rett. Oslo: Tano Aschehoug.
- Hall, B.A. (1996). The Psychiatric Model: A Critical Analysis of Its Undermining Effects on Nursing in Chronical Mental Illness. British Journal of Nursing, 3, 1054-1059.
- Hammersley, M. og Atkinson, P. (1996). Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning. Oslo: Ad Notam Forlag.
- Harder, I. (1990). Fenomenologisk kvalitativ forskning. Vård i Norden, 18, 18-25.
- Hatfield, A.B. og Lefley, H.P. (1993). Surviving Mental Illness. Stress, Coping and Adaption. New York: The Guilford Press.
- Haugsgjerd, S. (1990). Lidelsens karakter i ny psykiatri. Oslo: Pax Forlag A/S.

- Haugsgjerd, S., Jensen, P. og Karlsson, B. (1998). Perspektiver på psykisk lidelse. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. og Løkke, J. (2002). Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Hedelin, B. (2001). Att studera livsvärlden – reflektioner kring kvalitativ forskning. I: J.K. Hummelvoll, A. Granerud og E. Severinsson (red.). Psykososialt perspektiv på lidelse. Høgskolen i Hedmark, rapport nr.10.
- Hedelin, B. og Strandmark, M. (2001a). The meaning of mental health from elderly women's perspectives: a basis for health promotion. Perspective in Psychiatric Care, 37, 7-14.
- Hedelin, B. og Strandmark, M. (2001b). The meaning of depression from the life-world perspective of elderly women. Issues in Mental Health Nursing, 22, 401-420.
- Hedelin, B., Severinsson, E. og Hummelvoll, J.K. (2003). Psykiatrisk omvårdnad och psykiiskt hälsoarbete i lokalsamhället. Elverum: Høgskolen i Hedmark, rapport nr.10.
- Heede, D. (1997). Det tomme menneske. København: Museum Tusulanums Forlag.
- Heggen, K. og Fjell, T.I. (1998): Etnografi. I: M. Lorensen (red.). Spørsmålet bestemmer metoden. Oslo: Universitetsforlaget.
- Heidegger, M. (1981). Varat och tiden. Lund: Doxa Press.
- Henderson, V. (1966). Nature of Nursing. New York: Macmillan.
- Henriksen, J-O. (2002). Den andre i spenningen mellom nærhet og distanse. Omsorg, 19 (1), 23-26.
- Hermundstad, G. (1999). Psykiatriens historie. Oslo: Notam Gyldendal.
- Hernes, H. (2002). Profesjoner og relasjoner. I: B. Nylehn og A.M. Støkken (red.). De profesjonelle. Oslo: Universitetsforlaget.
- Heron, J. (1988). Validity in Co-operative Inquiry. Human Inquiry in Action. London: Sage Publications.
- Hiltey, D.M., Brady, K.T. og Hales, R.E. (1999). A Review of Bipolar Disorder Among Adults. Psychiatric Services, 50, 201-213.
- Hinkle, P. (2000). Bipolar Illness in Primary Care: An Overview. Lippincott's Primary Care Practice, 4, 163-173.
- Hjälte, L. (2002). Det är inte min värld. Vård i Norden, 4.
- Holm, S. (1998). Viden og vidensproduksjon. I: M. Lorensen (red.). Spørsmålet bestemmer metoden. Oslo: Universitetsforlaget.
- Howells, J.G. (red.). (1975). World History of Psychiatry. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Hummelvoll, J.K. (1995). Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv. En studie av hvordan en holistisk-eksistensiell psykiatrisk sykepleiemodell bidrar til folkehelsearbeid. Goteborg: Nordiska hälsovårdhögskolan.
- Hummelvoll, J.K. (1997a). Helt – ikke stykkevis og delt. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hummelvoll, J.K. (1997b). Psykiatrisk sykepleie – en holistisk-eksistensiell tilnærming. I: J.K. Hummelvoll og U.Å. Lindström (red.). Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad. Lund: Studentlitteratur.

- Hummelvoll, J.K. (1998). Internasjonalt utsyn resymé av forskning og fagutvikling i psykiatrisk sykepleie. Høgskolen i Hedmark, rapport nr. 10.
- Hummelvoll, J.K. (2001a). Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien. Høgskolen i Hedmark, rapport nr. 6.
- Hummelvoll, J.K. (2001b). Handlingsorientert forskningssamarbeid eksemplifisert ved Prosjekt undervisningsavdeling. I: J.K. Hummelvoll, A. Granerud og E. Severinsson (red.). Psykososialt perspektiv på lidelse. Høgskolen i Hedmak, rapport nr. 10.
- Hummelvoll, J.K. (2004). Helt – ikke stykkevis og delt. In press. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hummelvoll, J.K. og Barbosa da Silva, A. (1996). Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten. Vård i Norden, 16, 25-32.
- Hummelvoll, J.K. og Røsset, O. (1999). De nødvendige idealer og de slitsomme realiteter – fokus på akuttpsykiatrien. Høgskolen i Hedmark, rapport nr. 17.
- Hummelvoll, J.K., Sunde, A-S. og Severinsson, E. (2001). Om å møte mennesker med manisk lidelse – en intervensjonsstudie fra akuttpsykiatrien. Høgskolen i Hedmark, rapport nr. 3.
- Hummelvoll, J.K. og Severinsson, E. (2001a). Imperative ideals and the strenuous reality: focusing on acute psychiatry. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8, 17-24.
- Hummelvoll, J.K. og Severinsson, E. (2001b). Coping with everyday reality: Mental health professionals' reflections on the care provided in a acute psychiatric ward. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 10, 156-166.
- Hummelvoll, J.K. og Severinsson, E. (2002). Nursing staffs' perceptions of persons suffering from mania in acute psychiatric care. Journal of Advanced Nursing, 38, 416-424.
- Hummelvoll, J.K. (red.). (2003). Kunnskapsdannelse i praksis. Oslo: Universitetsforlaget.
- Husserl, E. (1997). Fænomenologiens idé. København: Hans Reitzels Forlag.
- Husserl, E. (1999). Cartesianske meditationer. København: Hans Reitzels Forlag.
- Høgskolen i Hedmark. (1998). Fag og Forskning for Fremtidens Helse. Utredning om faglig utvikling ved Avdeling for sykepleierutdanning ved Høgskolen i Hedmark. Elverum.
- Haas, G. (1982). Essayets særmerke og topoi. I: O. Grepstad. (red.). Essayet i Norge. Oslo: Samlaget.
- Inczedy-Gombos, A. og Moberg, Å. (1999). Adams bok. Stockholm: Natur och Kultur.
- Jamison, K.R. (1996). Mitt urolige sinn. Oslo: Hjemmets bokforlag.
- Johansen, K.I. (1999). Fylke og kommune – hånd i hånd? En nasjonal kartlegging av samarbeid innen psykisk helsevern for voksne. SINTEF, Unimed, NIS Helsetjenesteforskning.
- Johnsen, A., Sundet, R. og Torsteinsson, Wie, V. (2000). Samspill og selvopplevelse – nye veier i relasjonsorienterte terapier. Oslo: Tano Aschehoug.
- Johnsen, A. og Torsteinsson Wie, V. (2000). Å forstå hverandre – hva er det? I: A. Johnsen, R. Sundet og V. Torsteinsson Wie. Samspill og selvopplevelse – nye veier i relasjonsorienterte terapier. Oslo: Tano Aschehoug.
- Juul Jensen, U. (1986). Sygdomsbegreber i praksis. København: Munksgaard forlag.

- Kahn, D.L. og Steeves, R.H. (1986). The experience of suffering; conceptual clarification and theoretical definition. Journal of Advanced Nursing, 11, 623-631.
- Karlsson, B. (1993). Psykose og selvforståelse – en relasjonell tilnærming. Oslo: Diakonhjemmets høyskolesenter, rapport nr. 9.
- Karterud, S. og Monsen, J. (red.). (1997). Selvpsykologi. Utvikling etter Kohut. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kasén, A. (1997). Vårdrelasjonen – verklighet och vision i patientens värld. En hermeneutisk studie. Åbo Akademi, Samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten, Institutionen för vårdvetenskap.
- Kemmis, S. og McTaggart. (2000). Participatory Action Research. I: N.K. Denzin og Y.S. Lincoln (red.). The handbook of qualitativ research. London: Sage Publications, Inc.
- Kim, H.S. (1983). The nature of theoretical thinking in nursing. Norwalk CT: Appleton-Century-Crofts.
- Kim, H.S. (1999). Introduction. I: Kim og Kollak (red.). Nursing theories: conceptual and philosophical foundations. New York: Springer Publishing Company.
- Kim, H.S og Kollak, A. (red.). (1999). Nursing theories: conceptual and philosophical foundations. New York: Springer Publishing Company.
- King, I. (1971). Toward a theory of nursing. New York: John Wiley & Sons.
- Kirkevold, M. (1996). Vitenskap for praksis? Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kjær, R. (2001). Seksualpsykopaten som forsvant. Homofili i norske psykiatriske lærebøker. I: M.C. Brantsæter, T. Eikvam, R. Kjær og K.O. Åmås (red.). Norsk homoforskning. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kjørup, S. (1996). Menneskevidenskaberne. Problemer og traditioner i humanioras videnskabsteori. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Klemm, D.E. (1983). The Hermeneutical Theory of Paul Ricoeur. London: Associated University Presses Inc.
- Knizek, B.L. (1998). Interview – design og perspektiv. I: M. Lorensen (red.). Spørsmålet bestemmer metoden. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kringlen, E. (2001). Psykiatri. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristiansen, U. (1997). Brukerperspektivet fra intensjon til utførelse. Erfaringer fra VEPS-forsøket 1994-1997. NTNU: Senter for etterutdanning, Allforsk, rapport.
- Kristoffersen, K. (1997). Et psykiatrisk sykepleiersperspektiv relatert til styrking av pasientens integritet. I: J.K. Hummelvoll og U.Å. Lindström (red.). Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad. Lund: Studentlitteratur.
- Kristoffersen, K. (1998). Pårørende og søsken i psykisk helsevern. Hermeneutisk metode. Søskenopplevelse. Pårørendesamarbeid. Bergen: Fagbokforlaget.
- Krogh, T. (red.). (1999). Historie, forståelse og tolkning. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Krogstad, J.G. (1998). Psykiatri og makt: noko å mase om? I: A.J.W. Andersen og B. Karlsson (red.). Psykiatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

- Krueger, R.A. (1994). Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. London: Sage Publications Inc.
- Kuhn, T. (1962). The Structure of Scientific Revolutions. Chichago: The University of Chichago Press.
- Kvale, S. (1984). Om tolkning av kvalitative forskningsintervju. Tidsskrift for Nordisk Forening for pedagogisk forskning, nr. 3-4.
- Kvale, S. (1987). The 1000 Page Question. København Universitet: Institutt for psykologi
- Kvale, S. (1989). To validate is to question. I: S. Kvale (red.). Issues of Validity in Qualitative Research. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. (1997). Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. (1999). Forskere i lære. I: K. Nielsen og S. Kvale (red.). Mesterlære. Læring som sosial praksis. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Laing, R.D. (2001). Det spaltede selv. København: Hans Reitzels Forlag.
- Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitative studier. I: B. Starrin og P-G. Svensson (red.). Kvalitativ metod och vetenskapsteori. Lund: Studentlitteratur.
- Latour, B. og Woolgar, S. (1979). Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts. Printon: University of Printon Press.
- Lauvås, K. og Lauvås, P. (1994). Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi. Oslo: Tano A.S.
- Lego, S. (1992). Biological Psychiatry and Psychiatric Nursing in America. Archives og Psychiatric Nursing, 6, 147-150.
- Lego, S. (1996). Psychiatric Nursing: A Comprehensive Reference. Philadelphia: J.B.Lippincott.
- Levinas, E. (1996). Den Annens humanisme. Oslo: Aschehoug.
- Lindgren, T. og Mathisen, V. (2000). Diagnose bipolar lidelse: Pasientens opplevelse. En fenomenologisk undersøkelse. Tromsø: Universitetet i Tromsø, Institutt for psykologi.
- Lindholm, L. (1997). Lidande och kärlek ur ett psykiatrisk vårdperspektiv. I: J.K. Hummelvoll og U.Å. Lindström (red.). Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad. Lund: Studentlitteratur.
- Lindholm, L. og Eriksson, K. (1993). To Understand and to Alleviate Suffering in a Caring Culture. Journal of Advanced Nursing, 18, 1354-1361.
- Lindström, U.Å. (1992). Den psykiatriska specialsjukskötarnas yrkesparadigm. Doktorsavhandling. Åbo: Åbos Akademis Förlag.
- Lindström, U.Å. (1994). Psykiatrisk vårdlära. Stockholm: Liber Utbildning AB.
- Lindström, U.Å. (1995). Ensamhetskänslan sviker inte. En kvalitativ studie rörande pasienters opplevelse av vårdkultur och vårdrelasjonen på psykiatriskt sjukhus. Vasa: Åbo Akademi, Vårdforskning 6/1995, Intitutionen för vårdvetenskap.
- Lindström, U.Å. (1997). Psykiatrisk vård ur et vårdvetenskapligt perspektiv. I: J.K. Hummelvoll og U.Å. Lindström (red.). Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad. Lund: Studentlitteratur.
- Lindström, U.Å. (2002). Lidelse. I: I.T. Bjørk, S. Helseth og F. Nortvedt (red.). Møte mellom pasient og sykepleier. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Lindström, U.Å. (2003). Psykiatrisk sykepleie. Teorier, verdier og praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lorentzen, S., von Krogh, G. og Island, T. (1984). Problemer knyttet til skjerming av urolige pasienter. I: P. Vaglum, S. Karterud og J. Jørstad. Institusjonsbehandling i moderne psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget.
- Luckmann, T. (2001). Livsverden: Motebegrep eller forskningsprogram? Tidsskrift for kirke, religion og samfunn, 1, 3-11.
- Lundby, G. (1999). Historier og terapi. Oslo: Tano Aschehoug.
- Lundstøl, J. (1999). Kunnskapens hemmeligheter. Oslo: Cappelen Akademiske forlag.
- Lübcke, P. (1988). Filosofilexikonet. Stockholm: Bokförlaget Forum.
- Lützn, K. (1997). Moral Reflection in Psychiatric Nursing. I: J.K. Hummelvoll og U.Å. Lindström (red.). Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad. Lund: Studentlitteratur.
- Løchen, Y. (1976). Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. Oslo: Universitetsforlaget.
- Løgstrup, K.E. (1999). Den etiske fordring. Oslo: J.W. Cappelen forlag.
- Løkensgard, I. (1983). Psykiatrisk sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget.
- Madriz, E. (2000). Focus Groups in Feminist Research. I: N.K. Denzin og Y.S. Lincoln (red.). The Handbook of Qualitative Research. London: Sage Publications, Inc.
- Magnusson, A. (2003). Home care of persons with long-term mental illness. Stockholm: Karolinska Institute, Neurotec Departement, Division of Psychiatry.
- Malterud, K. (1996). Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Tano Aschehoug.
- Martinsen, K. (1989). Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays. Oslo: Tano.
- Martinsen, K. (2000). Øyet og kallet. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Martinsen, K. (2002). Samtalen, kommunikasjonen og sakligheten i omsorgsyrkene. Omsorg, 19 (1), 14-23.
- Martinsen, K. og Wærness, K. (1979). Pleie uten omsorg? Oslo: Pax Forlag A/S.
- Matilainen, D. (1997). Idémønstre i psykiatrisk vurdande vurd i Finland med fokus på 1920- og 1930-talet – ett vurdvetenskapelig og idéhistorisk perspektiv. I: J.K. Hummelvoll og U.Å. Lindström (red.). Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad. Lund: Studentlitteratur.
- Maturana, H. og Valera, F. (1987). Kundskabens træ - den menneskelige erkendelses biologiske rødder. Åbyhøj: Ask.
- Mead, G.H. (1974). Mind, Self and Society. Chicago: The University of Chicago Press.
- Meleis, A. (1996). Theoretical nursing: Development and progress. Philadelphia: Lippincott Company.
- Mereness, D.A. (1982). Essentials of Psychiatric Nursing. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Merleau-Ponty, M. (1994). Kroppens fenomenologi. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Mevik, K. (1998). Møte med galskap. Om pårørende og psykiatri. Oslo: Tano Aschehoug.
- Miklowitz, D.J. (1996). Psychotherapy in Combination With Drug Treatment for Bipolar Disorder. Journal of Clinical psychopharmacology, 16, 55-66.
- Miklowitz, D. og Goldstein, M. (1997). Bipolar Disorder. A Family-Focused Treatment Approach. New York: The Guilford Press.



- Miklowitz, D. og Alloy, L. (1999). Psychosocial Factors in the Course and Treatment of Bipolar Disorder: Introduction to the Special Section. Journal of Abnormal Psychology, 108 (4), 555-557.
- Miller, W.I. og Crabtree, B.F. (red.). (1992). Doing qualitative research. Newbury Park: Sage Publications.
- Mishler, E.G. (1990). Validation in inquiry-guided research: The role of exemplars in narrative studies. Harvard Educational Review, 60, 415-442.
- Molander, B. (1997). Kunnskapsmångfald och olika kunskapstraditioner. I: H. Alvsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal og M. Råheim (red.). Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Monsen, J. (1997). Selvspsykologi og nyere affektteori. I: S. Karterud og J. Monsen (red.). Selvspsykologi. Utvikling etter Kohut. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Morgan, D.L. (1990). Focus Groups as Qualitative Research. London: Sage Publications Inc.
- Morrison, R.S og Peoples, L. (1999). Using Focus Groups Methodology in Nursing. The Journal of Continuing Education in Nursing, 30, 62-65.
- Måseide, P. (1997). Feltarbeid i ekspertorganisasjonar. Sjukehuset som arena for sosiologisk forskning. I: E. Fossåskaret, O.L. Fuglestad og T.H. Aase. Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nassir Ghaemi, S., Sachs, G.S., Chiou, A.M.; Pandurangi, A.K. og Goodwin, F. (1999). Is Bipolar Diagnosis Still Underdiagnosed? Are Overdepressants Overutilized? Journal of Affective Disorders, 52, 135-144.
- Nightingale, F. (1997). Notater om sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nilsson, M. (1993). Psykopedagogisk verksamhet vid affektiva störningar. Erfarenheter som forskningssjukskötare. Psyche, 3, 20-23.
- Nissen, R. (1877/2000). Lærebog i Sygepleie for Diakonisser. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk synonymordbok. (1984). Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Nortvedt, F. og Nortvedt, P. (2000). Smerte – fenomen og forståelse. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, P. (1998). Sykepleiens grunnlag – historie, fag og etikk. Oslo: Tano Aschehoug.
- Norvoll, R. (red.) (2002). Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nyström, M. (1999). Allvarligt psykiskt störda människors vardagliga tillvaro. Goteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Nyström, M. og Dahlberg, K. (2001). Pre-understanding and openness – a relationship without hope? Scandinavian Journal of Caring Sciences, 15, 339-346.
- Orem, D. (1971). Nursing: Concept of practice. New York: McGraw-Hill.
- Orum, M. (1996). Fairytales in reality: My victory over manic depression. Sydney: Macmillan.
- Orum, M. (1999). Van Gogh and Lithium. Creativity and bipolar disorder: Perspective of a psychologist/writer. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33, 114-116.
- Palmer, R. E. (1969). Hermeneutics. Evanstone: Northwestern University Press.

- Parikh, S., Kusumakar, V., Haslam, D., Matte, R., Sharma, V. og Yatham, L. (1997). Psychosocial Interventions as an Adjunct to Pharmacotherapy in Bipolar Disorder. The Canadian Journal of Psychiatry, 42 (2), 74-78.
- Pax Leksikon (1980). Bind 4. Oslo: Pax forlag.
- Peplau, H. (1987). Tomorrow's World. Nurs. Times, 7, 29-32.
- Peplau, H. (1992). Interpersonal relations: A Theoretical Framework for Application in Nursing Practice. Nursing Science Quarterly, 5, 13-18.
- Peplau, H. (1995). Another look at schizophrenia from a nursing standpoint. I: C. Anderson (red.). Psychiatric Nursing 1946-1994: A Report of the State of the Art. St. Louis: Mosby-Year book Inc.
- Perry, A., Tarrier, N., Morris, R., McCarthy, E. og Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relaps and obtain treatment. British Medical Journal, 318, 149-153.
- Polanyi, M. (2000). Den tause dimensjonen. En introduksjon til taus kunnskap. Oslo: Spartacus forlag AS.
- Reason, P. (1988). Human Inquiry in Action. London: Sage Publications.
- Reason, P. (1994). Three Aprozesses too Participative Inquire. I: N.K. Denzin og Y.S. Lincoln (red.). Handbook of Qualitative Research. London: Sage Publications.
- Reason, P. og Heron, J. (1986). Research with people: The paradigm of co-operative experiential inquiri. Person Centered Reveiw, 1, 456-475.
- Reichborn-Kjennerud, T. og Falkum, E. (2000). Grunnlaget for psykiatrisk behandling – fra tro til vitenskap. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 10 (120), 1148-1152.
- Rem, T. (2002). Prima Vare. Prosa, 3 (8), 6-11.
- Ricoeur, P. (1979). Tolkningsteori. København: Vintens Forlag.
- Ricoeur, P. (1992). Från text til handling: en antologi om heremeneutik. Stockholm: Brutus Östlings bokförlag Symposion AB.
- Rogers, C. (1958). The characteristics of the helping relationship. Personell and Guidance Journal, 37 (1).
- Rognhaug, B. (1995). Kunnskap, teknologi og læring. Oslo: Tano A.S.
- Romme, M. og Escher, S. (1989). Hearing Voices. Schizofrenia Bulletin, 15, 209-216.
- Rådet for psykisk helse. (1998). Manisk depressiv lidelse. Oslo: Psykiatrisk forskning og opplysning.
- Sandelowski, M. (1986). The Problem og Rigor in Qualitative Research. Advances in Nursing Science, 8, 27-37.
- Sandelowski, M. (1993). Rigor or Rigor Mortis: The Problem og Rigor in Qualitative Research Revisted. Advances in Nursing Science, 16, 1-8.
- Sandmo, E. (1999). Michel Foucault som maktteoretiker. I: F. Engelstad (red.). Om makt. Teori og kritikk. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Sayer, J., Ritter, S. og Gournay, K. (2000). Beliefs about voices and their effects on coping strategies. Journal of Advanced Nursing, 31 (5), 1199-1205.

- Schei, B. (1998). Aksjonsforskning. I: M. Lorensen (red.). Spørsmålet bestemmer metoden. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schibbye, A.L. (1996). Anerkjennelse. En terapeutisk intervensjon. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 33, 530-537.
- Schibbye, A.L. (1999). Forståelsen av psykiske forstyrrelser og psykoterapi: et dialektisk perspektiv. I: D.E. Axelsen og E. Hartmann (red.). Veier til forandring. Virksomme faktorer i psykoterapi. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag as.
- Schütz, A. (1962). Collected Papers I The Problem of Social Reality. Haag: Martinus Nijhoff.
- Schütz, A. (1975). Hverdagslivets sosiologi. København: Hans Reitzels Forlag.
- Schütz, A. (1999). Den sociala världens fenomenologi. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.
- Schaanning, E. (1993). Kommunikative maktstrategier – Rapporter fra et tårn. Oslo: Spartacus forlag.
- Schaanning, E. (1997). Vitenskap som skapt viten. Foucault og historisk praksis. Oslo: Spartacus forlag.
- Seikkula, J. (2000). Åpne samtaler. Oslo: Tano Aschehoug.
- Severinsson, E. og Hummelvoll, J.K. (2001). Factors influencing job satisfaction and ethical dilemmas in acute psychiatric care. Nursing and Health Sciences, 3, 81-90.
- Silverman, D. (1993). Interpreting qualitative data: Strategies for analysing talk, text and interaction. London: Sage Publications.
- Silverstone, T., McPherson, H., Hunt, N., og Romans, S. (1998). How effective is lithium in the prevention of relapse in bipolar disorder? A prospective naturalistic follow-up study. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32, 61-65.
- Sjöstedt, E., Dahlstrand, A., Severinsson, E. og Lützén (2001). The First Nurse-Patient Encounter in a Psychiatric Setting: discovering a moral commitment in nursing. Nursing Ethics, 8, 313-327.
- Skjervheim, H. (1996). Psykologien og mennesket si sjølvfortolkning. I: H. Skjervheim. Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo: Aschehoug.
- Skjervheim, H. (2000). Objektivismen – og studiet av mennesket. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Skjervheim, H. (2002). Mennesket. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skretkovicz, V. (1992). Florence Nighthingale's Notes on Nursing. London: Scutari Press.
- Skårderud, F. (1998). Uro – en reise i det moderne selvet. Oslo: Aschehoug.
- Smeby, A.N. (1998). Relationship between felt expressive emotion, social interaction and distress/burden in families with a member suffering from schizophrenia or related psychosis. University of California San Francisco: School of Nursing and Ullevaal University Hospital, Oslo, Division of Psychiatry Departement of Research and Education.
- Smith, L. (1994). A review of the report of mental health nursing in England: working in partnership. Journal of Psychiatric and Mental health Nursing, 1, 179-183.
- Smith, M.J. (1998). Social Science in question. London: The Open University & Sage Publications Ltd.

- Solbakk, J.H. (1998). Etiske sider ved medisinsk og helsefaglig forskning. I: M. Lorensen (red.). Spørsmålet bestemmer metoden. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sosial- og helsedepartementet (1996a). Åpenhet og helhet. Stortingsmelding nr. 25, 1996-97.
- Sosial- og helsedepartementet (1996b). Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre. Stortingsmelding nr. 34, 1996-97.
- Staten helsetilsyn (2000a). ICD-10. Psykiske lidelse og atferdsforstyrrelse. Kliniske beskrivelser og diagnostiske forstyrrelser. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Staten helsetilsyn (2000b). Stemmingslidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Oslo: Utredningsserie nr. 3.
- Steinholtz Ekecrantz, L. (1995). Patienternas Psykiatri. En studie av institutionella erfarenheter. Doktorsavhandling, Linköpings Universitet.
- Stierlin, H. og Weber, G. (1989). Unlocking the family door: a systemic approach to the understanding and treatment of anorexia nervosa. New York: Brunner/Mazel, Publishers.
- Stuart, G.W. og Sundeen, S.J. (1983). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. St. Louis: The Mosby Book Company.
- Szasz, T.S. (1972). The Myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct. St. Albans: Paladin.
- Sundet, R. (1997). Bruk av psykiatrisk diagnostikk som eksternalisering. Fokus på familien, 3-4, 173-189.
- Svedberg, G. (2002). Omvårdnadstraditioner inom svensk psykiatrisk vård under 1900-talets första hälft. Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap Karolinska Institutet.
- Svenaues, F. (1999). The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health: Steps towards a Philosophy of Medical Practice. Linköping: Linköping University, Department of Health and Society.
- Svensden L. (1999). Kjedsomhetens filosofi. Oslo: Universitetsforlaget.
- Svensson, P-G. (1996). Förståelse, trovärdighet eller validitet? I: P-G. Svensson og B. Starrin (red.). Kvalitativa studier i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur.
- Söderlund, M. (1998). En mänsklig atmosfär. Trygghet, samhörighet och gemenskap – God vård ur ett patientperspektiv. Uppsala: Doktorsavhandling. Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala Studies in Education, Nr. 77. Uppsala universitet.
- Sørgaard, K.W. (1996). Bruk av tilfredshetsundersøkelser i evaluering av psykiatriske helsetjenester. En litteraturgjennomgang. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 33, 11-25
- Sørhaug, H.C. (1982). Innsatte og ansatte. Oslo: Occasional Papers in Social Anthropology, No. 6, University of Oslo.
- Taylor, C. (1992). Human Agency and Language. Philosophical Papers I. Cambridge: Cambridge University Press.
- Terkelsen, T. (2002). Psychiatric technologies, power relations and schizophrenia. Upublisert manus. Arendal: Høgskolen i Agder, avd. for helse- og idrettsfag.
- Teslo, A-L. (red.). (2001). Mangfold i faglig veiledning for helse- og sosialarbeidere. Oslo: Universitetsforlaget.

- Thomas, M.D., Sanger, E., Wolf-Wilets, V. og Whitney, D.J.A. (1988). Nursing Diagnosis of Patients With Manic and Thought Disorders. Archives of Psychiatric Nursing, 6, 339-344.
- Tilley, S., Pollock, L. og Tait, L. (1999). Discourses on empowerment. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6, 53-60.
- Tillgren, P. og Wallin, E. (1999). Fokusgrupper – historik, struktur och tillämpning. Socialmedicinsk tidsskrift, 4, 312-321.
- Tohen, M. og Grundy, S. (1999). Management of acute mania. Journal of Clinical Psychiatry, 60, 31-34.
- Toombs, S.K. (1993). The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of Different Perspectives of Physician and Patient. London: Kluwer Academic Publishers.
- Tooth, B., Kalyanansundaram, V. & Glover, H. (1997). Recovery from Schizofrenia: A Consumer Perspective. Queensland University og Technology, Centre of Mental Health Nursing Research.
- Topor, A. (2001). Återhämtning från svåra psykiska störningar. Stockholm: Natur och Kultur.
- Toverud, R. (1998). Barn, terapi og seksuelle overgrep. Oslo: Tano Aschehoug.
- Travelbee, J. (1971). Interpersonal Aspects of Nursing. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Törnebohm, H. (1985). Vad betyder vetenskapsteori? Goteborg: Göteborgs universitet, Institutionen for vetenskapsteori, rapport nr. 145.
- Törnebohm, H. (1987). Program for studier av paradig. Goteborg: Göteborgs universitet, Institutionen for vetenskapsteori, rapport nr. 151.
- Törnebohm, H. (1989). Livsparadigm och livsvärldar. Goteborg: Göteborgs universitet, Institutionen for vetenskapsteori, rapport nr. 95.
- Uggla, K.B. (1994). Kommunikation på bristningsgränsen. En studie i Paul Ricoeurs projekt. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion AB.
- van Manen, M. (1998). Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy. Ontario: The Althouse Press.
- Vatne, S. (2003). Korrigere og anerkjenne. Sykepleierens rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost. Avhandling for dr.polit-graden, Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for sykepleievitenskap.
- Vetlsen, A.J. og Stänicke, E. (1999). Fra hermeneutikk til psykoanalyse. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Wackerhausen, S. (1999). Det skolastiske paradigmet og mesterlære. I: K. Nielsen og S. Kvale (red.). Mesterlære. Læring som sosial praksis. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Wackerhausen, S. (2002). Humanisme, professionsidentitet og uddannelse – i sundhedsområdet. Købehavn: Hans Reitzels Forlag.
- Wadel, C. (1991). Feltarbeid i egen kultur – en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning. Flekkefjord: SEEK A/S.
- Watson, J. (1979). Nursing: The philosophy and science of caring. Boston: Little Brown.
- Watson, J. (1988). Nursing: Human Science and Human Care. New York: National League for Nursing.

- Watzlawick, P., Bavelas, J. og Jackson, D. (1967). Pragmatics of Human Communications. New York: W.W. Norton.
- Wenneberg Barlebo, S. (2000). Socialkonstruktivismen – positiver, problemer og perspektiver. København: Samfundslitteratur.
- White, M. (1993). Nya vägar inom den systemiska terapin. Stockholm: Mareld förlag.
- WHO, Regional Office for Europe. (1994): Reducing mental disorders and suicide. Quality assurance indicators in mental health care. Stockholm.
- Widerberg, K. (2001). Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wifstad, Å. og Foss, T. (1990). Krise på avveier. Vitenskapsteoretiske problemer i dagens psykiatri. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, 44, 489-493.
- Wifstad, Å. (1991). Etik i psykiatrien. Tidsskriftet Sykepleien, nr. 3.
- Wifstad, Å. (1994). Møte med Den Andre. Om ekspertkunnskapens grenser. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 114, 3678-3680.
- Wifstad, Å. (1997). Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. Oslo: Tano Aschehoug.
- Wifstad, Å. (1998). Eklektismen; problem og utfordring. I: A.J.W. Andersen og B. Karlsson (red.). Psykiatri i endring. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Wikström, O. (1990). Den outgrundliga människan. Stockholm: Natur och Kultur.
- Wolcott, H.T. (1990). On seeking and rejecting validity in qualitative research. I: E.W. Eisner og A. Peshkin (red.). Qualitative Inquiry in Education: The Continuing Debate. New York: Teachers College Press.
- World Medical Association Assembly. (1964/1975). Helsinki-deklarasjonen.
- World Psychiatric Association Assembly. (1977). Hawaii-erklæringen (Declaration of Hawaii).
- Wormnes, O. (1987). Vitenskapsfilosofi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Wuerker, M.A. (1994). Relational Control Patterns and Expressed Emotion in Families of Persons with Schizophrenia and Bipolar Disorder. Family Process, 32, 389-406.
- Wulff, H.R., Pedersen, S.A. og Rosenberg, R. (1990). Medisinsk filosofi. København: Munksgaard.
- Ödman, P.-J. (1979). Tolkning, forståelse, vetande. Hermeneutik i teori och praktik. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB.
- Öhlén, J. (2001). Lindratt lidande. Att vara i en fristad – berättelser från palliativ vård. Nora: Bokförlaget Nya Doxa.
- Østerud, Ø. (1997). Kunnskap som illusjon? Søkelys på den postmoderne fagkritikken. Nytt Norsk Tidsskrift, 11, 131-145.
- Aadland, E. (1997). "... Og eg ser på deg". Oslo: Tano Aschehoug.
- Åkre, H.A. (1997). Dialogens kraft – når tankar blir stemmer. Fokus på familien, 3-4, 271-280.

## **Til personer som har vært innlagt ved akuttpsykiatrisk post**

### *Invitasjon*

Du inviteres med dette til å delta i forskningsprosjektet "Pasienters opplevelser og erfaringer med mani som fenomen og lidelse som grunnlag for kunnskaps- og metodeutvikling i psykiatrisk sykepleie". Hvis du ønsker å delta innebærer det å si ja til å la deg intervju samt å returnere vedlagte svarbrev med erklæring om informert samtykke. Jeg er ansatt som stipendiat ved Høgskolen i Hedmark og er tilknyttet doktorgradsstudiet ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Mine veiledere er førsteamanuensis Jan Kåre Hummelvoll og professor Elisabeth Severinsson, begge Høgskolen i Hedmark. Doktorgradsarbeid inngår i "Prosjekt Undervisningsavdeling" som er et samarbeid mellom Sykehuset og Høgskolen i Hedmark, avdeling for sykepleierutdanning. Prosjektet tar utgangspunkt i den behandling og pleie som utøves ved akuttpsykiatrisk post ved Sykehuset.

### *Undersøkelsens formål*

Undersøkelsen har arbeidstittelen "Beskrivelse av pasienter opplevelse og erfaring med mani som fenomen og lidelse". Hensikten er å beskrive dine erfaringer og opplevelser med mani som lidelse og hvordan denne innvirker på ditt sosiale liv og selvforståelse. Jeg ønsker også å undersøke hvilke erfaringer og opplevelser du har gjort deg under innleggelsene på den akuttpsykiatriske posten.

### *Kriterier for deltakelse*

Denne henvendelsen går til kvinner og menn som har vært innlagt to eller flere ganger ved posten med diagnosen manisk-depressiv lidelse i årene 1997, 1998 eller 1999. Siste innleggelse skal ha vært i løpet av disse tre årene, men ikke i løpet av de siste seks månedene. Jeg ønsker å intervju deg om hva du tenker om det å inneha en manisk-depressiv lidelse og hvordan dette virker inn i ditt daglige liv og din omgang med venner og familie. Jeg ønsker også å ta del i de erfaringer og opplevelser du har gjort deg etter å vært innlagt på akuttpsykiatrisk post. Jeg vil prøve å danne meg et bilde av hvordan det er å leve med en manisk-depressiv lidelse, hvordan du håndterer hverdagen din og hva du ser som betydningsfullt i livet ditt.

### *Informert samtykke*

Hvis du ønsker å la deg intervju vil jeg be deg om å fylle ut vedlagte svarbrev og sende det tilbake i vedlagte svarkonvolutt. Når du har sagt ja til å delta vil jeg ta kontakt for avtale om tidspunkt for intervju. Det er en helt frivillig sak å la seg intervju, og selv om du velger å delta, kan du trekke deg når som helst. Om du skulle takke nei til å la deg intervju vil det ikke ha noen konsekvenser for din videre kontakt med Sykehusets akuttpsykiatriske post. Et slikt intervju kan gjenkalle både gode og dårlige opplevelser eller følelser hos deg. Det er viktig at du tenker igjennom dette før du bestemmer deg. Hvis du ønsker å snakke med noen etter intervjuet kan du henvende deg til Sykehuset.

*Praktiske følger av deltakelse*

Intervjuet vil vare i ca. 2 timer. Jeg ønsker å gjennomføre intervjuet i hjemmet ditt eller et annet sted vi blir enige om. Jeg vil bruke kassettspiller under selve intervjuet. Senere vil jeg skrive intervjuet ut på papir og kassetten vil bli ødelagt. Jeg ønsker å intervju 10 – 12 personer. Jeg vil samle og systematisere intervjuene for å se på like og ulike erfaringer og opplevelser. I dette arbeidet vil alle opplysninger bli behandlet konfidensielt. Det skal ikke være mulig for andre å kjenne igjen verken utsagn eller personer. Hvis noen skulle trekke seg etter at intervjuet har funnet sted, vil intervjuet ikke bli brukt og umiddelbart makulert.

*Intervjuer og prosjektleder*

Jeg som skal gjennomføre intervjuet heter Bengt Karlsson og er utdannet som psykiatrisk sykepleier (1986). Jeg har jobbet i 15 år i ulike deler av voksenpsykiatrien og har de siste årene vært lærer ved videreutdanning i psykisk helsearbeid/psykiatrisk sykepleie. Prosjektleder er Jan Kåre Hummellvoll som også er psykiatrisk sykepleier og arbeider som førsteamanuensis ved Høgskolen i Hedmark, videreutdanning i psykisk helsearbeid. Han er faglig og administrativ leder av "Prosjekt Undervisningsavdeling". Hvis det er noe du lurer på i forbindelse med denne henvendelsen, kan du ta kontakt med Jan Kåre Hummellvoll på tlf. 62 43 02 14 eller med Bengt Karlsson, tlf. 90 64 90 78.

Oslo 04.10.2000

Med vennlig hilsen

Bengt Karlsson, stipendiat.

**ØNSKET SVARFRIST ER ONSDAG 25. OKTOBER 2000.**

Bengt Karlsson, Høgskolen i Hedmark, avdeling for sykepleierutdanning, Kirkeveien 47, 2418 Elverum.



Helseregion I

Vedlegg 2

L. amanuensis Jan K. Hummelvoll  
Høgskolen i Hedmark, avd. for sykepl.utd.  
Kirkevn. 47  
2418 Elverum

Deres ref.:

Vår ref.: 15-00027

Dato: 03. februar 2000

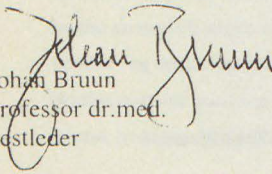
**Pasienters opplevelser og erfaringer med mani som fenomen og lidelse**

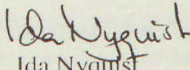
Regional komite for medisinsk forskningsetikk, helseregion I, vurderte prosjektet på sitt møte 28.01.00.

Komiteen har ingen innvendinger mot at prosjektet blir gjennomført. Den forutsetter at henvendelsen til pasienten utgår fra avdelingsoverlegen ved sykehus, og i diskret forsendelse.

Ord som "invitasjon", "inviteres" og "ønsker å delta/la meg intervju" bør ikke benyttes ved rekruttering til forskning. Isteden bør det stå "forespørsel", "forespørre" og "samtykker i å delta/la meg intervju".

Med vennlig hilsen

  
Johan Bruun  
professor dr.med.  
næstleder

  
Ida Nyquist  
sekretær

Til:

Stipendiat Bengt Karlsson.

SVARBREV – MED ERKLÆRING OM INFORMERT SAMTYKKE

Stipendiat Bengt Karlsson har gjort en henvendelse om intervju i forbindelse med undersøkelsen "Pasienters opplevelser og erfaringer med mani som fenomen og lidelse". Undersøkelsen inngår i et doktorgradsarbeid ved Høgskolen i Hedmark. Hensikten med undersøkelsen er å beskrive tidligere pasienters erfaringer og opplevelser med lidelsen manisk depressiv, og hvordan denne har innvirket på deres sosiale liv og selvforståelse. I tillegg vil intervjuet fokusere hvilke erfaringer og opplevelser tidligere pasienter har gjort seg under innleggelse ved den akuttpsykiatriske posten.

Jeg har fått invitasjon til å delta i den ovennevnte undersøkelsen og jeg vil med dette si meg villig til å bli intervjuet. Jeg forstår att:

1. Forskingen skal gjennomføres slik det står i informasjonsskrivet jeg har fått
2. Jeg kan trekke meg på hvilket som helst tidspunkt i intervjuarbeidet
3. Jeg har lest informasjonsskrivet og jeg har fått tilfredsstillende svar på spørsmål som jeg hadde.

Navn.....

Adr.....

Tlf.....

Treffes sikrest mellom følgende tidspunkter.....

Dato.....

Signatur.....

Februar 2000

### **Til pasienter og ansatte ved akuttpsykiatrisk post**

Mitt navn er Bengt Karlsson. Jeg er psykiatrisk sykepleier, forsker og er ansatt som doktorgradsstipendiat ved Høgskolen i Hedmark, avdeling for sykepleierutdanning. Jeg skal forske på tidligere pasienters opplevelser og erfaringer med lidelsen manisk-depressiv. Jeg ønsker også å vite noe om deres erfaringer fra innleggelser i psykiatrisk sykehus. I den forbindelse vil jeg tilbringe noe tid på posten for å se hvordan en akuttpsykiatrisk post kan fungere og hva som skjer der på dag- og kveldstid.

Opplysninger som jeg får fra pasienter og personalet under oppholdet vil bli behandlet konfidensielt og vil ikke bli brukt slik at enkeltpesoner kan bli gjenkjent

Jeg vil være i posten ulike dager i februar og mars måned. Jeg vil bære et navneskilt slik at du kan se hvem jeg er.

Har du noen spørsmål må du bare ta kontakt!

## Intervjuguide

Overskriftene og mellomtitlene er ment som områder for samtale. Guiden vil bli gjenstand for revisjon og endringer i takt med det løpende analysearbeid. Temaene vil bli beholdt – fokus og retningen ved de ulike spørsmålene vil kunne endre seg. Innledningsvis i intervjuet vil jeg bruke tid på gjensidig presentasjon samt hensikten med intervjuet, hvordan de ulike temaene vil bli introdusert og med hvilken hensikt samt rettighetene i informert samtykke.

### Om temaet mani som fenomen:

#### Manien – opplevelser og erfaringer

- Hvordan oppleves det å ha stemningssvingninger?
- Fortell om hvordan det oppleves å være manisk
- Hva legger du i mani
  - kroppslig
  - mentalt/psykisk
  - sosialt
  - åndelig/eksistensielt
- Opplevelse av mangel på kontroll og evt. kontrollsvikt
- Hvordan opplevdes det etter at episoden/fasen/lidelsen er over (personlig og sosialt)?
- Er mani en lidelse eller sykdom?
- Maniens virkning på din selvforståelse og selvfølelse
- Mani som ressurs i eget liv?
- Hvilke omkostninger har manien hatt/har i ditt liv?

#### Mestring av lidelsen

- Å kjenne sin lidelse og mestre den
- I dagliglivet
- I forhold til familie, venner og arbeidskollegaer
- Forhold til samliv og følelsesmessig fellesskap
- I sosiale relasjoner og situasjoner inkludert tillit – (mistillit i forhold til andre)
- I hvilke livsfase er du nå
  - jobb/skole/utdanning
  - samliv/kjæreste/enslig
  - økonomi/bolig/sosialt liv
- Med hensyn til selvstendighet/frihet og avhengighet/ufrihet
- Med hensyn til verdighet og selvrespekt
- Opplevelse av å være en hel person?
- Hvilken betydning har medisiner for å mestre lidelsen (erfaringer med virkninger og bivirkninger)?

#### Mening med lidelsen

- Hva gir livet mening – i hverdagen og i et større livsperspektiv?
- Opplever du at lidelsen er forståelig for deg? Hvordan opplever du å "få" diagnosen manisk-depressiv lidelse?
- Hvordan forklarer du at har fått diagnosen manisk-depressiv?
- Gir begrepet lidelse mening for deg?
- Har på noen måte lidelsen mening for deg?

- Hva i din livssituasjon skulle du ønske var annerledes?
- Hva tenker du om fremtiden?

### **Innleggelse i akuttpsykiatrisk avdeling**

#### **Opplevelser og erfaringer**

- Fortell om *første gang* du ble innlagt
- Hvordan skjedde det?
- Hvor lenge var du innlagt?
- Hva gikk forut for innleggelsen?
- Hvordan var din motivasjon for behandling?
- Hvordan opplevde du miljøet på posten?
- Hvordan opplevde du å bli møtt av personalet?
- Hva slags behandling fikk du
  - av lege
  - av sosionom
  - av postpersonalet

#### Generelt:

- Har du opplevd å bli behandlet mot din vilje og med tvang? Hvordan vurderer du denne tvungne behandlingen i ettertid?
- Hvordan var kontakten med familie/venner under oppholdet på posten?
- Kontakt med medpasienter og personalet?

#### Når du ser tilbake på innleggelsene dine:

- Hva slags holdninger og egenskaper hos personalet har du satt *mest* og *minst* pris på?
  - Har behandlingen endret seg? På hvilken måte?
  - Hvordan kan behandlings- og miljøtilbudet bedres?
  - Hva slags oppfølging etter oppholdet har fungert best for deg (hvis du har fått noe)?
  - Hvordan bør en god oppfølging være?
  - Har du tanker om hvordan eventuelle tilbakefall kan forhindres?
  - Hvilke tanker og erfaringer har du med behandling av mani som har god effekt?
- 
- Er du noe du ønsker å tilføye eller å si før vi avslutter intervjuet?
  - Har du noen å ta kontakt med etter intervjuet i fall du skulle trenge det?

## INVITASJON TIL DELTAKELSE I FOKUSGRUPPER

Undertegnede har nå arbeidet et år med doktorgradsprosjektet:

**”Tidligere pasienters opplevelser og erfaringer med mani som fenomen og lidelse og som et grunnlag for kunnskaps- og metodeutvikling i psykiatrisk sykepleie.”**

Prosjektet er bygget opp omkring tre delstudier hvorav jeg har gjennomført de to første. Den første delstudien var et feltstudie hvor jeg var deltagende observator ved akuttpsykiatrisk post i en periode på fem uker i januar-februar 2000. Delstudie 2 er nettopp avsluttet og jeg er i prosessen med analysearbeidet. Delstudie 2 omfatter 11 kvalitative forskningsintervjuer med tidligere innlagte pasienter ved akuttpsykiatrisk post. Alle elleve har diagnosen manisk-depressiv lidelse og jeg har intervjuet personene omkring følgende to hovedtemaer;

A. Deres erfaringer og opplevelser med mani som fenomen og lidelse

B. Deres erfaringer og opplevelser med å være innlagt pasient ved posten.

Delstudie 3 vil innebære å tilbakeføre de tidligere pasientenes erfaringer og opplevelser til ansatte ved posten – og å undersøke hvordan denne kunnskapen kan bidra til å forbedre ytterligere den omsorg og behandling denne pasient-gruppen får i posten. Hovedelementene i delstudie 3 vil være undervisning og fokusgrupper. Det sentrale vil være å løfte frem pasientkunnskapen i lys av den faglige kunnskapen, og arbeide med hvordan møtet mellom disse to formene for kunnskap kan forstås og beskrives. Sist, men ikke mist, hvordan dette bidra til det kliniske arbeidet i posten.

Dette skrevet er ment som en invitasjon til ansatte i posten om å kunne delta i delstudie 3. Konkret vil dette innebære:

1. Et halvdagsseminar mandag 19. mars kl.11.30. – 15.30, på sykehuset. Seminaret vil en gi en full presentasjon av analysen av intervjupersonenes opplevelser og beskrivelser. Presentasjon av funn og diskusjonen av disse vil bli gjort i forhold til temaområdene mani og innlagt pasient.
2. Fokusgrupper onsdag 4. april; den første fra kl.09.30. – 11.30. og den andre fra kl.12.30. – 14.30.
3. Fokusgrupper; den første mandag 14.mai kl.10 –12 og den andre tirsdag 15. mai kl.10 – 12 .
4. Fokusgruppene vil bli invitert til en siste samling i løpet av september – datoer ikke fastsatt ennå. Her vil analysen av fokusgruppeintervjuene bli lagt fram for fokusgruppene.

Seminaret vil bli ledet av undertegnede, og fokusgruppene vil bli ledet av Jan Kåre Hummelvoll og Bengt Karlsson.

Dersom du ønsker å delta i studien innebærer det at du forplikter deg til å delta i de aktivitetene som er beskrevet over. Det er klarert med postledelsen at dersom din deltakelse faller utenom arbeidstid så vil dette bli kompensert.

Ønsker du å delta ber jeg deg om å fylle ut svarslippen under og levere den til .... innen 1. mars. Etter denne dato vil gruppene bli satt sammen av postledelsen og undertegnede. Gruppen skal bestå av seks personer hvor en ønsker seg bredest mulig sammensetting med hensyn til yrkesbakgrunn, erfaring, alder og kjønn. I tillegg vil en skule til turnus slik at avdelingen ikke blir tappet for ansatte i det aktuelle tidsrommet. Beskjed om gruppesammensetting vil dere få innen 9. mars.

Denne fremgangsmåten er diskutert og godkjent av ledelsen ved akuttpsykiatrisk post samt prosjektleder Jan Kåre Hummelvoll. Har du kommentarer eller spørsmål kan du treffe meg på 90 64 90 78.

15.02.2001.

Med vennlig hilsen,

Bengt Karlsson.

Svarslipp

---

Navn:.....

Ja, jeg ønsker å delta i delstudie 3..... (Sett kryss).

.....

Dato

Underskrift

Leveres til ..... innen 1. mars 2001.

### TIL DELTAKERE I FOKUSGRUPPENE.

Jeg vil med dette takke dere for at dere har sagt dere villige til å bli med i fokusgruppene, og samtidig få ønske dere velkommen til halvdagsseminaret **mandag 19.03.01**.

Seminaret vil finne sted fra k.11.30 – 15.30. i..... Det vil bli servert kaffe, te og noe og spise.

Seminaret vil innebære undervisning og refleksjon over analysen av intervjuer med tidligere pasienter. Det vil være to hovedområder vi særlig vil fokusere; intervjupersonenes erfaringer og opplevelser med mani som fenomen og lidelse samt deres erfaringer og opplevelser med å være innlagt pasient.

I tillegg vil det bli gjennomført fokusgruppeintervjuer på følgende datoer:

1. Onsdag 4. april; den første fra kl.09.30. – 11.30. og den andre fra kl.12.30. – 14.30.
2. Mandag 14.mai kl.10 –12 og den andre tirsdag 15. mai kl.10 – 12.

Fokusgruppene vil i tillegg bli invitert til en siste samling i løpet av september – datoer ikke fastsatt ennå. Her vil analysen av fokusgruppeintervjuene bli lagt fram for fokusgruppene.

Seminaret vil bli ledet av undertegnede, og fokusgruppene vil bli ledet av Jan Kåre Hummelvoll og Bengt Karlsson.

Avslutningsvis er det viktig å fremholde at alle er forpliktet til å delta både i seminaret og i fokusgruppene. Dette er en sentral forutsetning for at denne delstudien skal ha maksimal kvalitet.

Inndelingen i grupper er gjort av ..... og følger vedlagt.

Jeg gleder meg til det videre samarbeidet!

09.03.01.

Med vennlig hilsen,  
Bengt Karlsson.



## **Intervjuguide – fokusgruppeintervju akuttpsykiatrisk post – våren 2001.**

Hensikten med denne delstudien er å beskrive hvordan pasienters erfaringer og opplevelser kan danne grunnlag for kunnskap- og metodeutvikling blant ansatte i en akuttpsykiatrisk post og hvordan dette kan vise seg i det kliniske arbeidet.

Det første forskningsspørsmålet som søkes besvart er knyttet til på hvilke måter pasienters opplevelser og erfaringer med sykdomstilstanden mani kan bidra til utvikling av kunnskap og metoder blant de ansatte ved en akuttpsykiatrisk post. Det andre forskningsspørsmålet vil fokusere hvordan erfaringer og kunnskaper som innlagt pasient kan bidra til kunnskaps- og metodeutvikling blant de ansatte. Det tredje forskningsspørsmålet vil belyse på hvilke måter relasjonen mellom de to ovennevnte spørsmål kan vise seg i det direkte kliniske arbeidet med denne pasientgruppen.

### ***Tidligere pasienters erfaringer og opplevelser med mani som fenomen og lidelse.***

Hva i intervjupersonenes erfaringer og opplevelser med mani som fenomen overrasket deg mest? Var det noe som bekreftet det du selv har forstått av fenomenet?  
Kan intervjupersonenes erfaringer bidra til å endre din forståelse av mani? Evt. på hvilke områder? Intervjupersonens opplevelser av mani som lidelse; hva var nytt, overraskende og/eller gjenkjennbart?  
Vil denne forståelsen av lidelsen kunne påvirke eller endre ditt kliniske arbeid i forhold til denne pasientgruppen? Evt. hvordan?  
Hva bekrefter den eksisterende praksis og hva må evt. endres?

### ***Tidligere pasienters erfaringer og opplevelser med det å være innlagt ved posten.***

Hva i intervjupersonenes erfaringer og opplevelser med det å være innlagt pasient ved posten overrasket deg mest? Hva bekreftet det du selv har erfart i møter med innlagte pasienter?  
Kan intervjupersonenes erfaringer bidra til å endre din forståelse av det å være innlagt pasient? Evt. på hvilke områder?  
Var det noe i noen av intervjupersonenes fortellinger om oppholdet på akuttpsykiatrisk post som gjorde spesielt inntrykk på deg?  
Vil dette kunne påvirke eller endre ditt kliniske arbeid i forhold til denne pasientgruppen? Evt. hvordan?  
Hva bekrefter den eksisterende praksis og hva må evt. endres?

### ***Refleksjoner knyttet til forholdet mellom disse to kunnskapsområdene.***

Ser du noen sammenhengen mellom mellom mani som fenomen og lidelse og det å være innlagt – evt. hvilke?  
Hvordan ser du på forholdet mellom pasientkunnskap og fagkunnskap? Hvordan viser dette seg i praksis?

### ***Refleksjoner knyttet til samtalen; innhold og deltakelse.***

Hva har hver enkelt opplevd som viktig i samtalen?  
Hvordan har du opplevd din egen deltakelse?

## Mangfold og variasjon i temaer fra intervjupersonene i delstudie I

Naturlige meningsenheter	Temaer
<p><b>K 1:</b> Når jeg er "høy", da er jeg virkelig høy. Da gjør jeg mye som jeg aldri ville ha gjort når jeg er på normalen. Jeg har gjort mye som jeg angrep på. Bryr meg ikke noe om noen ting. Det er ikke noe som går innpå meg. Det er akkurat som en rus. Og hele familien er livredde, for det minste, at jeg skal bli innlagt igjen.</p> <p><b>K 2:</b> Jeg er ikke slik så jeg blir helt ute av kontroll. Familien merker det på rotet rundt meg og at jeg ikke klarer å rydde opp igjen.</p> <p><b>K 3:</b> En er ute av kontroll når en er manisk. Du har ikke kontroll da.</p> <p><b>K 4:</b> Så da begynte jeg etter hvert å skjønne at jeg sto utenfor deg sjøl på en måte. Var én person, men liksom. Du sto utenpå deg sjøl.</p> <p><b>M 1:</b> Så jeg hadde full kontroll. Jeg vil påstå at jeg hadde det.</p> <p><b>M 2:</b> Det har nok virket som om at jeg ikke har hatt kontroll, ikke visst om at jeg har vært manisk. Det vonde er at du, at du mister kontrollen over deg sjøl, da. Når du får til ting, så kan det være en god følelse, en rusende følelse vil jeg kalle det.</p> <p><b>M 3:</b> Da føler jeg jo at jeg er verdensmester. Det er jo da jeg er mest slitsom for familien min. Jeg tror jeg kan gjøre hva som helst.</p> <p><b>M 5:</b> Jeg er nok ute av kontroll. Da er det umulig å stoppe meg tror jeg.</p> <p><b>M 6:</b> Hadde jeg liksom hatt kontroll og sagt det, nå kan du reise på Sannerud, for nå kommer det. Men det skjer ikke, det bare ruller på bortover.</p>	<p><b>KONTROLL;</b> <i>Mani:</i> ute av kontroll – <i>innlagt:</i> kontrollen gjenvinnes – <i>medisinen:</i> ytre styrt kontroll som forhindrer ute av kontroll, <i>kontrollert av andre:</i> familie, medisiner, ansatte, tvang, skjermet, <i>i eget liv:</i> forholdet mellom mani og depresjon – svingningene.</p> <p>Forholdet mellom kontroll og kontakt både meg selv og med andre – om å ta og bli tatt på alvor av seg selv og andre; selvrespekt og respekt.</p> <p>Bruken av metaforer som: Høy – rus – fly – sveve – helvete – himmel – kontroll – (verdens)mestre.</p> <p>Depresjonens bakholdsangrep; krasjlanding?</p> <p>Familien "ser" og kontrollerer – redsel for tilbakefall; egen og andres – kommunikasjon og samspill. Parrelasjonens betydning – skilsmisser.</p> <p>Nær relasjons betydning; kjæreste, barn, mor, savn, forklaring(er); "kort vei", "få filtre", "lar seg lette berøre".</p> <p>Åpenhetens tvetydighet; taushet, stemplet, åpenhet</p> <p>Følelser som bevegelse; glede, lyst, sorg, mening.</p>
<p><b>K 1:</b> Det er en sykdom. Jeg blir først deprimert og så må jeg jobbe meg opp igjen fra depresjonen. Og det er enda vanskeligere enn å komme ned fra det maniske og ned på</p>	<p><b>MANIFØLELSEN;</b> <i>Opplevelse av mani:</i> himmel/helvete, glede/sorg, <i>i/utenfor – være innlagt pasient:</i> himmel/helvete – <i>sykdom:</i> forklaringene symbolsk og konkret –</p>

det normale igjen. Å være deprimeret det er noe så felt det, så det, da er det likere å være "høy". Da tenker jeg bare på å slutte av med livet. Så hadde jeg bare fått vært manisk, så hadde ikke jeg blitt så redd for å bli dårlig igjen. Men det er det at denne depresjonen er med hver gang, vet du. Jeg ber til Gud hver dag, jeg gjør det.

**K 2:** Men, dette med gleden i livet, det at jeg har ei gudstru også, det har styrket meg. Du må på en måte unnskyldte det med at det er en sykdom, for du kan jo til tider oppføre deg litt annerledes enn du vil. Og da må du be om unnskyldning dagen etter. Så kan jeg bli helt ustyrtelig glad, men du kan bli veldig lei deg også. Det er liksom det bruser i deg. Du blir kvekere. Du blir raskere til å gjøre ting.

**K 3:** Jeg er så åpen. Det derfor det er så vondt etterpå, da. Men jeg har ikke gjort et levende menneske noe, jeg har bare odelagt dode ting. Jeg trøster meg med det, jeg.

**K 4:** For du klarer ikke å så skille sånn, om det er sånn helt virkelig eller ikke. Det var da jeg merket sånn veldig uro. I kroppen, som har vært der alltid. Men nå hender det seg rett som det er jeg går i kirken, for jeg føler på en måte at du henter styrke av å være der. Jeg har følt at Gud har hjulpet deg på en måte da det er som vanskeligst.

**K 5:** Mani det kommer av store påkjenninger. Jeg var så mye alene så det var nesten skadelig. Jeg har bare eksistert, jeg, når en er psykiatrisk pasient, så bare eksisterer en. Vi lever ikke vi pasienter vet du. Det gjør en ikke for en er frisk. Jeg tror på Gud.

**M 1:** Jeg er et følelsesmenneske, så jeg kan le og gråte i samme øyeblikk. Jeg er et stemningsmenneske.

**M 2:** Jeg folte meg som en sånn verdensmester. Jeg handlet masse plater og snakket til folk jeg ikke kjente. De trodde jeg var splitter pine gærn. Og det var jeg da. Er vel mer tanker tror jeg, for det kan være litt kropp også. Du får angstfølelse, en gang følte jeg meg forfulgt av telefonen. Jeg trodde folk kunne lytte å vite hvor jeg var på telefonen Det er forferdelig fæl følelse. Da holdt jeg på å ta livet mitt, da.

**M 3:** Tilstanden for meg, den maniske tilstanden er god, ikke sant, for jeg er jo i

"lære" manien og pasientrollen.

Eksistensielle dimensjoner:

Åndelighet – religiøsitet – Gudstro

Mening: påført utenfra, sammenlikningene med andre kroniske (og metaforiske)

lidelser som kreft (svulst) og hjerte (smerte), ansvar for eget liv og egne handlinger – grenseoverskridelser.

Tømme- og samtalemetaforene

Anger, skam, (unn)skyld; tilgivelse og forsoning, trøst og overgivelse – et forsøk på å gjenvinne kontroll i forhold til seg selv og relasjonene – distinksjonen mellom familie, venner/ansatte, Gud.

Om å skrive seg ut av det; flere og ulike erfaringer; M1, K5, K2 og K3.

<p>veldig fin form, da. Jeg opplever det som godt det.</p> <p><b>M 5:</b> Jeg slet veldig mye med angst, da, i fjor høst. Det var vel kanskje brytningstida mellom mani og depresjon. Det var kanskje det verste den angsten.</p> <p><b>M 6:</b> Jeg oppfatter dette som en sykdom. Og det synes jeg er godt, for da har jeg en unnskyldning.</p>	
<p><b>K 1:</b> Jeg er fryktelig mye alene. Jeg savner en å dele alt med, for jeg har opplevd så mye.</p> <p><b>K 2:</b> Jeg føler meg ikke nedverdiget av sykdommen. Men jeg har hatt et, ja, det har vært et sterkt liv. Innmari følelsesladet og sterkt liv. Sterke opplevelser. Men jeg tror ikke jeg ville hatt det noe annerledes.</p> <p><b>K 3:</b> Før jeg fikk denne sykdommen, så hadde jeg aldri dårlige dager. Det var så fryktelig uvant å få en slik en sykdom. Jeg er mer sårbar. Jeg er typisk følelsesmenneske, da. Jeg blir veldig lett rørt. Jeg er så åpen.</p> <p><b>K 4:</b> Jeg er følsom og sårbar. Og jeg skulle ønske sjøl at jeg hadde vært mye mer tøff for å si det slik, altså, ikke eid den sårbarheten som jeg eier.</p> <p><b>M 1:</b> Jeg er et følelsesmenneske, så jeg kan le og gråte i samme øyeblikk. Jeg er et stemningsmenneske.</p> <p><b>M 2:</b> Jeg har alltid følt meg litt redd og litt alene, tror jeg. Du er, ja, litt sårbar, at du er redd for å gjøre feil og at folk skal snakke stygt om deg og sånne ting.</p> <p><b>M 4:</b> Den verste tanken er jo egentlig nesten å ha på følelsen at en er alene i hele verden om å være sånn.</p> <p><b>M 6:</b> Jeg er letrørt og tar fort til tårer, tanker kan virke så sterkt på meg. Jeg vil ikke være likegyldig, da bry du deg ikke noe om din neste.</p>	<p><b>SÅRBAR(HET);</b> <i>Mani:</i> i forhold til svingninger – <i>relasjonelt:</i> i forhold til seg selv og andre mennesker og i forhold til å være alene/del av et fellesskap – avhengighet av andre, spesielt ektefeller, barn og øvrig familie – <i>innlagt pasient/menneske med en psykisk lidelse:</i> oppmerksomhet, engasjement, inn- og medlevelse, åpenhet og delaktighet. <i>Følelsesmessige:</i> svingninger både i mottakelighet fra andre og opplevelse av egne – om å gi seg over. Selvrespekt/respekt – anerkjennelse; om å se og bli sett – bekreftelse/ikkebekreftelse – selvaktelse og verdighet både som menneske og som pasient – doble beskrivelser; sårbarhet, nærhet, følsomhet, ta og bli tatt på alvor. Stemningsmenneske og stemningslidelse. Omsorg og engasjement for og i andre; organisert, frivillig, som livsprosjekt, familie, venner og naboer. Sykdommen er også en metafor for lettelse, fristed og forsoning i.f.t. skam og anger. Fysisk aktivitet – kropp og sjel. Relasjonell sårbarhet som undertema – eksistensiell sårbarhet – sårbarhet som person og pasient – sykdom og lidelse.</p>
<p><b>K 1:</b> Jeg er glad for hver dag jeg er frisk. Og tar hver dag som en gave, det gjør jeg.</p> <p><b>K 2:</b> Og du gjør ting du angrer på etterpå, sier og gjør ting, men jeg har ennå ikke til</p>	<p><b>SELVFORSTÅELSE;</b> <i>Selvbildet eller selvaktelsen som en del (?);</i> konstruksjon/ stabilt – normal/gal – i/utenfor manien; normal eller deprimerert – Verdighet og egen</p>

dags dato gjort noe verre enn folk har hilst på meg etterpå. For det er ingen som har unnvært meg får jeg si eller unndratt seg meg. Hva folk tenker om meg, det kan ikke jeg bry meg om, jeg, for da ville det vært skandale. Jeg kan ikke bry meg om hva folk tenker om meg, men jeg må prøve å oppføre meg så folk ikke tenker dårlig.

**K 3:** Jeg husker alt, det gjør jeg. Alt jeg har gjort når jeg har vært dårlig, jeg har ikke bedt om å få noen sykdom, jeg har ikke ønsket meg sykdom. Da har jeg heller ikke ønsket meg de dumme gjerningene jeg har gjort. Jeg har det beste grunnlaget og erfaringa sjøl. Jeg tror jeg har vært for velreflektert for dem. De er nesten redd meg. Jeg føler at jeg er et tenkende menneske. Når en ikke har fått være med og tenkt sjøl, så er en ikke fornøyd. Da blir en mistenksom og så prøver en å gjøre dumme ting.

**K 4:** Jeg tenker ikke mer på hva de andre sier, før var jeg veldig hårsår på hva de andre tenkte og mente om meg. Det har jeg klart å bli mye flinkere til og sagt, at det tenker jeg nok ikke så veldig mye på. Jeg er meg sjøl og står for den jeg er.

**K 5:** Jeg kan måle meg med hvem som helst. Jeg har forandret meg totalt, tankemessig.

**M 1:** Jeg lar meg påvirke. Jeg tar signaler. Jeg ser sammenhenger. Jeg har meget stor rettferdighetssans og hater å bli tråkket på. Jeg føler meg stemplet.

**M 2:** Jeg er en planlegger. Det å sette grenser, det må jeg bli flinkere til. Å sette grenser for meg sjøl og andre, det blir veldig viktig.

**M 3:** Nå må jeg vel bare innrømme at jeg har hatt vondt for å innrømme at jeg har vært syk i det hele tatt. Så det er vel først i det siste at jeg har innrømmet for meg sjøl at jeg er syk. Det jeg går rundt og tenker på mye, det er jo hvor er jeg som person i dette bildet her? Hva er meg av dette? Jeg har funnet ut at i de siste årene så har jeg vel lite vært meg i det hele tatt, ikke sant, jeg har vært enten manisk eller depressiv.

**M 4:** Jeg mistet så veldig mye selvtilit. Jeg hadde liksom ikke trua på meg noen ting. Jeg får meg ikke til å hate folk. Jeg har det ikke godt da hvis jeg hater. Jeg tror det

verd.

*Narrativer:* om livet, mani, forklaringer, om å være psykiatrisk pasient/menneske, livsmotto, om intervjuet, om strukturer, om seg selv som menneske og mening med livet.

Bekymring og engstelse i familie; "trusler", tutor, tvang/frivillighet, Innleggelse – venting.

Egen erfaring som basis for konkret og prosessuell kunnskap; erfaring av tilbakevendende handlinger og opplevelser; "Bruset" – "Angsten".

Forandring(er) i prosess og livsprosess; tiden og livet ; nå – da – framtid.

Brudd i tid; før – etter; tid i.f.t. sykdom, lidelse, livet og nære andre.

Menneskeverd som et manisk menneske/manisk pasient.

Menneskelig og humanisme – rettigheter og plikter; konkrete væremåter, isolering/delaktighet

Respekt/selvrespekt; om å ta og bli tatt på alvor – bry seg om

faktisk er den viktigste årsaken til at jeg har det bra. Jeg har kvittet meg med de vonde tingene der. Men jeg er innmari glad for at jeg har, at jeg har to unger, altså.

**M 5:** Det som tross alt er lidenskapen, spesielt på den tida her. Jeg fisker jo om sommeren og går på jakt om høsten. Å ta fra meg lidenskapen, og ødelegge en del av livet mitt. På grunn av deres frykt.

**M 6:** Det eneste du klarer, det er og så, forberede neste dag som kommer. Jeg har aldri hatt den tanken at det kan ikke jeg gjøre fordi jeg er manisk.

**K 1:** Det begynner med at jeg blir søvnløs. Jeg har vært tvangsinnlagt hver gang. For der mistrives jeg så felt, så det, på posten. Det var forferdelig.

**K 2:** Det er ikke hver gang du finner deg i å bli innlagt. Flere ganger jeg har blitt tvangsinnlagt, uten å bli spurt om jeg vil.

**K 5:** Jeg har vel egentlig aldri vært innlagt frivillig, jeg. Det er to måter å snakke til meg på. Det er som en pasient og som en person som er nesten frisk. Jeg møter veldig mye uforstand. Men de som skjønner meg, de, de som har størst livserfaring.

**M 2:** . Det er litt mye med det med bestefar, altså, merkelig nok så er det det hver eneste gang. Jeg skjønner ikke det, han går igjen mye i de innleggelsene, da.

**M 3:** Jeg har vært innlagt med tvang og vært innlagt frivillig. Jeg kan ikke si at det har hatt noen betydning for meg. En kunne ha ønsket at det hadde gått an og gjort noe mer uten medisiner. Man kan vel ha inntrykk av at de tyr lett til medisiner der.

**M 4:** Det er ikke likt hver gang. Noen ganger så føler jeg det at det ikke er noe gærnt. Andre ganger så kan det være mer sånn at jeg liksom gjør ting som er litt unormalt, men jeg er ikke helt klart over det liksom før etterpå

**M 5:** Så jeg har jo visst hele tida at jeg hadde psykiske problemer, sånne svingninger, altså at jeg hadde det med jevne mellomrom. Det er mye medisiner. Det har stort sett vært medisiner hele tida, de to-tre siste åra. Kona er redd for at det skal skje igjen. Jeg

**GJENNOPPLEVELSE;** *Gjenkjennbare tegn:* konkrete uttrykk, relasjonell og følelsesmessig samspill og kommunikasjon i familie og venner, symbolske og metaforiske handlinger og opplevelser - finnes det en mening? *Gjennomplevelse:* situasjoner, opplevelser, følelser, erfaringer, livet og det å være pasient. Start; lite søvn – uro – gira – handle – prate – ikke-medisiner – kunnskap om mønstre og regelmessighet – gjenkjennende rutiner  
Gjennomplevelse i.f.t. mønster i oppbygging, i manien, tvang, innleggelse – og ikke minst i.f.t. hendelser og opplevelser knyttet til dette; eksvis. K2 / M2 – mønster og rutiner også i.f.t. posten.

<p>har det i bakhodet hver eneste dag. Det er der hver eneste dag. Spøkelse, liksom.</p> <p><b>M 6:</b> Jeg leste ei artikkel om manisk-depresjon. Der sto det akkurat det, hva de som hadde mani kunne gjøre. Det var akkurat det jeg hadde gjort, helt oppskriftsmessig. Prosedyren er at du begynner liksom med rom langt ned i gangen og så går det et rom oppover og oppover.</p>	
<p><b>K 1:</b> Du fikk jo aldri prate når du skulle. De skulle bry seg mer om en som kommer inn der, for den er så ressurssvak som det går an. Skal vise litt varme, ikke vise en kald skulder å gå og bare medisinerer en.</p> <p><b>K 2:</b> Å få legge seg å hvile med det første. Få komme i seng. Legge seg. Og det å så få prate. Legge seg og være trygg for at du har vært innenfor murer som de ikke kan skyte igjennom. Det er trygt på Sannerud. Det eneste aberet er at de er for få personer og har for liten tid. Til å prate.</p> <p><b>K 3:</b> For det skal en ikke prate om i posten og det har vi fått beskjed om og det holder jeg meg unna: ikke sykdom, ikke religion og ikke politikk og ikke inn på rommene til hverandre, det er fire regler det der.</p> <p><b>K 4:</b> Du følte deg kanskje veldig mye alene. Så det var veldig, veldig positivt å kunne hvile. Det var ikke alltid at du måtte være med i et eller annet opplegg, men at du fikk hvile på og gjøre det du hadde lyst til sjøl.</p> <p><b>K 5:</b> De prøver så godt de kan å gi meg trygghet.</p> <p><b>M 1:</b> Det er du som er hovedperson. Det er du som er gullkalven. Det skal være som å komme på et hotell. Det er et gjerde på Sannerud, det er ikke for å forhindre at du skal romme, men det er for å beskytte deg fra dine overgripere. Sannerud er et fristed. Sannerud skal være et hotell, der alle skal stå på pinne for deg å sørge for at du finner roen og kan lære deg til å ta kontroll over deg selv og gjennom det ta kontroll over livet ditt og definere hvem er mine overgripere?</p>	<p><b>ARENAER:</b> Himmel eller helvete; hotellet eller torturkammer; kamp eller overgivelse; fight or flight – og alle mellomposisjonene. <i>Opplevelser;</i> trygghet/utrygghet, delaktighet, verdighet, bekreftelse, autonomi, møtene, estetikk og etikk.</p> <p>Metaforer som; murene lukker seg, tomme seg (Katarsis), hvile ut.</p> <p>Sove, spise og prate – betydningen av rutiner. Syk(t)hus.</p> <p>Tiden som sirkulær og liniær; bedring og venting.</p> <p>Pasientfellesskapet og pasienthierarkiet – det samme med ansatte og samspillet mellom disse. Røykerommet og samtalen.</p> <p>Tvang som opprør og behandlingsresistens; nedverdiggelse og frivillighet som innsikt og motivasjon; høyverdiggelse?</p> <p>Kronifisering – veien videre; kommunehelsetjenesten?</p> <p>”Shelter for the storm” trygghet og beskyttelse. Hvile; både fysisk og psykisk; kroppslig slitenhet – ”Trøtthetsprosjektet” – hvile i seng, ro, mat er det fysiske behovet og samtalen og samværet det psykiske? Forholdet mellom hvile og aktivitet – er det mulig å ha det rolig?</p> <p>Anbefalinger fra i.p. til god pleie og behandling?</p> <p>Skjerming som en egen arena både som beskrevet og opplevd; kontroll og trygghet.</p>

**M 2:** Når du ikke skjønner systemet, så er det vanskelig å forholde seg til sykdommen sin. Jeg folte meg usikker rett og slett, veldig usikker. Jeg vil ha ro. Ikke så mange ting å finne på, komme seg på beina igjen og spise god mat. Sove. Snakke med legen.

**M 5:** Jeg hadde ikke noe særlig behov for å treffe andre folk når jeg var på skjerming heller. Jeg satt der og skalv i angsten kan du si og røykte som en svamp.

**M 6:** Jeg har ikke lagt an på å ta kontakt med medpasienter. Et par ganger har det vært medpasienter som jeg har kjent ifra distriktet her, men, jeg har bare liksom sagt, hei, når vi er ved maten og slik, jeg. For jeg vet ikke om de vil liksom ha noe kontakt. Når ikke det de tar kontakt med meg, så vil ikke jeg ta kontakt med dem.

**K 1:** Det var spesielt ei som plagde livet av meg omtrent. Hun var psykiatrisk sykepleier. Assistentene hadde mye mer greie på alt enn disse psykiatriske sykepleierne. De gikk fra læreboka, de, det skjønte jeg ikke noe av. Alt for mye å gjøre der. Du var et nummer i rekka. Det er så kaldt og upersonlig. Det som gjorde at jeg overlevde var en assistent. Han hadde så omsorg for meg. Han var menneskelig.

**K 3:** Hadde ikke noe fagpersonell å prate med. Som kunne få ta imot alt det jeg bærer på og har båret på fra barndommen. De bare ga meg en kopp kaffe og sa du får gå å legge deg. Det er omtrent som å smøre salve utpå en, når verkebyllen er så stor, så smører de salve på toppen. Jeg trenger noen å prate med som kunne skjøne hvordan jeg egentlig hadde det innerst inne, få løst opp litt, for jeg har på følelsen at jeg har hatt en knute inni meg.

**K 4:** Jeg reagerte på at det var mannlige pleiere. Det var noe ved dem, for du hadde opplevd såpass mye leie ting rundt dem.

**K 5:** Jeg sier det at til mer skolegang folk har, jo mindre forstår de dette. Kan ha likeså god hjelp av en topp uskolert person. Livserfaring det savner jeg veldig. De

**MØTER;** *Mellom pasienter;* samtale og fellesskap, hierarki – *Med ansatte;* kontroll; tillit vs. mistillit, kontakt/ikke-kontakt, overgrep og krenkelse, håp og støtte – skjerming. *Ulike møter;* historier om møter – **MØTET** og opphold; erfaringer om dannelse og tilpassing i og utenfor sykehuset – *Tiden;* holdning, atferd og vurdering i.f.t. å vente (fenomenet). *Oppfølging;* samarbeid og kontakt.

Samtalens betydning som metafor for å tomme seg og bedring  
Samtalenes innhold og paradokser; om skjerming, røykerommet og paradokser - forholdet mellom system og individ; alle for en – en for alle – individualitet – diskrepans.

Yrkesgrupper; teoretisk og praktisk erfaring – livserfaring

Den ene personen – relasjonell erfaring og kunnskap

Forsoning med personer og situasjoner fra posten

Møter med ansatte i kommunehelsetjenesten



som skjønner meg, de har størst livserfaring. De som har størst livserfaring det er hjelpepleiere. Han snakker rett til meg, og var topp uerfaren. Brukte ikke ordet psykiatri før, visste ikke noe om noe. Han har topp livserfaring, ikke noe skolegang.

**M 1:** De bryter menneskerettighetene så det blåser.

**M 2:** Det var jo mange gamle som jobbet der, som har gått i det gamle hele tida og litt spesielle folk. Det er ikke alle som jobber der, hjelpepleiere, som er like flinke.

**M 3:** Du kan vel føle litt usikkerhet hos personalet på det at de ikke vet hva de skal gjøre for å hjelpe deg. Men, de er der for deg. Det er de, og den følelsen jeg har som hjelper meg, det er tryggheten. Det er faktisk en trygghet at døra er låst også.

**M 4:** Det som hjalp meg, det synes jeg var å kunne lære meg å tenke positivt. Det var det faktisk ei dame som var pleieren min. Hun satte håpet i meg liksom. Jeg tror det var måten hun snakket til meg på, jeg, altså. Slik at jeg liksom fattet et håp. Det har veldig mye å si hvem en snakker med, altså.

**M 5:** Du må ta meg på alvor. Det var liksom forskjellen, noen folk kunne du prate med og andre folk var jo vanskelig å prate med. Det trenger ikke å være feil med noen av oss sånn sett. Men passer bare ikke der. Kjemien er ikke der, altså. Det stemte ikke. De må kunne lytte til meg og ha tid til å høre.

**K 3:** "Jeg driter i tilliten din jeg," sa pleieren. Det er ikke riktig å behandle et menneskesinn på den måten. De må være tålmodige og prater med meg, for jeg er et menneske av veldig mange ord. Og jeg blir enda mer når jeg er manisk.

**K 4:** De var veldig flink med jenta mi, for hun fikk en innmari sånn skyldfølelse for at jeg kom dit. For jeg følte det kanskje som et samleband, en fabrikk. Når du ser tilbake på det nå, så var det liksom å gjøre ferdig en ting og så slutt og ferdig.

**K 5:** Du skjønner de snakket ikke til oss. For de var så uerfarne at de regnet ikke med at vi kunne føre en vanlig samtale. Men etter en måneds tid, så kom psykologen inn i

**RESPEKT; relasjonell:** den andre - ansvar, appell og væremåter – om å se og bli sett; respektert og tatt på alvor. *Den andre:* galskap/normalitet, psykiatrien som dreiningspunkt, relasjonell forvitring/globalisering, fremmedgjorthet og nærhet, psykiatriske pasienter som speilbilde på våre tidsmessige savn om tid og nærhet. Etik; integritet og autonomi; individualitet og kollektivet. Valg. Arbeid og utdanning. Makt/avmakt – humanismens vilkår – det ondes problem Individualitet/kollektivet; hvordan vil du ha det?

bildet. Og det var den første person som førte en normal samtale med meg, og da snakket jeg ordentlig til han. Det er to måter å snakke til meg på. Det er som en pasient og som en person som er nesten frisk.

**M 1:** Pasientene har blitt trakassert, ikke tatt på alvor, ikke fått den hjelpen de egentlig burde ha. De tar ikke folk på alvor. De ytrer seg på en slik måte at du blir mer syk enn du var før du kom inn. Det er det som er, vi er nødt til å begynne å prate, en dialog, å ha et felles ståsted. Assistentene er de mest forståelsesfulle, men de har de minste fullmaktene og er de absolutt reddeste for å gjøre feil. Grunnen til at jeg sluttet i jobben, var at jeg følte at jeg ble ikke tatt på alvor.

**M 4:** Det var veldig plassmangel. Da velger de kanskje ut de som de ser best ut, da. Men jeg tror bestemt at det jeg nok kanskje ikke skulle ikke ha vært skrevet ut, men at de valgte å skrive meg ut, da. Det gikk bra allikevel.

**M 5:** Jeg følte også at det var sånn nedsettende tone overfor pasientene, le litt overfor meg og så kanskje enda mer overfor hun andre. Det klagde jeg også på. Fikk en beklagelse fra fylkeslegen. Jeg tror nok jeg satte meg litt i respekt. Med det jeg sier og gjør og. Med de klagene jeg kommer med, at det var berettiget. Jeg visste jo det. Og fylkeslegen tok meg på alvor og.

Valg av primærkontakter – kontinuitet og fragmentering

Samarbeid mellom sykehus og kommune – mellom sykehus og familie

Skjermet – etikkens innerste og mest usynlige rom?

Hva kan vi være sammen om?

Dannelse – sosialisering – undertrykkelse; å lære og lære å være pasient

Forholdet mellom menneskelig like verd og asymmetrisk menneskelig forandringsarbeid.

## Analyse av 1. fokusgruppeintervjuer, delstudie II

Denne analysen representerer en preliminær analyse av intervju I fra de to fokusgruppene. Temaområdene fra den preliminære analysen ble brukt som basis for fokusgruppeintervju II gjennomført 13. og 14. 05.01. Den preliminære analysen ble slik sett kommunikativt validert gjennom fokusgruppeintervju II samt ved gjennomlesning av hovedveileder og innarbeiding av dennes kommentarer.

Tabell 1 Forståelse av mani som fenomen og lidelse.

Eksempler på utsagn	Innhold	Temaområder
<p>"De hadde gjennomgående ikke dårlig tiltro til seg sjøl og hadde ikke da i realiteten noe dårlig selvbilde".</p> <p>"Det er jo slik som pasientene sier det. At de vil være maniske, for det er så deilig. Føler seg som overmennesker. Og likeens den depressive fasen de er livredde skal komme".</p> <p>"Hva er den maniske pasienten og hva er personligheten i seg sjøl? Hvem er personen?" " Mellomfase hvor man ikke er noe? Eller hvor du virkelig er noe?"</p> <p>"Hvor ligger personligheten til en manisk-depressiv? Er personligheten der når han er kanskje mest manisk eller når han har lengre perioder hvor han er depressiv?"</p> <p>"Det er jo da de kanskje er på det nivået vi kaller mest normalt, da, og at de, da husker de jo alt som har skjedd når de har vært maniske. Og så er de jo veldig redde for og de føler jo både skyld og skam for det de både har sagt og gjort, både overfor sine pårørende og kanskje hva de har vist hos oss".</p>	<p>Selvbildet</p> <p>Selvbevaring – "Self-preservation"</p> <p>Brytningstiden</p> <p>Maniens personlighet</p> <p>Galskapens normalitet</p> <p>Anger og skam</p>	<p><b>MANIENS MANGFOLD</b></p>
<p>"Det er mye lettere når vi kjenner pasienten. Vi behandler dem ulikt en fremmed pasient og en godt kjent en.". "Det er så individuelle forskjeller på folk, likeså mye på denne diagnosen som på andre diagnoser".</p> <p>"Jeg tenker sånn i forhold til individualitet og pasientkunnskap og vår fagkunnskap at det må gå an å prøve ut samkjøring av dette for å få fram individualitet".</p> <p>"Det er ikke alltid vi skal spørre og grave. Hvis han trenger ro og hvile, så må han få ro og hvile".</p> <p>"De som har behov for å snakke, hvor mye er</p>	<p>Gjenkjennelse</p> <p>Maniens individuelle uttrykk</p> <p>Behovet for ro og hvile</p> <p>Samtalens betydning og</p>	<p><b>MANIENS INDIVIDUALITET</b></p>

<p><i>det de skal snakke? "</i></p> <p><i>"Jeg mener vi kan jo ikke bare sette ned foten hele tida og si at dette her snakker vi ikke om her, nå må vi på rommet."</i></p> <p><i>"Jeg opplever i hvert fall at mange pasienter er veldig redd andre pasienter, for sjøl så har de så store problemer og er i så følelsesmessig ubalanse at hvis de da skal ta innover seg andres følelsesproblemer, så det blir veldig vanskelig".</i></p> <p><i>"Og selv om vi personalet kanskje ikke aksepterer så mye, så gjør andre pasienter det, for det er ikke andre pasienter som klager hvis en pasient gjør et eller annet, det er vi personalet".</i></p> <p><i>"Det er jo ikke så lett å være på skjerming bestandig hos en manisk pasient, for man skal være varsom ved hva man gjør og hva man sier".</i></p> <p><i>"La oss si en pasient på skjerming, der er det øyeblikket som teller, ikke morgendagen og fagkummskapen, men det er øyeblikket. Hva gir det personalet meg i øyeblikket når jeg har behov for akkurat den handa eller?"</i></p>	<p><b>avgrensning</b></p> <p><b>Opplevelse av medpasienter</b></p> <p><b>Møte med andres lidelse</b></p> <p><b>Å være skjermet</b></p> <p><b>Den fintfølende situasjonsfornemmelsen</b></p> <p><b>Skjønn</b></p>	
<p><i>"Jeg føler at det noen ganger kanskje vi overkjører, men gjør vi det til pasientens beste?"</i></p> <p><i>"Jeg reflekterer over at man i gitte situasjoner kanskje mener å gjøre ting riktig og så viser det i dine intervjuer at kanskje man ikke har gjort ting riktig".</i></p> <p><i>"Det kan hende at vi tar ofte feil, fordi en pasients væremåte ute i samfunnet kan være ganske normal."</i></p>	<p><b>Undringens ettertenksomhet</b></p> <p><b>Dilemmaet autonomi vs paternalisme</b></p> <p><b>Parallellprosesser</b></p>	<p><b>USIKKERHETENS DILEMMA</b></p>

Tabell 2 Konsekvenser for klinisk praksis.

Eksempler på utsagn	Innhold	Temaområder
<p>"Jeg har opplevd at mange føler det som en veldig krenkelse å bli lagt inn på tvang".</p> <p>"Jeg har en mistanke om at i hvert fall enkelte pasienter ikke tør å helt betro seg til personalet av ulike grunner og årsaker i form av en redsel for at de kan bli straffet på et eller annet vis. De blir kanskje holdt lenger på skjerming, de får mer medisiner og må være litt mer forsiktig".</p> <p>"Jeg tenker litt i forhold til hvor mye, hvor annerledes skal folk ha lov til å bli før eller hvor mye en skal kontrollere i forhold til det".</p> <p>"Og hvor går grensa for hva du må tåle? Og dette synes jeg er vanskelig balansegang".</p>	<p><b>Kontroll vs frihet</b></p> <p><b>Overgrep og krenkelse</b></p> <p><b>Fortrolighet vs mistanke</b></p> <p><b>Tillit vs mistillit</b></p> <p><b>Straff vs belønning</b></p> <p><b>Normalitet vs. galskap</b></p> <p><b>Kaos vs orden</b></p>	<p><b>OMSORGENS DIALEKTIKK</b></p>
<p>"Jeg tror at empati, å vise medmenneskelighet tror jeg er det viktigste. Respekt og være medmenneske".</p> <p>"Det som sitter igjen, det er tilstedeværelse og være tilgjengelig og være til disposisjon".</p> <p>"Hun mente at jeg hadde lært minst like mye av å lytte på pasientene, hun".</p> <p>"Og dette med at vi alltid må ha respekt uansett og ta pasienter på høyest alvor med medmenneskelighet og omtanke, omsorg og tillit ikke minst".</p> <p>"Pasienter er så prisgitt om ikke vår makt, så våre regler. Det må føles ganske beklemt i visse situasjoner".</p>	<p><b>Verdier</b></p> <p><b>Respekt/selvrespekt</b></p> <p><b>Tilstedeværelse</b></p> <p><b>Praksis – i tid, ord og handlinger</b></p> <p><b>Profesjonell vs. erfaringsbasert kunnskap</b></p> <p><b>Innlevelse, forståelse</b></p> <p><b>Situasjonsfornemmelse</b></p> <p><b>Systemkunnskap</b></p> <p><b>Makt/avmakt</b></p>	<p><b>OMSORGS-RELASJONENS GRUNNLAG</b></p>
<p>"Jeg synes at vi er ganske flinke til å lytte til pasientens ønsker om å få fortsette med en som han da har hatt god allianse med og så bygge videre på det".</p> <p>"For jeg vet det er mange pasienter som har spurt om og det blir avslått. De får pent ta til takke med den de blir satt til. Det er en regel".</p>	<p><b>Relasjonell inntoning og samstemthet</b></p> <p><b>Regelstyring</b></p>	<p><b>RELASJONENS KRAFT</b></p>
<p>"Jeg synes det er veldig spennende at man kan komme et annet menneske i møte ved å dele noen av livets erfaringer. Og jeg mener altså det må jo kunne gå an uten at man da er for privat, for det da framstår du som et menneske og ikke som en kanskje litt farlig fagperson".</p>	<p><b>Fag og person</b></p>	<p><b>MEDMENNESKELIG FAGPERSON</b></p>



## Analyse av 1. og 2. fokusgruppeintervjuer – Delstudie II

Denne analysen representerer en preliminær analyse av både fokusgruppeintervju 1 og 2 i begge fokusgruppene. Analysen er et produkt av analysen av fokusgruppeintervju 1, det samme i henhold til fokusgruppeintervju 2 og relasjonen mellom disse to analyseprosessene og deres funn. Et første utkast, steg 1, har vært gjenstand for kommunikativ evaluering med veiledere. Dette dokumentet vil bli gjort til gjenstand for kommunikativ validering i fokusgruppeintervju 3 som skal gjennomføres den 28.09.01.

**Tabell 1 Forståelse av mani som fenomen og lidelse.**

Eksempler på utsagn	Innhold	Temaområder
<p><i>"Altså vi snakker om pasienten, altså hvem er personen? Er personen seg selv når han er manisk, eller når han er normalisert midt imellom eller deprimert?(..) "Hva ville den personen ha gjort hvis en ikke var manisk?"</i></p>	Normalitet og galskap	MANIENS MANGFOLD
<p><i>"Hvor ligger personligheten til en manisk-depressiv? Er personligheten der når han er kanskje mest manisk eller når han har lengre perioder hvor han er depressiv?"</i></p>	Mani og personlighet	
<p><i>"Det er jo da de kanskje er på det nivået vi kaller mest normalt, da, og at de, da husker de jo alt som har skjedd når de har vært maniske".</i></p>		
<p><i>"Hva er den maniske pasienten og hva er personligheten i seg sjøl? Hvem er personen?"</i></p>		
<p><i>"De hadde gjennomgående ikke dårlig tiltro til seg sjøl og hadde ikke da i realiteten noe dårlig selvbilde".</i></p>	Selvbevaring	
<p><i>"Det er jo slik som pasientene sier det. At de vil være maniske, for det er så deilig. Føler seg som overmennesker. Og likeens den depressive fasen de er livredde skal komme".</i></p>		
<p><i>"Av pasienter som jeg har mott, så kanskje mannen har et litt mer klarere sykdomsbildet enn mange damer. En pasient., hun forteller om hvordan</i></p>	Kjønn og mani	

humorsvingningene i mani og depresjon henger sammen med menstruasjonssyklus".

"Kvinnene er ikke så stormannsgale når det gjelder å kjøpe bil og selge bil og de skal bygge om i byen og de skal etablere bedrifter. Kvinnene gjør altså ikke det, de er en annen type".

"Det er så individuelle forskjeller på folk, likeså mye på denne diagnosen som på andre diagnoser".

"Jeg tenker sånn i forhold til individualitet, pasientkunnskap og vår fagkunnskap at det må gå an å prøve ut samkjøring av dette for å få fram individualitet".

"Det er mye lettere når vi kjenner pasienten. Vi behandler dem ulikt en fremmed pasient og en godt kjent en."

"Det er jo ikke så lett å være på skjerming bestandig hos en manisk pasient, for man skal være varsom ved hva man gjør og hva man sier".

"La oss si en pasient på skjerming, der er det øyeblikket som teller, ikke morgendagen og fagkunnskapen, men det er øyeblikket. Hva gir det personalet meg i øyeblikket når jeg har behov for akkurat den handa eller?"

"Det er ikke alltid vi skal spørre og grave. Hvis han trenger ro og hvile, så må han få ro og hvile".

"Det er klart man får jo overføringer, av oppgittethet. Det vil det jo alltid være. Det er viktig å kjenne etter hva man har av følelser i forhold til pasienten".

"De som har behov for å snakke, hvor mye er det de skal snakke?"

"Jeg mener vi kan jo ikke bare sette ned foten hele tida og si at dette her snakker vi ikke om her, nå må vi på rommet."

"Jeg opplever i hvert fall at mange pasienter er veldig redd andre pasienter, for sjøl så har de så store problemer og er i så følelsesmessig ubalanse at hvis de da skal ta innover seg andres følelsesproblemer, så det blir veldig vanskelig".

"Og selv om vi personalet kanskje ikke aksepterer så mye, så gjør andre pasienter

**Maniens individuelle uttrykk**

**Den fintfølende situasjonsforståelsen**

**Behovet for ro og hvile**

**Parallellprosesser**

**Samtalens betydning og avgrensning**

**Møte med andres lidelse**



<p>det, for det er ikke andre pasienter som klager hvis en pasient gjør et eller annet, det er vi personalet".</p>		
<p>"Hva er mellomfasen mellom mani og depresjon? Er det hvor man ikke er noe? Eller hvor du virkelig er noe?"</p> <p>"Pasienter begynner å få lengre perioder med søvn, det roer seg mer i hjernen, mer samlet i samtale og mindre skriverier. Kanskje økt inntak av mat. Gir blikkontakt og mindre motorisk uro"</p> <p>"Det viser seg jo atferdsmessig. Du kan se på bevegelsene. De blir gradvis langsommere. Og mimikken i ansiktet forandrer seg ifra å være lykkelig til å bli mer tilstivnet i uttrykket. De slutter å prate så mye, mer langsommere tale. Så stemma blir dypere. Og så påkledningen, det hører jo til den atferdsmessige biten, ifra det lyse, glade farger og til de mer tunge".</p> <p>"Erfaringen til den enkelte pasient er at det kommer en nedtur før eller siden eller angsten for den. Angsten og depresjonen ligger der mer eller mindre hele tida.(...) Når de er på tur ut av manien, så er det mer dypere problematikk når den lykkefølelsen blir borte. Og samtidig så kommer den her ettertanken på hva de har gjort, noen ganger kan du også høre depresjonen er på vei."</p>	<p><b>Den usikre mellomfasen</b></p> <p><b>Brytningstidens kjennetegn</b></p> <p><b>Psykisk etterslått</b></p> <p><b>Ettertankens dybde</b></p>	<p><b>BRYTNINGSTIDEN</b></p>
<p>"Og så er de jo veldig redde for og de føler jo både skyld og skam for det de både har sagt og gjort, både overfor sine pårørende og kanskje hva de har vist hos oss".</p> <p>"Det er utrolig stor påkjenning for kroppen og ikke minst en skam- og skyldfølelse mange sliter med og".</p> <p>"Hun hadde skyldfølelse for det hun hadde gjort mot ansatte. Det er mange ting som brenner seg inn i deres sinn om deres oppførsel i avdelingen".</p> <p>"Hvis noen hadde krenket meg på noen måte, så tror jeg faktisk at jeg ville unnskyldte den pasienten med at hun eller han er syk. Det ville de ikke ha sagt hvis de var i frisk fase. Jeg lar det ikke feste seg, jeg lar det passere. På den måten har jeg lært meg å overleve på hvis det har vært episoder".</p>	<p><b>Skyld og anger</b></p> <p><b>Unnskyldning og tilgivelse</b></p> <p><b>Forsoning</b></p>	<p><b>SKAM OG TVIL</b></p>
<p>"Jeg tror det er ingen som kan se forandringene så godt som de som lever sammen med pasienten".</p>	<p><b>Samliv og kjennskap</b></p>	<p><b>NÆRE RELASJONER</b></p>

<p><i>"Sjøl om en pasient er innlagt, så er det ingen som kjenner en person bedre som regel enn familien på godt og vondt". Vi er redd for å la folk som ikke prater såkalt normalt å henvende seg til sine nærmeste".</i></p> <p><i>"Det er forskjell på hva pasienten føler og gir uttrykk for, i forhold til hva de nærmeste synes".</i></p> <p><i>"Det å bli fratatt retten til å ringe til sine nærmeste er noe av det verste en kan nekte folk også. Det er kanskje er en del av årsaken til at de blir så aggressive. For en kan tenke med seg sjøl at hvis en ble innlagt på sykehus og ble nektet å ringe til de en synes står seg nærmest, det ville jo være en forferdelighet".</i></p>	<p><b>Rettighetsberøvelse</b></p>	
--	-----------------------------------	--

**Tabell 2 Konsekvenser for klinisk praksis.**

Eksempler på utsagn	Innhold	Temaområder
<p><i>"Det er i hvert fall blitt noe refleksjon rundt enkelte pasienter. Noen føler at en har begått overtramp ved at en ikke har latt den pasienten leve ut sine følelser, at en har vært kanskje for lite tolerante. (...) En pasient var innom oss senere og snakket om at det hadde vært fryktelig toft for henne etterpå. At liksom vi tok ifra henne noe liksom. En form for glede. Livsgleden".</i></p>	<p><b>Undringens ettertenksomhet</b></p>	<p><b>OMSORGENS TVETYDIGHET</b></p>
<p><i>"Jeg reflekterer over at man i gitte situasjoner kanskje mener å gjøre ting riktig og så viser det i dine intervjuer at kanskje man ikke har gjort ting riktig".</i></p>	<p><b>Usikkerhetens dilemma</b></p>	
<p><i>"Det kan hende at vi tar ofte feil, fordi en pasients væremåte ute i samfunnet kan være ganske normal."</i></p>		
<p><i>"Og hvor går grensa for hva du må tåle? Og dette synes jeg er vanskelig balansegang".</i></p>	<p><b>Genuin paternalisme som oppleves som krenkende omsorg</b></p>	
<p><i>"Jeg tror at vi må leve med at innimellom så må vi gjøre ting som føles som overgrep som er til det beste for folk, men som de ikke ser sjøl at er det".</i></p>		
<p><i>"Og den vonde følelsen av at de er fullstendig i vår makt. De er fratatt omtrent alt, jeg blir litt sårbar på den tanken".</i></p>	<p><b>Vissheten om maktutøvelse som krenkende omsorg</b></p>	
<p><i>"Jeg føler at noen ganger kanskje vi overkjører, men gjør vi det til pasientens"</i></p>	<p><b>Overgrep og krenkelse</b></p>	

<p>beste?"</p> <p>"Jeg tenker litt i forhold til hvor mye, hvor ammerledes skal folk ha lov til å bli før eller hvor mye en skal kontrollere i forhold til det".</p> <p>"Jeg har opplevd at mange føler det som en veldig krenkelse å bli lagt inn på tvang".</p> <p>"De føler at de nesten dor når de ikke får ut den kreativiteten og friheten som de trenger".</p> <p>"Det som kan være vanskelig, er hvis de er utprøvende. Og da at personalet er samlet. Da går det på det at du da ikke blir sånn de gode og de onde i personalgruppa. En må stå samlet bak en avgjørelse akkurat på den vakta. Jeg har vært med på at pasienter er ganske flinke til å kunne skape splid om hvem som er den gode og den onde".</p> <p>"Jeg har en mistanke om at i hvert fall enkelte pasienter ikke tør å helt betro seg til personalet av ulike grunner og årsaker i form av en redsel for at de kan bli straffet på et eller annet vis. De blir kanskje holdt lenger på skjerming, de får mer medisiner og må være litt mer forsiktig".</p> <p>"Jeg er alltid vel forlikt med de pasientene jeg sier adjo til. Men det er noe man må ta seg tid til å prate om i ettertid".</p>	<p><b>Kontroll vs frihet</b></p> <p><b>Samstemte holdninger</b></p> <p><b>Tillit vs mistillit</b></p> <p><b>Forsonet avskjed</b></p>	
<p>"Jeg tror at empati, å vise medmenneskelighet tror jeg er det viktigste. Respekt og være medmenneske".</p> <p>"Det som sitter igjen, det er tilstedeværelse og være tilgjengelig og være til disposisjon".</p> <p>"Og dette med at vi alltid må ha respekt uansett og ta pasienter på høyst alvor med medmenneskelighet og omtanke, omsorg og tillit ikke minst".</p> <p>"Jeg synes at vi er ganske flinke til å lytte til pasientens ønsker om å få fortsette med en som han da har hatt god allianse med og så bygge videre på det".</p> <p>"Det er noe med å gripe tak i øyeblikket og la den personen få lov til å være så bra som en er akkurat. "Vi følger hverandres tankegang på en helt spesiell måte når vi er mye sammen". Altså hvis du kjenner litt sånn på magefølelse."</p> <p>"Jeg tror at opplevelsen av at pasientene er</p>	<p><b>Empati</b></p> <p><b>Respekt/selvrespekt</b></p> <p><b>Tilstedeværelse</b></p> <p><b>Tillit</b></p> <p><b>Lytte</b></p> <p><b>Intuisjon og det gyldne øyeblikk</b></p>	<p><b>OMSORGS- RELASJONENS KRAFT</b></p>

<p>så forskjellige er på grunn av at vi er forskjellige".</p> <p>"I manien så er det jo enkelte som er utrolig morsomme. Du vet faktisk ikke hvor du skal gjøre av deg, så morsomt er dette. Og så går du på kontoret og så snakker du litt om det og så ler du og så er det ganske bra ei stund".</p> <p>"Jeg synes det er en krevende pasient når det er en manisk person</p> <p>Å være alene hele dagen med den synes jeg er vanskelig."</p>	<p><b>Forskjellighet</b></p> <p><b>Balansert humor</b></p> <p><b>Det krevende samvær</b></p>	
<p>"Du utfordres da som person, du utfordres til å leve deg inn i lidelse, og du utfordres som sykepleier til å være profesjonell og håndheve eller liksom sette opp grenser og være der".</p> <p>"Både jeg og pasient har behov for å bearbeide liksom ting og episoder som brenner seg fast i hukommelsen. Det kan være en tung konfrontasjon liksom. Det er smerten i lidelsen som jeg føler på som er hos en del pasienter, det er tungt".</p> <p>"(...), de klarer å finne de svakhetene vi har og klarer på en måte å komme med utsagn som kan være både krenkende og nedsettende. Hvis jeg føler meg lite respektert og krenket, så er det i alle fall det som går på meg. Særlig i andres påhør. Jeg synes det er vanskelig å ta igjen i andres påhør".</p> <p>"Det er det å møtes som personer, i et personlig møte. Og hva blir da personlig og hva blir privat? Det er ikke godt å vite, men man skal jo tydeliggjøre seg som person og være en person".</p> <p>"Og jeg mener altså det må jo kunne gå an uten at man da er for privat, for det da framstår du som et menneske og ikke som en kanskje litt farlig fagperson".</p> <p>"Men de er jo mennesker de også vet du – akkurat som oss, og vi bryr oss! De bryr seg om oss de også på en måte. Men da får jeg lite grunn sperre. Tenker, nei, dette blir ikke helt rett liksom, det er jeg som er pleieren. Men selvfølgelig så, det går an det også".</p> <p>"Jeg synes det å jobbe med maniske er veldig utfordrende og spennende. Det handler om hvordan du er som type sjø, om personligheten hos den hjelperen den dårlige møter".</p>	<p><b>Tilstedeværelse i lidelsens uttrykk</b></p> <p><b>Bearbeidelse av smerte</b></p> <p><b>Krenket hjelper</b></p> <p><b>Fag og person</b></p> <p><b>Personlig og privat</b></p> <p><b>Gjenkjennelse</b></p> <p><b>Gjensidighet</b></p> <p><b>Personlighet</b></p>	<p><b>FAGLIG MEDMENNESKE-LIGHET</b></p>

<p><i>"Jeg synes det er veldig spennende at man kan komme et annet menneske i møte ved å dele noen av livets erfaringer"</i></p> <p><i>"Det kanskje å fortelle om egne erfaringer kanskje kunne ha vært, for det at jeg har hatt veldig mye sånne traumatiske ting i forhold til det. Om jeg kunne ha gjort det, og det er sånn, jeg hadde så veldig lyst til mange ganger, men altså jeg valgte ikke å gjøre det for det at jeg synes på en måte jeg kanskje belastet, var det riktig eller ikke riktig?"</i></p> <p><i>"At de (pas) opplever kanskje det er bedre å snakke med assistenten enn sykepleier, den psykiatriske sykepleieren, og det synes jeg er ganske oppsiktsvekkende, da, at det skal være så store forskjeller ut fra det som er dokumentert".</i></p> <p><i>"På en arbeidsplass er det helt andre forventninger til en psykiatrisk sykepleier enn til en assistent".</i></p> <p><i>"Og det var hans (en assistent) avskjedsreplikk til avdelinga: Han ble aldri tatt på alvor".</i></p>	<p><b>Berøringspunkter</b></p> <p><b>Selvinnsikt</b></p> <p><b>Omsorgsrelasjonens belastning</b></p> <p><b>Yrkesgruppenes forskjellighet</b></p> <p><b>Forholdet psyk. spl. og andre yrkesgrupper</b></p> <p><b>Ufaglærtes erfaringer</b></p>	
<p><i>"Og det er jo der kunsten ligger, da, at man er god til å kommunisere. Er man god til å nå inn hos dette mennesket, så har jeg i alle fall sett noen personer som er kunstnere når det gjelder å snakke seg fram til en løsning".</i></p> <p><i>"Vi personalet er sikkert ganske forskjellige på mange områder og jeg tenker på den stakkars pasienten som må hver time forholde seg til et nytt menneske. På skjerming kommer det stadig nye som sitter og med ulike synspunkter. Det er faktisk talt pasienten som må forholde seg til personalet. For ei belastning det må være for en pasient å forholde seg til så ulik personalsammensetting. For selv om vi kanskje er ganske lik på det jagige nivå, så er det jo ikke bare fagprat på en skjermingsenhet, det er jo mange, mange andre ting, ufarlige ting og meninger og synsinger".</i></p> <p><i>"Hvis man hele tida må veie hvert ord, da blir det veldig kunstig. Det blir det ofte et friareal i røykerommet og der snakker de om alt og der får de erfaringer og der kan de diskutere. Det kan lett bli veldig mye sånne skiller, altså innpå rommet så gjør du sånn, man kan jo ikke være helt firkantet".</i></p>	<p><b>Samtalens kunstnere</b></p> <p><b>Personalets og relasjonenes forskjellighet</b></p> <p><b>Innhold, form og kontekst</b></p>	<p><b>SAMTALEN</b></p>

<p><i>"En time kan være lang mange ganger når du går tom for ord. Jeg har sagt at hvis du ikke ønsker å snakke, så kan vi godt sitte bare å tie stille og. Jeg synes at vi noen ganger er veldig masete."</i></p> <p><i>"Det med kommunikasjon, det er jo en bevegelse i språket. Og at ordet skaper hva det nevner. Den bevegelsen ikke bare er selve ordet, men det er ifra dager, strekker seg over tid"</i></p> <p><i>"La han få sitte sjøl, det er ikke alle som er så flinke til å prate og det er ikke meninga alle skal prate så mye heller. La de få skrive ned hvis de har noe som de vil formidle"</i></p>	<p><b>Stille nærvær</b></p> <p><b>Ord beveger</b></p> <p><b>Samtalens begrensninger</b></p>	
<p><i>"For jeg vet det er mange pasienter som har spurt og det blir avslått. De får pent ta til takke med den de blir satt til. Det er en regel"</i></p> <p><i>"Oppgittethet føles sterkt fordi noen ganger så er vi rimelig firkantede i retningslinjer".</i>  <i>"Så er det det med firkantethet i systemet med at er det satt opp ei retningslinje, så skal den varetil neste behandlingsmøte"</i></p> <p><i>"Så vi følger systemet mer enn pasienten. Jeg har jeg tenkt mange ganger at vi er ikke noe humane på en måte, vi er ganske sånn opphengt i systemet mer enn pasienten. Jeg savner litt den der sjølvstendige sykepleietenkinga jeg"</i></p> <p><i>"Pasienter er så prisgitt om ikke vår makt, så våre regler. Det må føles ganske beklemt i visse situasjoner"</i></p> <p><i>"Jeg tror at vi har makt, men jeg er ikke klar over at vi har det. Vi burde vært mer klar over at vi hadde den makta som vi har. Da kunne vi mer protestert. Jeg undres alltid over hvorfor legene kan si imot oss på den måte, når de aldri har med pasienten å gjøre"</i></p>	<p><b>Regelstyring og resignasjon</b></p> <p><b>Individ vs. system</b></p> <p><b>Faglig selvstendighet vs. lojalitet</b></p> <p><b>Makt/avmakt</b></p> <p><b>Profesjonsmakt</b></p>	<p><b>RUTINER</b></p>

Cover illustration: Inger Sandvåg Antonsen isas@online.no



ISBN 82-8086-006-1



**Høgskolen i Hedmark**

Avdeling for  
helse- og sosialfag