

Moden omsorg? En empirisk studie av samhandling mellom psykotiske pasienter og psykiatriske sykepleiere

Marit Helene Hem



Sammendrag

Akuttpsykiatri er en av helsevesenets mest lukkede og kritiserte virksomheter. Kritikken har blant annet vært rettet mot mangelfull omsorg. Marit Helene Hem har i sin doktoravhandling undersøkt sykepleieres omsorg. Hun har deltatt som forsker i hverdagslivet på lukket akuttavdeling hvor de fleste pasienter er tvangsinnlagt for psykotiske lidelser. Hem har hatt et systematisk og langvarig fokus på måter sykepleiere utfører og snakker om omsorgsarbeid på.

Hovedkonklusjonen er at sykepleiens tradisjonelle omsorgsidealer er lite treffende for hverdagen i akutt-

psykiatri. Måter å tenke om sykepleiearbeidet er idealistisk og idylliserende. Idealet om sykepleie som nestekjærlighet uten hensyn til sykepleieres egne interesser og behov står i kontrast til virkeligheten. Den faglige selvforståelsen tilslører at omsorg også er makt og kontroll. Dermed oppstår et uheldig misforhold mellom idealer og realiteter. For å skape et bedre samsvar mellom yrkesidealer og hverdagspraksis tar Hem til orde for en revidering av yrkesidealer i psykiatrisk sykepleie. Hun argumenterer for at omsorg fremdeles bør være kjernen i sykepleie, men omsorgsforståelsen bør nyanseres. Hem introduserer idéen om moden omsorg etter inspirasjon fra feministisk etikk. Idéen om moden omsorg inkluderer hensynet til både pasienters og sykepleieres interesser, samt forståelsen av at omsorg også er og bør være legitim makt og kontrollutøvelse.

Selv om fokuset for denne avhandlingen er sykepleie i akuttpsykiatri,

er den relevant for alle relasjonsarbeidere i psykisk helsevern/helsearbeid. Avhandlingens hovedargument er at det er viktig å forstå sitt fags kunnskapsgrunnlag fordi det gjør det mulig å holde fast ved at det ikke kun er fageksterne forhold (for eksempel økonomi og organisering) som påvirker kvaliteten på den omsorg og behandling man gir. En konstruktiv og kritisk innstilling til sitt fag bør også knyttes sammen med betydningen det har å granske seg selv som relasjons- og omsorgsarbeider.

Innledning

“Moden omsorg” er tittelen på min doktorgradsavhandling (Hem 2008). Utgangspunktet for avhandlingen kan klart relateres til mitt eget langvarige kliniske sykepleiarbeid med en særlig interesse for omsorg og behandling av psykotiske pasienter. Psykotiske pasienter har det til felles at forankringen i virkeligheten er sviktende, de representerer en særlig utsatt og skjør pasientgruppe som strever med tillit til omgivelsene og de har vansker med å relatere seg til andre mennesker (Cullberg 2006, Thorgaard 2006). Det gjelder overfor nære pårørende så vel som overfor helsepersonell. Måten vi som helsearbeidere møter og forholder oss til psykotiske pasienter er derfor avgjørende (Vatne 2003, Norvoll 2007). De

psykotiske pasientene jeg har undersøkt er alle innlagt på lukket akuttavdeling ved sykehus. De fleste er tvangsinnlagt, følgelig er de der mot sin vilje. Dette gjør premisene for utøvelse av omsorg særlig krevende. Samtidig er det også slik at både pasientenes lidelse og omstendighetene – lukket og låst sykehusavdeling – gjør helsearbeidernes omsorg særlig betydningsfull. Omsorg er derfor avhandlingens tematiske omdreiningspunkt. Når det gjelder mitt fag, sykepleie, forstås sykepleie gjerne som altruistiske omsorgshandlinger og verdibevisste tjenester utelukkende til den andres beste. Reflekterer pasienters og sykepleieres erfaringer fra samhandlingen en slik altruistisk omsorgsforståelse? Er det en hensiktsmessig faglig selvforståelse for den enkelte sykepleier og for sykepleie som fag? Disse spørsmålene er utgangspunkt for avhandlingens empiriske undersøkelser og prinsipielle omsorgsdiskusjoner. Jeg mener de også har høy grad av relevans for andre helsearbeidere i psykisk helsevern siden omsorg er en viktig dimensjon i “menneskebehandlende yrker”.

Denne presentasjonen er delt i to hoveddeler, noe som speiler avhandlingens todelte oppbygging. Den første delen handler om empiriske studier av noen utvalgte tera-

peutiske prinsipper som står sentralt i psykiatrisk sykepleie. Den andre delen er tydeligere teoretisk orientert i og med at jeg diskuterer resultatene opp mot to omsorgsforståelser, nemlig altruistisk omsorg og moden omsorg.

Før jeg går inn i dette, skal jeg si noe kort om de forskningsmetodiske fremgangsmåter jeg har benyttet i arbeidet.

Forskningsmetodisk fremgangsmåte

Undersøkelsene er gjennomført ved to skjermede poster ved akuttpsykiatriske sykehusavdelinger. Forskningsmetodisk har jeg benyttet deltagende observasjon, også kalt feltmetode. Jeg har vært til stede på avdelingene i mange måneder og utarbeidet et skriftlig materiale som beskriver livet på postene (Davis 1986, Dewalt & Dewalt 1998, Sciarra 1999, Davis 2001, Harris & Huntington 2001, Gergen & Gergen 2003, Tedlock 2003, Rager 2005, Tedlock 2005, Warren & Karner 2005). Videre har jeg gjennomført individuelle intervjuer med fem pasienter for å få en fordypet forståelse av hvordan de opplever samhandlingen med sykepleiere. Jeg har også gjennomført individuelle intervjuer og gruppeintervjuer med sykepleiere for å få vite mer om hvordan de erfarer relasjoner med pasi-

entene (Maher 1999, Warren & Karner 2005). Alle intervjuene er tatt opp på bånd og skrevet ut. Til sammen utgjør forskningsmaterialet 433 sider med enkel linjeavstand.

Samhandling mellom psykotiske pasienter og psykiatriske sykepleiere

Samhandling mellom psykotiske pasienter og psykiatriske sykepleiere har vært det overordnede fokus. Mer konkret har det empiriske materialet blitt analysert og diskutert ut fra følgende fem temaer (som også er publiserte artikler i internasjonale tidsskrifter): 1: barmhjertighet (Hem & Heggen 2004b); 2: det å balansere mellom å være medmenneske og fagmenneske (Hem & Heggen 2003); 3: sykepleieres avvisning av pasienters virkelighetsforståelse (2004a); 4: urørlighetssonen og grensesetting (Hem, Nortvedt & Heggen 2008) og 5: relasjonell mistillit (Hem, Heggen & Ruyter 2008). Forskningsetiske retningslinjer er fulgt (Helsinki-deklarasjonen 2004, Brinkmann & Kvale 2005). Dog var det forskningsetiske utfordringer knyttet til å observere pasienter på en akuttpsykiatrisk avdeling, og spesielt til forståelse og håndtering av informert samtykke (Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning

2005, Hem, Heggen & Ruyter 2007).

Hvis jeg skal si noe samlende om de fem artiklene, eller delstudiene, er de empiriske utforskinger av utvalgte prinsipper for god psykiatrisk sykepleie. Hovedkonklusjonen er at sykepleiens tradisjonelle omsorgs-ideal er lite treffende for den krevende hverdagen i akuttpsykiatri. Måter å tenke om sykepleiarbeidet er idealistisk og idylliserende. Idealet om sykepleie som selvoppofrende nestekjærlighet, uten hensyn til sykepleieres egne interesser og behov, står i kontrast til virkeligheten. Den faglige selvforståelsen tilslører at omsorg også er makt og kontroll. Dermed oppstår et problematisk misforhold mellom idealer og realiteter. For å forstå mer av hva dette problematiske misforholdet består i, mener jeg det er nødvendig å diskutere det syn på omsorg som ligger til grunn for sykepleieutøvelse. Resten av fremstillingen er viet slike omsorgsdiskusjoner.

Spørsmålet jeg nå stiller er altså hvordan empiriske funn – eller data-materialet - fra samhandling mellom pasientene og sykepleierne utfordrer idealet om selvoppofrende, altruistisk sykepleieomsorg? Dette spørsmålet innebærer at jeg trekker linjer mellom konkrete empiriske funn og tanken om sykepleie som

selvoppofrende, altruistisk omsorg. Sagt på en annen måte ønsker jeg å diskutere noen sider jeg finner problematiske eller utfordrende med et ideal med lange røtter og dype tradisjoner i sykepleie (Martinsen 1989, 1993, 2000, Nortvedt 1996, 1998, 2003).

Først vil jeg utdype begrepet altruisme. Det blir forstått på ulike måter. Bredt forstått innebærer det å ta hensyn til andres behov og interesser (Blum 1980). Slik sett, er altruisme uproblematisk, og, vil jeg si, en sakssvarende karakteristikk av sykepleie. En gjennomgang av eldre, nyere og helt ny sykepleielitteratur (Kristoffersen & Nortvedt 2005) viser imidlertid at sykepleie ofte kobles sammen med idealet om altruisme i selvoppofrende forstand (ibid., Vetlesen & Nortvedt 1996). Det jeg mener er problematisk er når den andre alltid har førsteprioritet, da blir omsorgen forstått utelukkende som uegennyttig og selvoppofrende.

Videre skal jeg sette søkelys på hva som er problematisk eller utfordrende gjennom å gå inn i fire argumenter:

1. Tilsløre barskheten i akutt-psykiatri

I en artikkel (Hem, Heggen & Ruyter 2008) beskriver mine medforfat-

tere og jeg akuttpsykiatri som et barskt felt. Denne barskheten knytter vi særlig til at forhold mellom psykotiske pasienter og sykepleiere kan være preget av konflikt og kamp, at pasientene sliter med tunge og omfattende problemer som griper dypt inn i evnen til å fungere i hverdagen, og at sykepleierne må bruke tvang, trusler, overtalelser, eller med andre ord både synlige og mer skjulte former for makt. Når en slik barskhet søkes forstått og beskrevet gjennom begreper som helhet, humanisme, barmhjertighet og tillit, oppstår en problematisk "mismatch". Det er mismatchen - misforholdet, diskrepansen - mellom hva som beskrives som ideelt og hva som er faktisk realitet. I akuttpsykiatri er det lite av, eller i alle fall er det vanskelig å få øye på, den mykhet, vårhet, godhet og selvoppofrelse som vi gjerne assosierer med altruisme. De idylliserende utlegningene tilslører denne uttalte "barskheten".

2. Invitasjon til idyllisering

Omsorgsgiveren skal ikke forvente noe tilbake for sine ytelser. Omsorg er uegennyttig, den er til utelukken- de for den andres skyld. Omsorg blir opphøyet til en holdning, en dyd, noe som går på bekostning av å fokusere på handlinger i sykepleien, i følge Olsvold (2000). Å vektlegge omsorg som en individuell

forutsetning kan føre til idealisering og idyllisering, romantisering og mystifisering av sykepleie, og en tilsvarende neglisjering og tilsløring av andre viktige forhold, som at sykepleie også er et praktisk arbeid som krever tid, ressurser og gode organisasjonsformer. Det tar bort fokuset fra handlinger, og vurdering av hvilke handlinger som er gode og riktige ut fra den enkelte situasjon og pasient.

I en artikkel (Hem & Heggen 2004b) trekker vi frem en annen side ved idyllisering. Vi spør om ikke det å introdusere barmhjertighet i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2001, 2007) som en beskrivelse av hva sykepleie bør være, kan skape et problem fordi det ikke samsvarer med pasienters erfaringer. Mange studier viser at pasienter savner at sykepleiere i større grad ser, hører og forstår hvordan deres opplevelser og erfaringer arter seg. En beskrivelse av sykepleie som barmhjertighet kan således for pasienter oppleves som langt fra den virkelighet de erfarer. At det også kan krenke pasienter, har Heggen (2002) vært opptatt av. Erfaringen av å være avvist kan krenke. I en artikkel (Hem & Heggen 2004b) viser vi hvordan pasienten Finn er opprørt over at han ikke blir imøtekommet på det som er viktig for han i situasjonen, nemlig

det at han er tvangsinnlagt. Han skjønner ikke poenget med det, han er uenig i vurderingen som ligger til grunn for avgjørelsen, han forstår ikke hva som er planen for han, han skjønner ikke hva som skjer og han føler han ikke har noe myndighet i eget liv lenger. Han blir møtt av en sykepleier som lytter oppmerksomt, lar han få snakke ferdig, men som ikke gir han noen svar han kan forholde seg til der og da. Sykepleieren sier at temaet han tar opp ikke hører hjemme i den situasjonen, at det er et personlig anliggende han må snakke med legen sin om. Han føler han ikke kommer noen vei, det som er viktig for ham blir henvist videre. Sagt med Sætersdal & Heggen (2002, s. 9) kan det som skjer her forstås som en form for “småskala-ondskap”. Det betyr ikke at denne sykepleieren er ond, men det betyr at denne sykepleieren er med å forvalte en faglig forståelse og en institusjonalisert mistillit som er slik at i møte med pasienter kan det oppleves som krenkende. Om “småskala-ondskaperen” sier Sætersdal & Heggen (ibid., s. 9) at den ikke er livstruende, men den “krenker menneskelig verdighet i hverdagen og gir mennesker følelsen av å være betydningløse og uverdige”. Selv om hensikten er den aller beste, er ikke resultatet nødvendigvis godt for den det gjelder. Denne formen for krenkelser skjer hver dag, hele tiden.

3. Kamouflasje av makten

Hvis vi går ut fra premissen om at omsorg og makt er tett knyttet sammen, kan det å ha altruistisk omsorg som ideal i sykepleie kamouflere at man i realiteten også er en utøver av makt. Idealene om altruisme, humanisme, barmhjertighet og omsorg har vært diskutert kritisk i sykepleie nettopp av denne grunn. Juritzen & Heggen (2006, s. 62), for eksempel, sier: “Maktens ubehag avtar når den ikke omtales ved navns nevning, men skjules av honnørord som helhetlig omsorg, empati og respekt for individets autonomi”. I en artikkel (Hem, Heggen & Ruyter 2008) drøfter vi hva som skjer mellom pasienten Joe og sykepleierne. Vi spør hvordan vi kan forstå sykepleiernes manglende involvering og avstandtagen i situasjonen der Joes sårbarhet er åpenbar? Asymmetrien i relasjonen mellom ham og sykepleierne er like åpenbar. Han er helt prisgitt sykepleierne (Donovan 2000). For å forstå dette, trenger vi å se mistillit og tillit i sammenheng med både sårbarhet og makt. Den norske filosofen Harald Grimen (2001, 2004) har diskutert denne sammenhengen. Grimen (2001, s. 3617) mener at analyser av tillit som utelukker makt er naive, og analyser av makt som utelater tillit, er grunne. Å koble maktperspektiver til analyser av tillit gir oss et rikere teoretisk analyseapparat for å

forstå de sosiale vilkårene for etablering, utvikling og forvitring av tillitsrelasjoner (ibid.). Maktperspektivet er fruktbart, særlig fordi det tydeliggjør den fundamentale asymmetrien pasient-sykepleier relasjoner karakteriseres ved.

4. Immunisering mot kritikk

Hvem kan tillate seg å kritisere en sykepleier som kun gjør sitt beste? For en profesjon å ha idealer kan også immunisere mot kritikk. Å holde frem at sykepleiers idé og hensikt er helhet, tillit, gjensidig respekt, omsorg, barmhjertighet kan ha den faren knyttet til seg at man blir uangripelig for kritikk. Thorsen (2003, s. 128) formulerer en slik posisjon på følgende måte: “Også omsorg og gode gjerninger overfor hjelpetrengende kan innebære maktutøvelse, men den er ofte usynlig, skjult av de gode hensiktene”. Flere av artiklene mine medarbeidere og jeg har skrevet (Hem & Heggen 2004a, Hem & Heggen 2004b, Hem, Heggen & Ruyter 2008) inneholder beskrivelser av pasienter (Finn, Ann og Joe) som retter sin fortvilelse og frustrasjon mot sykepleierne. De får en tydelig respons, for eksempel ved at de får beskjed om å vente til legen kommer eller vente med å ta opp visse temaer til neste gang de har samtale med legen. Ann får en klar tilbakemelding om hennes virkelighetsoppfatning:

selv om sykepleieren forstår den, deler hun den ikke. Men fellestrekket, slik mine medforfattere og jeg har tolket det, er at pasientene møtes av en unnfalighet. Sykepleierne viker unna ved å ikke ta i mot pasientenes budskap, forholde seg aktivt og ansvarlig, og kommunisere tydelig og imøtekommende.

Etter denne gjennomgangen av utfordringer knyttet til den selvutslettende altruistiske omsorgsforståelsen, skal jeg bevege meg inn på den andre delen av diskusjonen. Spørsmålet jeg her stiller er altså hvilke muligheter et annet omsorgsbegrep - moden omsorg – har til å kaste lys over de krevende relasjonene mellom pasientene og sykepleierne?

Moden omsorg er et begrep som den amerikanske moralpsykologen Carol Gilligan introduserte i 1982 i sin klassiker “In a different voice”, og som er videreutviklet og diskutert av den norske filosofen Tove Pettersen (2004, 2006, 2008). Moden omsorg betegner en kapasitet hos personer til å finne en middevei mellom hensynet til egne interesser og andres interesser. Man er ikke kun egoistisk eller kun altruistisk. Moden omsorg uttrykker også at det er en utviklingsmessig prosess selv et går gjennom. Videre dreier moden omsorg seg om å beskytte den andre mot skade, men

også å aktivt fremme den andres interesser og utvikling. Endelig viser moden omsorg til en evne hos omsorgsgiveren til å bedømme situasjonen rett. En slik kontekstuell sensitivitet gir mulighet for å veksle mellom perspektiver, å kunne vurdere interesser mot hverandre og ta hensyn til alle parter i relasjonen som er berørt, inkludert sykepleieren.

Så - endelig - kommer vi til det krevende spørsmålet om begrepet om moden omsorg, slik jeg nå har lagt det ut, kan tenkes å være et supplerende korrektiv til den selvoppofrende, altruistiske omsorgen, som jeg mener har preget sykepleie, særlig i Norge og kanskje også i Danmark. Jeg skal diskutere det gjennom fire punkter:

1. Akuttpsykiatri er et krevende praksisfelt

Noe av det som gjør feltet krevende er for eksempel at det er en manglende gjensidighet mellom pasienter og sykepleiere; det er utpregede asymmetriske forhold og et viktig aspekt handler om å beskytte den andres sårbarhet. Jo mer avhengig pasienten er, jo mer ansvarlig krever det at sykepleiere er. Moden omsorg er en forståelse som åpner for at omsorg kan uttrykkes og synliggjøres på mange forskjellige måter avhengig av pasientens situasjon

og behov, og avhengig av hvem den sykepleieren er som gir omsorgen. Mitt hovedfokus, psykotiske pasienter innlagt i psykiatrisk akuttavdeling, vil typisk utgjøre en meget sårbar pasientgruppe, og vil følgelig trenge profesjonell omsorg fra sykepleiere som er preget av omsorg med mange forskjellige "kvaliteter". Maria (Hem, Nortvedt & Heggen 2008), var en pasient som krevde mye omsorg fra sykepleierne. Hun slet med sine egne grenser, hun var veldig sint, hun var svært redd og engstelig, hun følte seg ofte ikke sett og forstått. Hun trengte sykepleiere som tydelig viste varme og medfølelse, som tok mye ansvar for henne slik at hun kunne føle seg så trygg som mulig, og som viste personlig engasjement og fleksibilitet. Men hun hadde også behov for at sykepleierne var bestemte og satte grenser for hva de kunne akseptere fra henne. Hennes situasjon kalte på ulike omsorgskvaliteter.

2. Motvirker idyllisering?

En fare ved å argumentere for moden omsorg i betydningen å finne en middelvei mellom ekstremer, er at det kan invitere til en mekanisk administrering av interesser (Pettersen 2004, s. 212). Det er viktig å lære hvordan en skal håndtere følelser, sier Pettersen (ibid.) med referanse til Aristoteles. Hun har et poeng her. Moden omsorg er et kre-

vende “prosjekt”. For eksempel krever det at den enkelte engasjerer seg i et bevisstgjøringsarbeid i forhold til seg selv som omsorgsmaktutøver. Det innebærer først og fremst å gå ut over de vanlige måtene å tenke om makt og omsorg på. Sentralt i forvaltning av moden omsorg er evnen til å kunne balansere mellom interesser. Det betyr for eksempel at det er legitimt å ta hensyn til seg selv, noe også Aristoteles legger vekt på i sin utlegning av den menneskelige natur som han mener er kjennetegnet av en opptatthet av både seg selv og andre (Pettersen 2004, s. 211-212). Et slikt standpunkt kan virke banalt, men jeg tror at det modne omsorgsbegrepet kan gi muligheter for en tydeliggjøring av ulike interesser som eksisterer i en gitt situasjon. En tydeliggjøring kan bidra med nødvendige avklaringer av hvem som er involvert og med hvilke legitime interesser. Hvem sine behov og interesser bør prioriteres og på hvilke måter? Hvordan balansere mellom pasienters behov for selvbestemmelse og sykepleieres behov for kontroll og oversikt? Et bevisstgjøringsarbeid blant sykepleiere tror jeg kan føre til at de blir mer klar på sitt ansvarsområde, og blir i større grad beredt til å forvalte det på en eksplisitt måte. Det kan være at det blir nødvendig å revurdere eksempelvis at det er legen som må ha gitt klar-

signal til hvorvidt pasienten kan ringe sin venn eller ikke, slik mine medforfattere og jeg diskuterer i en artikkel (Hem, Heggen & Ruyter 2008).

3. Omsorgsmakt

Omsorg og makt representerer perspektiver og posisjoner som vanligvis holdes atskilt. Imidlertid synes de på ulike måter å være tett knyttet sammen i sykepleie. Jeg vil derfor forsøke å koble makt og omsorg, omsorg og makt, tettere sammen her. Det er i denne sammenhengen at omsorgsmaktperspektivet kommer inn. Derfor blir det jeg skal gjøre i det følgende også en undersøkelse av om det kan være slik at begrepet om moden omsorg har ressurser i seg til å ta inn omsorgsmaktperspektivet? Jeg skal med andre ord diskutere om omsorgsmaktperspektivet gir muligheter for å knytte omsorg og makt sammen på en slik måte at det blir tydeligere hvordan de betinger hverandre i konkret sykepleiearbeid.

Et av de mest berømte Løgstrupsitatene er det hvor han bruker metaforen “hånden” for å få frem poenget at vi har ansvar for å ta vare på hverandre (Løgstrup 1997, s. 16). Håndmetaforen har imidlertid en dobbel bunn som er interessant å utforske i en sykepleiesammenheng. To utfordrende spørsmål kan stilles:

På hvilken måte er det sykepleierne sier og gjør et uttrykk for omsorg i betydningen *å ta hånd om* det som står på spill for pasienter? Eller tar de ansvar for pasienter på en slik måte at de har pasientenes situasjon *i sin hule hånd*? Denne tolkningen av håndens tvetydighet er inspirert av Hansen (1998). Håndmetaforen henspiller på mulighetene til å gjøre godt og vondt når man tar hånd om andre. Men denne tvetydigheten i det å ta vare på en annen betinger et skille, nemlig at det eksisterer en motsetning mellom makt og omsorg. En slik forståelse av omsorg blir ufullstendig. Tvert i mot, omsorg og makt henger sammen på komplekse måter. Omsorgens tvetydighet viser til at omsorg er å yte hjelp, tilby noe, gjøre godt. Dette er også makt, makt til å gjøre godt og vondt. Sykepleieres omsorg er å bruke den makten de har. Sykepleiernes makt er å vise bestemte former for omsorg (for eksempel realitetsorientering og grensesetting). I dette lyset blir det tydeligere at omsorg er makt og makt er omsorg. De betinger hverandre.

Hvis vi et øyeblikk vender oss bort fra fokuset på at sykepleier-pasient relasjonen er asymmetrisk og det syn at pasienten er sårbar, avhengig og trengende, og ser på forholdet mellom pasient og sykepleier som skjørt og ustabil, får vi ikke da opp

et bilde som er mer sammensatt? Et poeng det er verdt å nevne her er at også pasienten kan gjøre noe i relasjonen, ikke bare sykepleieren. Pasienten har også makt til å påvirke. Pasienten kan for eksempel med noen kraftfulle manøvrer plassere sykepleieren på sidelinjen. Sykepleieren, på sin side, er for eksempel også sårbar, slik vi har diskutert i en artikkel (Hem & Heggen 2003). I en annen artikkel (Hem, Heggen & Ruyter 2007) blir det tydelig hvordan det foregår forhandlinger mellom pasient og sykepleier, forholdet mellom dem er ikke statisk og ensidig på den måten at sykepleieren er mektig og usårbar og pasienten er avmektig og sårbar. Vi (Hem, Heggen & Ruyter 2008) viser også at det er mange potensialer for at situasjonen kan eskalere og for eksempel vippe i retning av fysisk maktbruk fra både pasient og sykepleier. Juritzen & Heggen (2006) nevner hvordan pasienter kan latterliggjøre personalet på en måte som krenker personalet og som gir pasienter følelse av overtak, eller hvordan pasienter ved bruk av motmakt kan skape frustrasjon, oppgitthet og avmakt hos hjelperen: “Den kompetente helsearbeideren kan på ett øyeblikk bli den som overraskes av den “maktesløses” ... kraftfulle motmakt, og innhentes av avmakten i den nye posisjonen” (ibid., s. 76). Asymmetri er

altså ingen “stabil struktur for ordning av over/underlegenhet” (ibid.), og både omsorg og makt er tvetydige fenomener.

4. Kritisk refleksjon

Det er særlig moden omsorg som en form for middelvei mellom ytterligheter jeg kommer til å fokusere i den videre diskusjonen. Middelveitenkningen innebærer at den modne moralske aktør tar interessene både til den andre og seg selv med i betraktningen. Et begrep om moden omsorg kan tydeliggjøre at det dreier seg om å ta hensyn til begge parter i en relasjon, både pasient og sykepleier. Å foreta en balansert vurdering mellom selv og andre - å balansere mellom motsetninger - krever egenskaper og evner i form av avgrensning og selvforståelse/andreforståelse, og prioritering og saklighet.

Ruyter (2005, s. 112) tar til orde for en oppgradering av “dyden i midten”. Dette uttrykket “viser til at den moralen som bør tilstrebes er den som ligger midt på treet”. Det betyr at moralen i midten unngår de ekstreme ytterpunktene på begge sider, både moralsk høyverdighet og resignert håpløshet. Særlig interessant i denne sammenhengen er at Ruyter (ibid.) “advarer mot” de utslagene som kan komme når profesjonelle utøvere forfekter høye moralske

kvaliteter og idealer. Han (ibid.) hevder at idealer i kombinasjon med høy faglig kompetanse kan føre til at den profesjonelle utvikler en oppfatning om moralsk overlegenhet. Resultatet kan bli selvgodhet og bedrevitendehet som ikke er lydhør, tålmodig og respektfull overfor de som skal hjelpes.

Her har Ruyter (ibid.) fokus på den individuelle profesjonelle. Eksempellet hans mener jeg er velkjent i sykepleie i (akutt)psykiatri. En idé om at sykepleiere – med et mandat om å forvalte idealer om barmhertighet, altruisme, respekt, empati og omsorg og som samtidig mest sannsynlig har et syn på den psykotiske pasienten som syk (diagnose-/symptomtenkningen) kan stå i fare for å havne i den ene av de to ytterpunktposisjonene Ruyter (ibid.) skisserer. Sykepleieren vet best hva pasienten trenger, og hun/han vet at hun/han er i stand til å bidra med det som skal til for at pasienten skal bli frisk(ere). Med en slik faglighet og moral er det ganske sannsynlig at sykepleieren vil komme til å ha fokus på iverksetting av egne “tiltak” mer enn å lytte til pasientens (psykotiske) ytringer.

Ruyter (ibid., s. 113) trekker også frem det faktum at den profesjonelle kan gå inn i en annen ytterlighet, å bli “desillusjonert fordi det høyverdige målet ikke lar seg gjennomfø-

re”. Denne resignasjonen kan man lure på om ligger til grunn for det mange studier i (akutt)psykiatri har vist, nemlig at pasienter opplever sykepleiere som vennlige, men distanserte. En slik upersonlig holdning som “friendly professional” (Jackson & Stevenson 2000, s. 378) uttrykker muligens den resignasjon Ruyter peker på. Ruyter (ibid., s. 113) sier at profesjonene “trenger å finne balansen mellom det fremragende og det resignerte”. Hans enkle, men vanskelige, oppfordring er at hjelpere aldri må “slippe taket i at det moralsk avgjørende alltid vil være *hvordan* den enkelte gjør jobben og *hvordan* de forholder seg til dem de skal tjene” (ibid., s. 113). Slik jeg tolker Ruyter, gjør han seg her eksplisitt til talsmann for at omsorgsutøvelse er en egenskap, og ikke bare en ferdighet. Her er han i tråd med en dydsetisk tenkemåte der dyder ses som nødvendige forutsetninger for “handlinger som er rettet mot det gode for andre og som således kvalifiserer som omsorg”, slik Vetlesen (2001, s. 282) formulerer det. Dyder som egenskaper oppøves hos den enkelte gjennom de omsorgshandlinger vedkommende utfører overfor andre. Dyder utvikles til å bli trekk ved personen selv bare gjennom at de praktiseres (Nortvedt 2001, Vetlesen 2001).

Det er interessante, overlappende perspektiver mellom begrepet om moden omsorg og “dyden i midten”. For begge ansatser er balanseringen, middelveien, sentralt. De utfordringer som eksisterer formulerer Pettersen og Ruyter imidlertid ulikt, men jeg tror perspektivene fyller hverandre ut. Pettersen (idid.) ser farene å bestå i selvoppofrelse på den ene siden, og paternalisme på den andre siden. Ruyter (2005) sier utfordringen er å balansere mellom selvgodhet og resignasjon. Det er når man på en slik dydsetisk måte får fremstilt hva som er underdrivelse og overdrivelse at man får noen hjelpemidler for å se etter det som er i midten, middelveien.

Oppsummering og avslutning

For å runde av, så har jeg i denne presentasjonen vist hvordan jeg i forskningsarbeidet har tatt utgangspunkt i min bakgrunn med førstehåndserfaring fra akuttpsykiatri og min interesse for å forstå egenarten i psykiatrisk sykepleie. Jeg har hatt en betydelig fascinasjon for å tenke om min egen yrkesutøvelse som omsorg - og som altruistisk omsorg. Imidlertid har tvilen lenge vært der, og den har særlig utviklet seg gjennom dette forskningsprosjektet. I forskningsarbeidet har jeg satt fokus på sentrale terapeutiske prinsipper, og utforsket dem både konstruktivt og kritisk gjennom systematiske

analyser av det omfattende empiriske materialet jeg har skapt.

Den konklusjonen jeg står ved per i dag er at egenarten i psykiatrisk sykepleie med fordel kan tenkes om, eller i det minste bør den suppleres og utfordres av en Gilligan- og Petterseninspirert tenkning. Jeg har altså gjennom mitt avhandlingsarbeid forsøkt å vise at sykepleie kan og bør tenkes om med utgangspunkt i en moden omsorgsforståelse. Det er en omsorgsforståelse hvor hensynet til alle berørte parter i samhandlingen innreflekteres som betydningsfullt.

Hva dette betyr for klinisk praksis gjensstår for videre arbeid. Hva det innebærer for utdanning av sykepleiere er også en fremtidig utfordring.

*Artikkelen er presentert som foredrag i en kortere versjon både på norsk (4/4-2008 i forbindelse med doktorgradsprøve for graden PhD ved Universitetet i Oslo; tittel: Moden omsorg? En empirisk studie av samhandling mellom psykotiske pasienter og psykiatriske sykepleiere) og på engelsk (9/6-2008 på konferansen *Philosophy and Ordinary Life, the 7th Conference of Network of Nordic Women in Philosophy*; tittel: *Mature Care? An Empirical Study of Interaction*).*

Referanser

- Blum, L. (1980). *Friendship, altruism and morality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2005). Confronting the ethics of qualitative research. *Journal of Constructivist Psychology* **18**, 157-181.
- Cullberg, J. (2006). *Psychoses. An integrative perspective*. London, New York: Routledge.
- Davis, M. C. (1986). Observation in natural settings. I: Chenitz, W. C. & Swanson, J. M. (red.). *From practice to grounded theory. Qualitative research in nursing theory*. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing Company, ss. 48-65.
- Davis, H. (2001). The management of self: practical and emotional implications of ethnographic work in a public hospital setting. I: Gilbert, K. R. (red.). *The emotional nature of qualitative research*. Boca Raton, London, New York, Washington D.C: CRC Press LLC, ss. 37-61.
- Declaration of Helsinki* (2004). Nedlastet 31. januar 2007 fra: <http://www.wma.net/e/policy/pdf/17c.pdf>
- Dewalt, K. M. & Dewalt, B. (1998). Participant observation. I: Bernard, H. R. (red.). *Handbook of methods in cultural anthropology*. Walnut Creek, Lanham, New York, Oxford: Altamira Press, ss. 259-299.
- Donovan, G. K. (2000). The physician-patient relationship. I: Thomasma, D. C. & Kissell, J. L. (red.). *The health care professional as friend and healer*. Washington D.C.: Georgetown University Press, ss.13-23.

- Gergen, M. M. & Gergen, K. J. (2003). Qualitative inquiry: Tensions and transformations. I: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (red.). *Collecting and interpreting qualitative materials*. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications, 2. utg., ss. 575-610.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice. Psychological theory and womens' development*. Cambridge, London: Harvard University Press.
- Grimen, H. (2001). Tillit og makt – tre sammenhenger. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening* **30**(121), 3617-3619.
- Grimen, H. (2004). Tillit, sårbarhet og makt. I: Nortvedt, P. & Grimen, H. *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskaps-teori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademi, ss. 98-121.
- Hansen, N. G. (1998). *En afgrund af tillid. Guide til Løgstrups univers*. København: Gyldendal.
- Harris, J. & Huntington, A. (2001). Emotions as analytic tools: qualitative research, feelings, and psychotherapeutic insight. I: Gilbert, K. R. (red.). *The emotional nature of qualitative research*. Boca Raton, London, New York, Washington D.C: CRC Press LLC, ss. 129-145.
- Heggen, K. M. (2002). Krenkende pleie og behandling. I: Sætersdal, B. & Heggen, K. (red.). *I den beste hensikt? "Ondskap" i behandlingssystemet* Oslo: Akribe Forlag, ss. 33-57.
- Hem, M. H. (2000). "Vil du være min venn?" *En studie av dilemmaer i relasjoner mellom psykiatriske sykepleiere og psykotiske pasienter*. Hovedfagsoppgave. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Hem, M. H. & Heggen, K. M. (2003). Being professional and being human: one nurse's relationship with a psychiatric patient. *Journal of Advanced Nursing* **43** (1), 101-108.
- Hem, M. H. & Heggen, K. M. (2004a). Rejection – a neglected phenomenon in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **11**, 55-63.
- Hem, M. H. & Heggen, K. M. (2004b). Is compassion essential to nursing practice? *Contemporary Nurse* **17**, 19-31.
- Hem, M. H., Heggen, K. M. & Ruyter, K. W. (2007). Questionable requirement for consent in observational research in psychiatry. *Nursing Ethics* **14**(1), 51-63.
- Hem, M. H. (2008). *Mature care? An empirical study of interaction in between psychotic patients and psychiatric nurses*. PhD avhandling. Oslo: Unipub Forlag. Fulltekst: <http://www.duo.uio.no/sok/work.html?WORKID=70654>
- Hem, M. H., Nortvedt, P. & Heggen, K. M. (2008). "Only a manic depressive!" The zone of the untouchable and exceeding limits in acute psychiatric care. *Research and Theory for Nursing Practice* **22**(1), 56-77.
- Hem, M. H., Heggen, K. M. & Ruyter, K. W. (2008). Creating trust in an acute psychiatric ward. *Nursing Ethics* **15**(6), 777-788.
- Jackson, S. & Stevenson, C. (2000). What do people need psychiatric and mental health nurses for? *Journal of Advanced Nursing* **31**(2), 378-388.

- Juritzen, T. & Heggen, K. (2006). Om-
sorgsmakt. Relasjonsnære sonderinger
mellom makt og avmakt. *Sosiologi i dag*
36(3), 61-80.
- Knizek, B. L. (1998). Interview - design og
perspektiv I: Lorensen, M. (red.): *Spørsmå-
let bestemmer metoden. Forskningsmeto-
der i sykepleie og andre helsefag*. Oslo:
Universitetsforlaget, ss. 33-65.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2005).
Relasjonen mellom sykepleier og pasient.
I: Kristoffersen, N. J, Nortvedt, F. &
Skaug, E.-A. (red.). *Grunnleggende syke-
pleie. Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk,
ss. 37-183.
- Løgstrup, K. E. (1997). *The ethical
demand*. Notre Dame: University of Notre
Dame Press.
- Maher, M. (1999). Relationship-based
change. A feminist qualitative research
case. I: Kopala, M. & Suzuki, L. A. (red.).
Using qualitative methods in psychology.
Thousand Oaks, London, New Delhi:
SAGE Publications, ss. 187-198.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie
og medisin. Historisk-filosofiske essays*.
Oslo: Tano.
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til
Løgstrup. Om etikk og sanselighet i syke-
pleien*. Oslo: Tano.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Ber-
gen: Fagbokforlaget.
- Nortvedt, P. (1996). *Sensitive judgement*.
Doktorgradsavhandling. Oslo: Universite-
tet i Oslo.
- Nortvedt, P. (1998). *Sykepleiens grunnlag.
Historie, fag og etikk*. Oslo: Tano Asche-
houg.
- Nortvedt, P. (2001). Profesjonell omsorg -
dyd eller ferdighet? I: Ruyter, K. W. &
Vetlesen, A. J. (red.). *Omsorgens tvetydig-
het – egenart, historie og praksis*. Oslo:
Gyldendal Norsk Forlag, ss. 41-65.
- Nortvedt, P. (2003). Levinas, justice and
health care. *Medicine, Health Care and
Philosophy* **6**, 25-34.
- Norvoll, R. (2007). “*Det lukkede rom*”.
*Skjerming som behandling og kontroll i
psykiatriske akuttposter*. Doktorgradsav-
handling. Oslo: Unipub.
- Olsvold, N. (2000). Omsorg er ikke bare
for sykepleiere. *Tidsskriftet Sykepleien* **88**
(9), 62-64.
- Pettersen, T. (2004). *Comprehending care.
Problems and possibilities in Carol
Gilligan’s ethics of care*.
Doktorgradsavhandling. Oslo: Unipub.
- Pettersen, T. (2006). Omsorg som etisk
teori. *Norsk Filosofisk Tidsskrift* **41**(2),
151-163.
- Pettersen, T. (2008). *Comprehending care:
problems and possibilities in the ethics of
care*. Lanham, Md: Lexington Books.
- Rager, K. B. (2005). Compassion stress
and the qualitative researcher. *Qualitative
Health Research* **15**(3), 423-430.
- Ramhøj, P. (1993). Fortællingen og dens
muligheter i sygeplejeforskningen. I: Ram-
høj, P. (red.): *Overvejelser og metoder i
sundhedsforskningen*. Copenhagen: Akade-
misk Forlag, ss. 85-103.
- Retningslinjer for inklusjon av voksne per-
soner med manglende eller redusert sam-
tykkekompetanse i helsefaglig forskning*

(2005). Nedlastet 13. mars 2007 fra:
[http://www.etikkom.no/retningslinjer/
samtykke/index.txt/view_publicasjon_print](http://www.etikkom.no/retningslinjer/samtykke/index.txt/view_publicasjon_print)

Ruyter, K. W. (2005). Dyder er ikke tilleggsgoder – en utfordring for profesjonsutdanningene. I: Christoffersen, S. A. (red.). *Profesjonsetikk*. Oslo: Universitetsforlaget, ss. 105-138.

Sciara, D. (1999). The role of the qualitative researcher. I: Kopala, M. & Suzuki, L. A. (red.). *Using qualitative methods in psychology*. Thousand Oaks: Sage Publications, ss. 37-48.

Sætersdal, B. & Heggen, K. (2002). Den “store” og den “lille” ondskapen. I: Sætersdal, B. & Heggen, K. (red.). *I den beste hensikt? “Ondskap” i behandlingssystemet*. Oslo: Akribie Forlag, ss. 9-17.

Tedlock, B. (2003). Ethnography and ethnographic representation. I: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (red.). *Strategies of qualitative inquiry*. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications, 2. utg., ss. 165-213.

Tedlock, B. (2005). The observation of participation and the emergence of public ethnography. I: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (red.). *The Sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications, 3. utg., ss. 467-481.

Thorgaard, C. (2006). *Relationsbehandling i psykiatrien. Dynamisk psykoseforståelse og dynamisk relationsbehandling*. Stavanger: Hertervig Forlag.

Thorsen, K. (2003). Kjønn, makt og avmakt i omsorgstjenestene. Med perspektiv på brukerne. I: Isaksen, L. W. (red.). *Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i vel-*

ferdsstaten. Oslo: Gyldendal Akademisk, ss. 128-161.

Vatne, S. (2003). *Korrigere og anerkjenne: sykepleieres rasjonale for grensesetting I en akuttpsykiatrisk behandlingsspost*. Doktorgradsavhandling. Oslo: Universitetet i Oslo.

Vetlesen, A. J. (2001). Dydenes gjenkomst og omsorgens grunnlag. I: Ruyter, K. W. & Vetlesen, A. J. (red.). *Omsorgens tvetydighet – egenart, historie og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, ss. 282-322.

Vetlesen, A. J. & Nortvedt, P. (1996). *Følelser og moral*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Warren, C. A. B. & Karner, T. X. (2005). *Discovering qualitative methods. Field research, interviews, and analysis*. Los Angeles: Roxbury Press.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2001). Norsk Sykepleierforbund. Nedlastet 20. mars 2007 fra:

[http://www.sykepleierforbundet.no/
getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/
Konvertert%20innhold/Konvertert%
20innhold/Yrkesetikk/Etiske%
20retningslinjer/Dokumenter/Yrkesetiske%
20retningslinjer%202001.pdf](http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Konvertert%20innhold/Konvertert%20innhold/Yrkesetikk/Etiske%20retningslinjer/Dokumenter/Yrkesetiske%20retningslinjer%202001.pdf)

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007). Norsk Sykepleierforbund. Nedlastet 15. september 2009, fra:

[https://www.sykepleierforbundet.no/portal/
page/portal/NSF/VisArtikkel?
p_document_id=113945&p_sub_doc_id=1
13945](https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/VisArtikkel?p_document_id=113945&p_sub_doc_id=113945)

Marit Helene Hem

PhD, post doc stipendiat
Seksjon for medisinsk etikk
Institutt for allmenn- og samfunns-
medisin
Det medisinske fakultet,
Universitetet i Oslo
E-post: m.h.hem@medisin.uio.no

