

Miljøpersonales erfaringer og opplevelser med aggresjon i langvarige omsorgsrelasjoner.

“Hva skal man *egentlig gjøre* i situasjonen?”

Hilde Margit Løseth

Masteroppgave

Masterprogram i helsefag, studieretning sykepleievitenskap

Seksjon for sykepleievitenskap

Institutt for samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

November 2008



Veileder: Dr.polit. Venke A. Johansen

“...det å ta vare på og hjelpe pasienten med aggresjon, det er å gi omsorg... Vi skal ikke fjerne aggresjonen, men vi skal veilede de og lære de å takle han ... å rette han mot det det skal rettes mot, i tilfelle... “

Forord

Som nyutdannet sykepleier opplevde jeg som ansvarlig sykepleier på vakt i et mottak for rusbehandling at en beruset pasient som etter å ha opptrådt aggressivt, plutselig sank sammen på gulvet. Jeg fant ikke pulsen hennes, og stemningen var hektisk. Jeg hadde sendt bud på hjelp fra andre avdelinger men turde ikke vente, og ringte 113. Plutselig var jeg omringet av ambulanspersonell, det var minst 5 staute karer som rutinert bøyde seg over pasienten. Det er da jeg ikke tror mine egne øyne: pasienten trekker på munnvikene, er det virkelig et smil som blir tydelig i det bleke ansiktet hennes? Samtidig får jeg en hånd på skulderen min, det er min gode kollega som varsomt skyver meg til side og sier: «Ja, i dag fikk hun virkelig full uttelling, den gode (NN)...» Pasienten er på mirakuløst vis våknet opp og er godt ruset men absolutt levende og ved bevissthet. Hun stråler av all oppmerksomheten. Jeg er flau og forvirret. Hva i all verden er det som skjer?

Senere lærte jeg mye om hvordan ”relasjonsskadede” personer kunne manøvrere meg og kollegaene mine inn i følelsesladde konflikter og faglige dilemmaer. Et av de mest potente virkemidlene disse rusavhengige kvinnene og mennene hadde, var forskjellige former for aggresjon. Det skapte garantert kontakt. Som miljøpersonale opplevde jeg mange utfordrende situasjoner. Vi lærte lite under grunnutdanningen hvordan vi skulle forholde oss til hvordan makt og avmakt kan spille seg ut i relasjonene. I tillegg til den faglige kunnskapen har det derfor m.a. vært nødvendig og viktig med bevisstgjøring på egne følelser og grenser for å kunne være i stand til å stå i krevende omsorgsmøter over tid. Samtidig har jeg stor respekt for miljøpersonalet som over år arbeider i svært utfordrende relasjoner. Mange profesjonelle omsorgsutøvere utsettes for alvorlige påkjenninger gjennom sitt arbeid, nettopp ved å være dyktige profesjonsutøvere. Dette er bakgrunnen for mitt valg av masteroppgave.

Det har vært en lang prosess å arbeide med dette prosjektet. Først og fremst takk til hver og en av informantene som delte av sine rikholdige erfaringer og opplevelser med meg. Min kjære veileder Venke Johansen fortjener også stor takk. Uten henne ville jeg neppe kommet i mål. Hun har støttet meg på vennlig og svært imøtekommende vis. Ved å strukturere mine springende tanker og ideer og forme dem til konstruktive og konkrete innspill har hun holdt både motet mitt og troen på prosjektet oppe. Jeg vil også takke min mor som har støttet meg på alle vis, og min søster Bitte som vekselvis har oppmuntret, kjeftet og mast. Det hjalp! Takk også til interesserte og hjelpsomme venner og til gode kollegaer ved Institutt for videreutdanning ved Avdeling for helse- og sosialfag på Høgskolen i Bergen. Uten deres hjelp hadde jeg ikke kunnet konsentrere meg om å bli ferdig med prosjektet. Helt til slutt vil jeg takke min gode venn Trond for konstruktive spørsmål, varm omtanke og masse humor i innspurten. Uten deg og hundene ville dette vært en fattigere tid.

Bergen november 2008

Hilde Margit Løseth

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	s. 8
1.1	Bakgrunn for valg av tema	s. 8
1.2	Hensikt med oppgaven	s.10
1.3	Forskningsspørsmål	s.10
1.4	Avgrensning	s.11
2.0	Tidligere forskning	s.12
3.0	Metode og gjennomføring	s.15
3.1	Fenomenologi og hermeneutikk	s.15
3.2	Utvalg, rekruttering og datainnsamling	s.16
3.3	Databehandling og analyse	s.19
3.3.1	Forforståelse	s.19
3.4	Validitet	s.23
3.5	Etikk	s.27
4.0	Kunnskapsmessig referanseramme	s.29
4.1	Aggresjon	s.29
4.2	Omsorg som fenomen i en profesjonell sammenheng	s.31
4.3	Makt, kunnskap og profesjonalisering i et Foucault-perspektiv	s.36
5.0	Presentasjon og resultater	s.41
5.1	Oppsummering av dybdeintervjuene	s.41
5.2	Presentasjon av resultat fra egen undersøkelse	s.52
5.2.1	Hovedtema 1: Den omsorgsfulle relasjonen	s.52
5.2.1.1	Tillit – om betydningen av tilstedeværelse og fravær	s.52
5.2.1.2	Kollegialitet og lojalitet	s.54
5.2.1.3	Diskusjon om den omsorgsfulle relasjonen	s.57
5.2.2	Hovedtema 2: Å være i den andres aggresjon	s.65

5.2.2.1	Om grenser og overskridelser	s.65
5.2.2.2	Personlig, privat, profesjonell	s.68
5.2.2.3	Utagering - følelser og profesjonalitet	s.69
5.2.2.4	Diskusjon om å være i den andres aggresjon	s.71
6.0	Konklusjon	s.78
7.0	Referanseliste	s.80
8.0	Vedlegg	
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv	
	Vedlegg 2: Samtykkeerklæring	
	Vedlegg 3: Meldeskjema	

Sammendrag

Mange profesjonsutøvere i helse – og sosialfaglig sektor må forholde seg til trusler, aggresjon og vold i sine arbeidsforhold.

Masteroppgaven handler om hvordan miljøpersonale erfarer og opplever sitt arbeid som profesjonell omsorgsyter i langvarige og utfordrende relasjoner.

De overordnede forskningspørsmålene dreier seg om hvilke tanker og følelser informantene knytter til sine opplevelser og erfaringer med aggresjon i omsorgsfaglig sammenheng.

Hensikten med denne studien er å synliggjøre utfordringer til miljøpersonale som opplever aggresjon i sitt omsorgsarbeide samt få økt forståelse om makt og omsorg i profesjonell omsorgsutøvelse.

Studien er basert på et hermeneutisk og fenomenologisk design med individuelle dybdeintervjuer.

Å være profesjonell omsorgsutøver og medmenneske i disse relasjonene innebærer å måtte romme store følelsesmessige kontraster langs et kontinuum fra nærhet, fortrolighet og godhet til krenkelser, trusler og vold.

Tre forhold er spesielt grunnleggende for hvordan informantene erfarer og opplever sin omsorgsfaglige profesjonsutøvelse i disse relasjonene:

- Mening og forståelse er nødvendig for å holde ut i langvarige krevende profesjonelle omsorgsrelasjoner.
- Å ha faglig rom for å møte hver pasient/bruker individuelt og slik kunne skape en unik og ekte relasjon er betydningsfullt.
- Å ha frihet til og bruke den tiden som den enkelte vurderer er nødvendig for å opprettholde en god nok faglig standard i konkrete situasjoner er også svært betydningsfullt for informantene.

Denne studien bidrar til ny innsikt om betydningsfulle aspekter i profesjonell omsorgsutøvelse i langvarige relasjoner der omsorgsyterne opplever aggresjon fra pasienter/brukere. Studien har allmenngyldig relevans i forhold til økt kunnskap og forståelse om profesjonell omsorgsyttelse og aggresjon både på personlig og samfunnsmessig nivå. Resultatet kan også bidra til en validering av krevende profesjonelt omsorgsarbeid.

Nøkkelord:

aggression, assault of care personnel, disturbing behavior, forensic, health professional, meaning of caring, long term relationship, mental health nursing, perception of aggression, perception of violence, staff perspectives, violence

Abstract

Being subject to aggression, menace and violence are not uncommon to many professional care-givers during their work-performance. This Master Thesis is concerned with the experiences and perceptions of social environment staff who work as professional caregivers in challenging longterm relationships.

The principle questions of the study are concerned with how the informants perceive their thoughts and feelings in relation to their experiences.

The aim of the study is to illuminate the everyday challenges of the social environment staff who faces aggression in their work as care-givers. In addition the study seeks to enhance the understanding of power and care in professional care-giving.

The study is based upon a hermeneutic and phenomenologic design with individual in-depth interviews.

To be a professional care-giver and fellow human in these relations implies the containing of large emotional contrasts along a continuum from proximity, confidence and kindness to insults, threats and violence. The study gives three main findings.

To be able to stay in these professional relationships on a long time basis, meaning and understanding is important for the informants.

It is significant to have a mutual professional understanding of the importance of a unique and genuine relation.

The informants have to have sufficient time necessary, to maintain an appropriate professional standard in actual situations.

The Master Thesis contributes to new and original knowledge about significant aspects of professional relationships on a long time basis where care-givers experience aggression from patients.

Key-words:

aggression, assault of care personnel, disturbing behavior, forensic, health professional, meaning of caring, long term relationship, mental health nursing, perception of aggression, perception of violence, staff perspectives, violence

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Både nasjonalt og internasjonalt er arbeidstakere utsatt for aggresjonsproblematikk i sin yrkesutøvelse. Ansatte i offentlig sektor er særlig utsatt og yrkesgrupper innen helse – og sosialfag, skole, kriminalomsorg og politi må i sin yrkesutøvelse i mange sammenhenger forholde seg til trusler, aggresjon og vold (Duxbury og Whittington 2005, Hellzen og Asplund 2002, Morrison 1993, 1998, Morrison og Harris 1995, Rippon 2000).

I følge Levekårsundersøkelsen fra 2003 er mist 100 000 norske arbeidstakere (6 %) berørt av aggresjonsproblematikk på arbeidsteden, i hovedsak innen helserelatert virksomhet. I følge verdikommisjonens tall fra 1999 antas det at så mange som 220 000 norske arbeidstakere rammes av vold i sin yrkesutøvelse (Kommuneforlaget 2001).

Fellesorganisasjonens undersøkelse fra 2006 viste at 41 % av deres medlemmer (vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger) hadde vært utsatt for trusler eller vold på sine arbeidsplasser i løpet av det siste året (Andersen og Eidset 2006).

Statistisk materiale fra Norsk Sykepleierforbund (2006) viste at de siste to årene hadde hver tredje sykepleier blitt utsatt for vold. I denne undersøkelsen kom det fram at hjemmesykepleiere og sykepleiere i mottaksavdelinger og legevakter er sterkt berørt av trusler og vold. 52 % av deltakerne i undersøkelsen hadde vært utsatt for farlige eller skremmende episoder i sitt arbeid (Dørnes 2006).

Prosjekt Arbeidsmiljø i psykiatrien viste at 96 % av personalet som arbeidet ved lukkede psykiatriske avdelinger var blitt fysisk truet av pasienter (Lystad 1993).

FaFo-undersøkelsen fra 1997 blant ansatte i kommunale pleie- og omsorgsykker viste at verbal utskjelling og fysisk aggresjon var mest utbredt og at 50 % av deltakerne i undersøkelsen hadde opplevd dette (Moland 1997).

I Norge er det er kun 3 høgskoler som tilbyr studier innen aggresjonsproblematikk i helse- og sosialfaglig sammenheng våren 2007 (Høgskolen i Bergen, Høgskolen i Molde, Diakonhjemmets Høgskole, studiested Rogaland). Nasjonal rammeplan foreligger ikke. Høgskolen i Bergen startet i 2004 en videreutdanning i aggresjonsproblematikk ved Avdeling for helse- og sosialfag, Institutt for videreutdanning. Utdanningens formål er å gi studentene, gjennom et faglig fordypningsprogram,

økt holdnings- og handlingskompetanse innen forebygging og håndtering av aggresjonsproblematikk. Denne type kompetanse ble meldt som et stort behov fra aktører i arbeidslivet. På denne bakgrunn ble derfor studiet opprettet. Studiet var initiert og utviklet i samarbeid med Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Helseregion Vest og Høgskolen i Bergen. Jeg har hatt hovedansvaret for utarbeidelse av studieplan, organisering/administrering og den daglige driften fra våren 2004.

Gjennom profesjonsutdanningene lærer vi om omsorgens innhold og den ideelle nærhetsetikken. En organisasjonsstruktur og bemanning som ikke tar høyde for uforutsette hendelser gjør at arbeidssituasjonen kan oppleves vanskelig. Omsorgsidealene kan oppleves om et fjernt og kanskje uopnåelig ideal i hverdagens plutselige utfordringer. Møtet med virkeligheten kan derfor bli et sjokk for mange. Formidlingen av andres opplevelse og erfaringer med å gi omsorg i vanskelige forhold vil kunne nyansere forventninger og kanskje gi innspill til en mer systematisk kompetanseoppbygging innen feltet.

Gjennom mitt arbeid med videreutdanningen i aggresjonsproblematikk har jeg kommet i kontakt med mange profesjonsutøvere som opplever aggresjon og vold fra dem de har daglig omsorg for. Profesjonsutøverne har grunnutdanninger innen helse- og sosialfag, pedagogisk virksomhet og fengselsvesen.

De fleste har i liten og kanskje tilfeldig grad fått anledning til faglige fordypning tidligere. De har i liten grad hatt mulighet til personlig kompetanseøkning innen alternative mestringsstrategier og opprettholde gode relasjoner med pasient/bruker, og samtidig ivareta sin egen helse og omsorgsevne over tid.

Erfaringene fra de første tre kullene på videreutdanningen i aggresjonsproblematikk har tydeliggjort behovet for kvalitative studier som synliggjør og setter ord på erfaringene til disse arbeidstakerne. Ikke minst det å møte andre med lignende opplevelser fra sine arbeidsplasser og dele disse erfaringene oppleves som verdifullt for studentene.

For studentene var spesielt prosessveiledning i grupper på 4-6 deltakere et forum der opplevelse og forståelse ble delt, og ny innsikt fikk vokse fram. Å dele sterke opplevelser i et trygt forum der ingen møtte dem med engstelse eller moralske pekefingerer gav anledning til frie refleksjoner og grobunn for ny forståelse. Mange av studentene hadde ikke opplevd å kunne dele tøffe opplevelser i

en slik atmosfære før.

1.2 Hensikt med oppgaven

Hoved-hensikten med denne studien er å synliggjøre utfordringer til miljøpersonale som opplever aggresjon i sitt omsorgsarbeide samt få økt forståelse om makt og omsorg i profesjonell omsorgsutøvelse.

1.3 Forskningsspørsmål

Å yte omsorg og ivareta en omsorgsfull relasjon til mennesker som utøver aggresjon tenker jeg i utgangspunktet vil være krevende. Jeg har fokusert på hvilke erfaringer informantene har fått i forhold til aggresjon gjennom sitt arbeide. Hvilke tanker og følelser knytter de til disse erfaringene? Hvordan oppleves det egentlig å gi omsorg og få trusler og vold i retur? Hvordan er det å være menneske og medmenneske i en relasjon når du over tid opplever store kontraster mellom den andres behov for nærhet, fortrolighet, mestring og godhet, til at den andre kommer med drapstrusler, utskjelling, spytting, lugging og sparking og slag? Hva vil det si å være profesjonell i denne sammenhengen? Å handle profesjonelt? Hva skjer med grensene mellom det å være profesjonell, personlig og privat, når omsorgsutøveren utsettes for aggressivitet fra pasienter/brukere de har en langvarig relasjon til? Hva mener informantene er den riktige og profesjonelle handlingsmåten?

Eller, slik en av informantene mine spør retorisk etter å ha fortalt om en episode der hun var blitt truet med et skytevåpen av ruset bruker: "Hva skal man *egentlig gjøre* i situasjonen?"

1.4 Avgrensning

Fokus for masteroppgaven er å synliggjøre utfordringer til miljøpersonale som opplever aggresjon i sitt omsorgsarbeide samt få økt forståelse om makt og omsorg i profesjonell omsorgsutøvelse.

Aggresjonsproblematikk i seg selv er ikke hovedfokuset. Jeg vil i liten grad komme inn på de forskjellige teoriene og årsaksforståelsene for aggresjon eller på intervensjon i forhold til forebygging av aggresjon, risikoatferd og aggresjonsproblematikk. Jeg vil heller ikke differensiere ulike lidelser i forhold til aggresjonsproblematikk.

Likeledes vil jeg ikke fokusere på teorier og metoder for innen psykisk helsearbeid som f.eks. relasjon og relasjonsbygging, men se dette i sammenheng med informantenes opplevde erfaringer og omsorgsforståelse. Jeg forutsetter kjennskap til disse begrepene kunnskaps- og verdimeslige

betydningsinnhold, slik de f.eks. er gjort rede for i Henriksen og Vetlesen (2006), Røkenes og Hanssen (2006), Skau (1998 og 2003), Vatne (2006), Aamodt (2001).

De profesjonelle omsorgsyterne i denne studien er alle miljøpersonale som arbeider i turnus. De har ikke egne kontorer men kan vanligvis trekke seg tilbake til et vaktrom eller et fellesrom for personalet i boligen eller avdelingen, eventuelt forlate brukerens bolig.

Den profesjonelle omsorgsgiveren omtales som personale, miljøpersonale eller omsorgsyter der ikke annet er nødvendig for å klargjøre betydningen.

Jeg har i denne studien valgt i hovedsak og ikke problematisere/analysere i et kjønnet perspektiv.

2.0 Tidligere forskning

Tidligere forskning er funnet fram til gjennom søk på internett via databasene BORA, Cinahl, Forskpub, Idunn, ISI Web of Science, Medline, NORART, PsychINFO, Pubmed og SveMed+.

Søkeord: aggression, assault of care personnel, disturbing behavior, forensic, health professional, meaning of caring, long term relationship, mental health nursing, perception of aggression, perception of violence, staff perspectives, violence

Vold og aggresjon hos personer med psykiske problemer har lenge vært en bekymring og en stor utfordring i praksis. Som internasjonalt forskningstema har dette imidlertid en kort historikk. (Richter og Whittington 2006). Risikovurdering, årsaker til og håndtering av pasientaggresjon har tradisjonelt vært hovedfokus for forskningen innen aggresjonsproblematikk. Opplevelser i forhold til, effekter av og konsekvenser av pasientaggresjon har vært mer i fokus de siste årene (Chambers 1998, Hellzen, Asplund, Sandman og Norberg, A. 1999, Hellzen og Asplund 2002, Hem og Heggen, 2003, Hem 2008).

Trekk ved både pasienter og personalet, forholdet dem i mellom samt postatmosfære og -kultur er forsket på og karakterisert. Også samhandlings- og situasjonelle faktorer mellom personalet og pasientene er fokusert på (Duxbury og Whittington 2005).

Noen studier inkluderer både pasienter og personalets perspektiv. Duxbury og Whittington (2005) gjennomførte en spørreundersøkelse der 80 pasienter og 82 sykepleiere fra tre psykiatriske avdelinger for inneliggende pasienter besvarte spørreskjemaet ”*The management og Aggression and Violence Attitude Scale*”. Spørreundersøkelsen konkluderte bl.a. med at pasientene vektla miljømessige forhold og dårlig kommunikasjon som betydningsfulle for aggressiv atferd. Sykepleierne la hovedvekten på pasientenes sykdom selv om negative miljømessige forhold også ble tillagt noe vekt.

Liv Mellesdal (2003) gjennomgikk 981 aggressive episoder på psykiatrisk akuttavdeling på Haukeland Universitetssykehus, Bergen. Hennes funn viste at i nesten 90 % av episodene var det grensesetting, vansker med kommunikasjon og fysisk kontakt som var foranledningen. Diagnoser var ikke signifikant som prediktor for aggresjonsepisodene.

Needham, Abderhalden, Halfens, Fischer, Dassen (2004) foretok en internasjonal systematisk

review over ikke-somatiske effekter av pasient-aggresjon hos sykepleiere. Forskerne hadde et søk fra 1983 til 2003 på Medline, CINAHL, PsychINFO og PSYINDEX. Bakgrunnen for det valgte fokuset var at på tross av ikke-somatiske funn, opplever mange sykepleiere store psykiske plager etter å ha vært utsatt for pasienters aggresjon. Sentrale funn var opplevelse av sinne, frykt eller angst, PTSD-symptomer, skyldfølelse og skam, og var uavhengig av forskningsdesign, kultur og nasjonale sykepleiedomener.

Nolan, Dallender, Soares, Thomsen, Arnetz, (1999) gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse om utstrekningen av og type vold psykiatriske sykepleiere og psykiatere som arbeidet i fem West Midland Trusts i England var utsatt for. Studiens formål var også å identifisere eventuell støtte de mottok etter at de var utsatt for vold. Sykepleierne skåret signifikant høyere på å ha blitt utsatt for vold på arbeid, og flere sykepleiere enn psykiatere mottok støtte etter voldsomme episoder. Imidlertid var det et flertall i begge grupper som aldri mottok støtte.

Hellzen et al. (1999) gjennomførte narrative intervjuer med 15 profesjonelle omsorgsgivere (sykepleiere/hjelpepleiere) som arbeidet på en psykiatrisk avdeling bl.a. med en pasient som hadde en forstyrret atferd. Resultatet var bl.a. en synliggjøring av usikkerhet på egen framtid, manglende evne til å tolke pasientens forstyrrete atferd og deres egen totale følelse av meningsløshet. Det var stor forskjell på egne ideelle omsorgsidealer og realitetene når de hadde omsorg for denne pasienten. De var utsatt for sterke fornærmelser og ydmykelser fra pasienten, noe som berørte relasjonen. De fikk kontakt med en ukjent, mørk side av sin egen personlighet. Dette førte igjen til en følelse av desperasjon. Opplevelsen av at pasienten hadde makten og styrte avdelingen gjorde også at de følte seg tvunget inn i en offerrolle.

Hellzen og Asplund (2002) intervjuet 6 profesjonelle omsorgsgivere som arbeidet på en spesiell avdeling i et sykehjem om deres levde erfaringer ved å arbeide med en person med alvorlig autistisk forstyrrelse. Omsorgsytterne følte seg fanget i en oppdelt og isolert virkelighet, og søkte trøst og støtte i forhold til helhetlig og forsonende omsorg gjennom forskningsmessig kunnskap.

I en kvalitativ studie (narrative intervjuer) om omsorgens mening ("*meaning of care*") ble 8 sykepleiere som arbeidet med en voksen mann med lærevanskeligheter og en provoserende atferd (uforutsigbare og voldelige handlinger, spyting, seksuell trakassering), spurt om de kunne fortelle om deres syn på pasienten en vanlig dag i boligen og om vanskelige omsorgssituasjoner som ble løst enten godt eller dårlig (Hellzen, Asplund, Sandman, Norberg, 2004).

Tre hovedtema ble beskrevet: en følelse av å bli plaget (*tormented*), opprevet (*disrupted*) og hjelpeløs. De reagerte sterkere når de ble spyttet på og utsatt for seksuelle håning enn på pasientens fysiske vold. Fordi den provoserende atferden kunne forstås som forurensning og ”ondskap” fikk dette i tillegg en dyp symbolsk mening for sykepleierne. Studien viser at i slike omsorgssituasjoner ble det viktig for sykepleierne å oppfatte pasienten som en plaget person, se forbi den provoserende atferden og søke etter godhet bak fasaden.

Åstrøm, Karlsson, Sandvide, Bucht, Eisemann, Nordberg og Saveman 2004) gjennomførte en studie (telefonintervju) for å undersøke følelsesmessige reaksjoner blant personale som var utsatt for vold fra eldre i bofellesskap. 11.4 % av personalet hadde vært utsatt for vold. Den hyppigst rapporterte reaksjonen fra personalet var aggresjon, forbløffelse (*astonishment*) og antipati. Utilstrekkelighet, maktesløshet, fornærmelse og frykt ble også rapportert. Flesteparten av personalet bedømte episodene som gjort med forsett fra omsorgsmottakerne. De fleste av episodene ble håndtert uformelt i kollegafellesskapet.

3.0 Metode og gjennomføring

3.1 Fenomenologi og hermeneutikk

Hermeneutikken var opprinnelig (på 1600-tallet) en teologisk tekstdisiplin som utviklet seg til en ren filologisk teksttolkningsmetode (Aadland 1997). Teologen F. Schleiermacher (1768-1834) utviklet metoden videre. Han var opptatt av å finne ut hva som kjennetegnet forståelse, og beveget seg dermed inn i følelser, tanker og hensikt med teksten. Innlevelse og forståelse blir to sider av samme sak (ibid). Etter hvert vokste det fram en moderne hermeneutikk, med filosofen W. Dilthey (1833-1911) som en viktig representant. Han siteres i Aadland (1997): *"Naturen forklarer vi, sjelslivet forstår vi."* (s.159)

Historiske og sosiale sammenhenger som lå bak teksten var viktige og måtte fortolkes, i en forstående metode (Aadland (1997). Det er tre kjerneelementer: *Opplevelse, uttrykk og forståelse*. Dilthey vektla også mennesket som et historisk vesen, og forståelse blir da også relativ ut fra sin sammenheng (ibid). Filosofene Heidegger (1889-1976) og Gadamer (1900-2002) problematiserer forståelsesbegrepet videre, og hermeneutikken blir en eksistensiell filosofi (Aadland 1997). Deres utgangspunkt er bl.a. E. Husserl (1859-1938) sin fenomenologi, der saken, altså fenomenet, så langt som mulig skal tre fram på egne premisser (Bengtsson 1993, Thornquist 2003).

Slik som Platon i sitt huleboereksempel med menneskene, lyset og skyggene mener Husserl at vi ikke kan oppfatte det som eksisterer i våre omgivelser slik som de egentlig er, men at vi gjennom vårt sanseapparat forutsetter ulike egenskaper. Vår bevissthet møter et fenomen, altså slik jeg oppfatter tingen. Ved å reflektere over denne sin allmenne natur, kan vi komme fram til en dypere erkjennelse (ibid). Vi lever sammen med andre mennesker og på samme måte vi gjør det med oss selv, tillegger vi *"den andre"* meninger og hensikter, setter i sammenheng. Husserl kaller denne innlevelsen for *Einfühlung*, altså empati (Aadland (1997).

Fenomenologisk hermeneutisk metode er egnet til å belyse menneskelig erfaring og oppfatninger med utgangspunkt i deres perspektiv. Metoden er derfor velegnet til å skulle få svar på spørsmålene jeg som forsker stiller. I tillegg er dette en god design fordi det understøtter den kartleggende eller eksplorerende intensjonen med studien. En styrke ved benyttelse av denne metoden er fleksibilitet underveis i studien. Metoden gir anledning til å følge opp viktige tema som kommer frem fra informantene. Her er en sentral forskjell fra kvantitative studier hvor svaralternativene er fastsatte (låste) i datainnsamlingssammenheng. En fenomenologisk tilnærming vektlegger subjektiv

opplevelse og erfaring. Dette er kilder for kunnskap om utvalgte fenomener og kan gi økt forståelse og innsikt også for andre på disse områdene.

I Husserls fenomenologi er det essensielt å la den andre tre fram mest mulig på sine egne premisser. I dette prosjektet innebærer bl.a. denne formen at jeg må arbeide for å være mest mulig bevisst på alle aspekter ved min egen forforståelse. Jeg må ha en åpenhet og rettethet mot den andre, og ha en innfølelse nysgjerrighet på den andre sin helt unike egenart og hvordan den andre opplever og forstår sine livserfaringer. Erfaringsvis kan det være svært krevende å arbeide med mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Det kan være pinefullt å åpne opp for den smerten mange av pasientene/brukerne lever med. Informantene i dette prosjektet kan derfor ha med seg tunge pasient-/brukererfaringer, og det kan aktiveres vanskelige følelser i intervjusituasjonen. Noen ganger, når pasienten/brukeren har en aggressiv atferd, utfordres den som skal hjelpe i tillegg på sin egen opplevelse av å bli krenket og truet av den andre. Dette kan gjøre det ekstra krevende å stå i slike relasjoner. Dette må jeg være oppmerksom på i mitt møte med informantene og deres historier.

Gjennom en hermeneutisk tilnærming søker jeg nettopp å forstå informantenes levde erfaringer. Jeg ønsker å finne ny kunnskap om å arbeide i langvarige og utfordrende omsorgsrelasjoner gjennom fenomenologiens essensieringer i kombinasjon med den hermeneutiske vekslingen nærhet – avstand tilmaterialet. Klarer jeg å sette min egen forforståelse til side når jeg tar del i den andres erfaringer og opplevelser, slik at ny forståelse kan få vokse fram?

Jeg har valgt å oppsummere dybdeintervjuene med den enkelte informant i form av en sammenhengende fortelling. Disse personlige historiene (oppsummert av meg) er viktige bidrag for å synliggjøre informantenes opplevelser og erfaringer som profesjonell omsorgsnyter i en langvarig og utfordrende relasjon. I tillegg er det et betydningsfullt utgangspunkt for å se hvilken mening informanten selv tillegger sine erfaringer og opplevelser.

3.2 Utvalg, rekruttering og datainnsamling

Utvalget er basert på ønske om å få belyst problemstillingen fra omsorgsnytere som arbeider med forskjellige pasienter/brukere i ulike situasjoner og på arbeidsplasser av forskjellig type. Det består av seks profesjonsutøvere og miljøpersonale som har til felles at de utøver sitt yrke i omgivelser der aggresjon og utfordrende atferd fra pasienter/brukere forekommer. Informantene har også til felles at de arbeider miljøterapeutisk i langvarige omsorgsforhold. Ingen av informantene har mindre enn 8 års erfaring fra slikt arbeid.

Informantene representerer vanlige arbeidstakere innen omsorgsfeltet. De har forskjellig profesjonsutdanning og erfaringsbakgrunn, bortsett fra en informant som ikke har noen formell profesjonsutdanning innen helse- og omsorgsfag.

Informantene arbeider i institusjoner, kommunale boliger og i hjemmebaserte tjenester. Alle arbeider i turnus og direkte med pasienter/brukere.

Intervjuet ble foretatt på steder etter informantenes ønske. Tre intervjuer foregikk på kontorer eller møterom i tilknytning til informantens arbeidssted, to intervjuer fant sted i lokaler tilknyttet Høgskolen i Bergen, og et intervju foregikk hjemme hos informanten.

Informantene ble rekruttert ved at jeg ringte personalleder på arbeidsplasser der jeg har kjennskap til at aggresjonsproblematikk forekommer. Jeg informerte om prosjektet muntlig og sendte skriftlig informasjon (Vedlegg 1). Samtykke-erklæring var lagt ved som del av informasjonen (Vedlegg 2).

Personalleder informerte turnuspersonalet om prosjektet og gav den skriftlige informasjonen videre til dem som gruppe, enten på personalmøte eller ved å henge opp den skriftlige informasjonen på et pauserom. Interessert personale tok da kontakt med meg.

Den skriftlige informasjonen inneholdt presentasjon av prosjektet, meg selv og forskningsetiske aspekter. Det ble også informert om at studien er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, intervjuform, opptaksutstyr, hensikten med studien, oppbevaring av data, og tilbakemelding når oppgaven er ferdig med mer (Vedlegg 3).

Hvis det var ønsket fra arbeidsplassen kunne jeg komme og gi muntlig informasjon til medarbeiderne på et personalmøte eller lignende og dele ut informasjonsskrivet til interesserte medarbeidere. Dette ble ikke aktuelt.

Datainnsamlingen er utført gjennom muntlige dybdeintervju, delvis strukturert ut fra tema, med mulighet for oppfølgingsspørsmål.

Jeg gjennomførte et pilotintervju med for å øve på intervjusituasjonen. Da fikk jeg konkret og svært nyttig informasjon om hvordan spørsmålene kunne stilles på en god måte for å få fram erfaringer og opplevelser.

I selve intervjusituasjonen var jeg oppmerksom på at spørsmålene kunne fremkalle vanskelige følelser og minner hos informantene, og hadde derfor planlagt intervjuene med god tidsmargin. Mer om dette i avsnittet om forskningsetiske betraktninger. Jeg la vekt på å være lyttende og åpen. Jeg var bevisst på at egen forforståelse vil prege mine tolkninger av materialet informantene formidlet, og prøvde derfor å etterstrebe en mest mulig åpenhet mot den andres opplevelse, tolkninger og mening (jfr. validitet). Imidlertid fant jeg under transkripsjonen noen steder der jeg sannsynligvis burde tålt tausheten bedre og latt informanten få mere tid til egen refleksjon gjennom lengre pauser før neste spørsmål. Det var også et par eksempler på at jeg avbrøt informanten fordi jeg selv ble så ivrig, og i slike tilfeller kan dette ha vært med på å styre informanten i retning av min forforståelse.

Intervjuene ble i sin helhet tatt opp på en digital diktafon og overført til datamaskin. Jeg transkriberte intervjuene og lagret dataene på egen datamaskin. Ideelt skal dette av validitetsmessige hensyn skje snarest mulig etter det enkelte intervju er gjennomført for å ivareta de ferske inntrykkene (Malterud 2003). I realiteten var det ikke like lett å gjennomføre. Prioritering av andre nødvendige arbeidsoppgaver, praktiske oppgaver og andre hverdagslige krav var påtrengende tilstede og medførte f.eks. at det for to av intervjuene gikk 2-3 uker før jeg klarte å gjennomføre en ferdig transkripsjon. Avstanden i tid gjorde det vanskeligere å forstå hva informanten sa (dialekt, støy etc.) og gjorde transkripsjonsarbeidet tyngre enn når inntrykkene var helt ferske. På den andre siden merket jeg en positiv effekt av utsettelsen ved at materialet hadde modnet og fordypet mitt refleksjonsnivå, jfr. den hermeneutiske spiralen og vekslingen mellom nærhet – avstand (Thornquist 2003).

Jeg noterte spesielle forhold underveis, f.eks. kroppsspråk eller avbrudd etc. i tillegg til at jeg direkte etter hvert intervju noterte inntrykk, refleksjoner underveis, tanker fra litteratur etc., det vil si faktorer jeg tenkte kunne ha betydning for best mulig å kunne dokumentere forbindelsen mellom intervjuet og analysen. Slike feltnotater bidrar til økt validitet (Malterud 2003).

Etter at jeg hadde gjennomført og transkribert 2 intervjuer ble det naturlig å evaluere om det var nødvendig med endringer (Malterud 2003). Dette er viktig i forhold til validitet. Fungerte spørsmålene og -formuleringene etter hensikten, hvilke burde ev. endres ut fra de foreløpige erfaringene? Fungerte fortsatt forskningsspørsmålene slik de var tenkt i utgangspunktet, eller ble det klart at det var andre tema som burde fokuseres mer eller mindre på? Min egen forforståelse forandret seg jo også underveis og det var en viktig prosess og hele tiden ta inn ny forståelse og reflektere omkring denne.

Transkripsjonen var en tidkrevende prosess som samtidig gav meg anledning til å komme dypt inn i informantenes livsverden slik den ble formidlet.

3.3 Databehandling og analyse

3.3.1 Forforståelse

Det er en stor utfordring å åpne seg mot en annens livsverden. Å dempe sin egen forforståelse i møte med informantene setter strenge krav til bevissthet og tilstedeværelse. Likevel ville det være umulig å møte den andre helt uten egne referanserammer. Ydmykhet og en lyttende tilstedeværelse har vært nødvendige og konkrete arbeidsredskaper for meg underveis.

Samtidig som et fenomenologisk perspektiv skal være åpent for intervjupersonens erfaringer, framheves presise beskrivelser. Jeg som forsker skal forsøke å få frem den sentrale betydningen i beskrivelsene. Det vil si at jeg måtte prøve og se bort fra egne forhåndskunnskaper. Forforståelsen har også betydning for analyse og tolkning av resultatet. En må være bevisst sin forforståelse for å være åpen i forhold til forskningssituasjonen. Dette mener jeg er sentralt for den kvalitative forskningsprosessen. Bearbeiding av egen forforståelse inngår derfor i den analytiske prosessen før innsamling av data. Jeg gjennomførte for eksempel et pilotintervju for å bedre min egen rolle som ”instrument”.

Både under intervjuene og i mine refleksjoner, i analysen og diskusjonen var det informantens unike opplevelse som skulle komme fram. Det var derfor essensielt at jeg kontinuerlig arbeidet aktivt med å dempe min egen fortolkning. Jeg var for eksempel bevisst på språkbruk og ordvalg og la vekt på åpne spørsmål, lyttende holdning, ydmykhet og disiplin med egne impulser til å avbryte og tolke utsagn i intervjusituasjonen. Disiplinert engasjement er idealet under intervjuene men var vanskeligere i praksis. Samtidig var det viktig at jeg hadde oppmerksomhet på hvordan min forståelse påvirkes av informantens følelser. Nøkternhet og avstand var nødvendig sammen med den lyttende holdningen og åpenheten.

Jeg måtte altså under hele prosessen være uhyre bevisst på hvordan egne erfaringer, opplevelser og tanker påvirket hvordan jeg oppfattet informantene, slik at deres unike livsverden fikk tre fram på best mulig vis. Underveis var det derfor viktig å sjekke ut om jeg hadde forstått det informantene sa på en riktig måte. Utgangspunktet for å anvende en fenomenologisk tilnærming er jo nettopp å

kunne fange opp deres opplevelser og finne hvordan de selv forstår sine erfaringer. Her er i så fall et av grunnlagsområdene for ny kunnskap. Hvis jeg var usikker på om jeg hadde oppfattet noe korrekt, ville det vært nødvendig å kontakte informanten for å få avklart betydningen. Imidlertid ble ikke dette nødvendig.

Det kan imidlertid være at mine konklusjoner ikke nødvendigvis stemmer i detalj med hva den enkelte informant har formidlet. Det kan i så fall være fordi analysen av materialet som helhet gav et annet bilde enn den enkelte informants opplevelse. Også på dette punktet måtte jeg være oppmerksom på om jeg eventuelt brakte inn eget stoff som overskygget det egentlige utsagnet til informanten. Her ligger som nevnt før et stort maktpotensial. Når informantene formidler opplevelser som kan ha vært vanskelige setter vedkommende seg i en sårbar situasjon. I tillegg vil informantene gjerne bruke et språk som uttrykker en kultur på arbeidsplassen til vedkommende. Dette måtte jeg være oppmerksom på både i selve intervjusituasjonen og når jeg analyserte materialet.

I ettertid kan distansen i tid til episoden(e) gjøre at informanten kanskje egentlig skulle ønske at vedkommende hadde svart annerledes. Jeg måtte derfor gjøre mitt beste i intervjusituasjonen for å skape tillit slik at informanten klarte å være ærlig i forhold til hvordan hun tenkte og følte da episoden(e) hendte. Jeg måtte derfor formidle at jeg ikke var ute etter en ideell eller ”korrekt” håndtering, men deres unike opplevelser slik det var for dem der og da i situasjonen (i den grad dette er mulig).

Min forforståelse og mine tolkninger er vanskelig å skille fra hverandre. Hele min forståelseshorisont er uløselig knyttet til min tids paradigmer historisk og kulturelt. Private og profesjonelle erfaringer gir bakgrunn for hva jeg oppfatter og hva jeg overser. Mine tolkninger gir en subjektiv oppfatning som i ulik grad vil deles av andre. Profesjonsutdanning og videreutdanning har vektlagt noen verdier, kunnskapssyn og teorier på bekostning av andre. Et eksempel kan være det altruistiske omsorgsidealet (Hem 2008). Dette preger hvordan jeg kan forstå andre. På samme måte velger jeg ut noen faglige perspektiver framfor andre (Malterud 2003). I dette prosjektet har jeg f.eks. valgt og ikke problematisere i et kjønnet perspektiv. Slik kan interessante perspektiver ha gått tapt. Et annet eksempel er at informantene har ulik profesjonsbakgrunn. Dette er et bevisst valg for å få fram mangfoldet som speiler hverdagens praksis. Samtidig har det gitt nye utfordringer underveis. Det ville sannsynligvis vært tryggere og bare forholde seg til sykepleierens profesjonsdomene fordi jeg selv har denne bakgrunnen. Imidlertid er informantene strategisk valgt

ut i forhold til mitt ønske om å belyse miljøpersonalets hverdag i ulike omgivelser, og ut fra hva informantene selv legger av betydningsinnhold i omsorgsfenomenet. Informantene har på overordnet nivå i hovedsak sin utdannelse og praksis fra samme kulturelle bakgrunn som jeg. Dette kan være en fordel fordi vi har det samme utgangspunktet med tanke på kulturkrets og profesjonsetikk. Det kan imidlertid samtidig være en ulempe. Det er ikke sikkert at vi mener det samme selv om vi bruker de samme ordene.

Gjennom 10 års arbeid med mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet har jeg opplevd noen episoder med aggresjon i arbeidssituasjonen. Jeg har selv vært både redd, sint, frustrert osv. Heldigvis har jeg alltid hatt kollegaer, veiledere og gode ledere som har vært tilgjengelige og åpne for mine behov etter slike opplevelser. Arbeidsplassen hadde også gode rutiner for oppfølging i forhold til aggressoren. Slik har jeg kunnet mestre egne tanker og følelser og arbeide videre på samme arbeidsplass. Dette bakteppet av hendelser, følelser, løsninger og mindre gode relasjoner til personene har vært med på å prege hvordan jeg møtte informantene og hvordan jeg kan forstå deres opplevelser.

Alt som informantene fortalte under dybdeintervjuene ble transkribert og slik transformert til en tekst som jeg har analysert og diskutert. Også dette arbeidet krevde høy grad av bevissthet på egen forforståelse. Hvorfor oppfattet jeg de sammenhengene som jeg gjorde? Hvorfor trådte noe fram på bekostning av noe annet? Hvordan korresponderte dette med egne erfaringer og mine egne verdier? Har jeg hatt en tendens til å ”kolonialisere” informantenes livsverden på bakgrunn av egen forståelse og opplevelser? Hvordan virket min sympati og omsorgstrang for informanten inn på hvordan jeg tolker materialet? Eller motsatt, hvis jeg mener at informanten har håndtert situasjonen på en måte som ikke stemmer med slik jeg synes er riktig, har jeg da latt dette farge hvordan jeg oppfattet informantens formidling? Alle disse spørsmålene har vært viktige i mine refleksjonsprosesser og derfor vært viktig for den analytiske prosessen underveis.

Det var i utgangspunktet overveldende å skulle gå i gang med analysearbeidet. Hvordan finne mønstre og strukturer og skape mening og sammenheng i det innsamlete materialet?

Malterud (2003) skriver at Giorgis fenomenologiske analyse anvendes i forbindelse med utvikling av nye begreper/beskrivelser, og kan sammenligne med *grounded theory* i måten i sin teoretiske forankring. Selv om ikke jeg prøver å utvikle ny teori tenker jeg at dette kan være en nyttig analysemodell, fordi informantene kommer fra flere ulike sammenhenger, og det skal gjennomføres

dybdeintervju, altså en:

...”deskriptiv tversgående analyse av fenomener som beskrives i et materiale fra mange ulike informanter”... (Malterud 2003, s. 99)

Giorgi (Malterud 2003) anbefaler en 4-trinns analyse når materialet skal kondenseres:

- 1: få et helhetsinntrykk
- 2: identifisere de meningsbærende enhetene
- 3: abstrahere dette innholdet enkeltvis
- 4: sammenfatte den innholdsmessige betydningen

Jeg fulgte Malterud (2003) sin beskrivelse av systematisk tekstkondensering sammen med hennes modifiserte versjon av Giorgis fenomenologiske analyse tett. Systematikk og struktur er viktig for å sikre prosjektets validitet. Samtidig er det viktig å reflektere grundig underveis, slik at betydningsinnholdet i informantenes opplevelser kan få komme godt fram. Det er en balansering mellom egen forforståelse og å la materialets iboende informasjon få tre fram på egne premisser.

Malterud (2003) gjengir at hovedformålet med Giorgis fenomenologiske analyse er å

...”utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden”...(s.99)

Egne forutsetninger skal settes best mulig til siden (*bracketing*), og man søker etter vesentlige kjennetegn ved fenomenene. Lojalitet til informantenes egne meningsinnhold og opplevelser er viktig. Det var derfor av betydning et jeg hadde et svært bevisst forhold til hvordan mine egne tanker, følelser og erfaringer påvirket hvordan jeg forstod det som informantene fortalte, og at jeg hele tiden på beste vis prøvde å holde deres erfaringer og mine egne erfaringer atskilt.

Etter at alle intervjuene var gjennomført og transkribert gjennomgikk jeg det første materialet på nytt for å finne eventuelt nytt meningsinnhold. Jeg leste alle intervjuene mange ganger og reflekterte over ulike måter å forstå informantenes utsagn på. Materialet skal analyseres og reflekteres over for å få fram nivåer og dimensjoner som trer fram etter som innholdet modnes.

Deretter leste jeg mer sentrert for å finne «*meningsbærende tekstenheter*» (Malterud 2003 s.100). Gjennom mange gangers gjennomlesning vokste det fram noen temaer som mer sentrale enn andre. Under disse temaene kunne jeg systematisere inn noen underkategorier. Jeg satte opp en matrise for hvert av de overordnede temaene. Deretter satte jeg opp underkategorier i hver matrise etter hvert

som jeg etter mange gjennomlesninger fant mulige tekststyringer som kunne forstås innenfor en slik underkategori. Slik beveget jeg meg fra det praktiske nivået til et mer abstrakt nivå. I matrisen satte jeg opp intervjunummer og sidetall for de meningsbærende tekstenhetene, slik at det ville være enklere å finne sitatene i det fyldige datamaterialet (koding). Samtidig satte jeg opp fargekoder i teksten. Jeg forandret på hovedtemaene og spesielt underkategoriene flere ganger, siste gangen da jeg diskuterte resultatet. Dette var nødvendig etter som arbeidet modnet og materialet trådte fram på egne premisser mer enn i forhold til min forforståelse. Jeg drøftet de forskjellige mulighetene for tematisering og kategorisering med veileder underveis i denne prosessen. Veileder påpekte flere ganger hvordan min forforståelse kunne stå i veien for mulige alternative måter og forstå og tolke teksten på. Disse konstruktive samtaler bidro også til og subkategorisere materiale. Underveis var det mange ganger vanskelig å skille underkategori-temaene inn i subkategoriene, fordi jeg synes de gikk så inn i hverandre. Jeg måtte gjøre valg som noen ganger betydde å velge bort materiale. Dette gjorde jeg på grunnlag av en vurdering av hva som best belyste forskningsspørsmålene. Jeg fant på dette tidspunktet nytte i å skrive oppsummeringer fra hvert intervju. Da fikk jeg igjen informantens livsverden nært inn på meg, og sikret slik min lojalitet til informantens historier bedre. Etter hvert som jeg gikk dypere inn i materialanalysen, kunne jeg gi finne et navn for kategoriene som jeg synes representerte innsikt og mening. Informanter som i liten grad snakket om spesielle temaer som andre informanter var svært opptatt av, inspirerte til å stille kritiske spørsmål om f.eks. kategoriseringen, eller til diskusjonen av resultatet opp mot forsknings-spørsmålene.

Etter hvert som kategoriseringsarbeidet vokste fram, så jeg at materialet lå godt til rette for å diskutere i forhold til Foucault og hans perspektiver på makt og maktviten, profesjonalisering og disiplinering. Jeg har derfor valgt og primært diskutere resultatet på denne bakgrunn. Imidlertid var Foucault teoretiker, ikke praktiker. Det forstod jeg betydningen av etter hvert som diskusjonen vokste fram. Jeg opplevde at materialet behøvde en diskusjon på et mer konkret grunnlag. Dette har jeg prøvd å gjøre ved å knytte Løgstrups (1991) nærhetsetikk og Martinsens omsorgsforståelse (1984, 1996, 2002, 2003, 2005, 2007) opp mot deler av materialet, spesielt i forhold til informantens behov for en frihetspraksis, deres tanker og erfaringer knyttet til ethos og deres bruk av skjønn i disse langvarige omsorgsrelasjonene.

3.4 Validitet

Intern validitet viser til hvordan resultatet reflekterer temaet for undersøkelsen, om den valgte metoden og spørsmålene har vært egnet til å belyse forskningsspørsmålene (Malterud 2003).

Drøfting med hensyn til valg av metode er sentralt for studiens troverdighet og generaliserbarhet. Har de ulike forskningsspørsmålene som presenteres ulike steder i studien en indre konsistens? Om hvorvidt disse er forsøkt belyst på en tilfredsstillende måte kan en si noe om ved å trekke tråden tilbake til det som innledningsvis presentertes som intensjonen med studiet.

Individuelle dybdeintervju er i utgangspunktet en godt egnet metode for datasamling av personlige erfaringer og opplevelser. Jeg valgte delvis strukturerte dybde intervjuer. Strukturen var for eksempel til god nytte for å holde på tidsrammen, og til å holde seg innenfor de temaene som var planlagt. Samtidig er formen fleksibel nok til å tillate interessante oppfølgingsspørsmål. Informanten kunne også oppleve å se nye sammenhenger eller får nye tanker om sine opplevelser i løpet av intervjuet. Det viktig å bevare den fenomenologiske metodens styrke og mentalitet og være åpen og undrende i møtet med informantene. En for stor standardisering av intervjuene kan ødelegge den fleksibiliteten en ønsker å ivareta med denne forskningsmetoden.

Jeg måtte dessuten være oppmerksom på å holde fokus for intervjuet slik at verken jeg eller informantene beveger oss for langt bort fra utgangspunktet/ forskningsspørsmålene, samtidig som om at jeg ikke måtte styre informanten slik at viktige resonnementer gikk tapt. Det var derfor nødvendig å ha god tid i møtet med informantene. Det var også nyttig å sjekke ut og avklare forventningene til informantene i forkant av hvert intervju. Tydelige rammer var viktig. Det var med på å skape trygghet som igjen var viktig for at informantene turde å åpne seg og være ærlig i intervjusituasjonen. Intervjuet skulle også avsluttes på en måte som informantene opplevde som god.

At jeg som forsker selv er instrumentet for datainnsamlingen kan være både en styrke og svakhet ved denne studien fordi validiteten av datamaterialet er avhengig av min evne til kommunikasjon, til å være åpen og lyttende, mitt etiske skjønn og evne til selvrefleksjon, min forforståelse, kunnskap og kompetanse innen feltet. En svakhet er maktbalansen der forskeren har stor makt og innflytelse både innen intervjusituasjonen og i prosessen med å analysere og tolke resultatet. Sitatene kan ha en funksjon som eksempler fra noe av materialet som ble tolket slik at leseren får et innblikk i dette.

Med flere forskere med på planlegging og bearbeidelsen øker troverdigheten av kvalitet, relevans og analyse. I denne studien har jeg hatt regelmessig kontakt med veileder. Hun er blitt forelagt alle spørsmålene på forhånd. Vi har bl.a. drøftet helt konkret hva jeg har ønsket å oppnå med det enkelte

spørsmålet, og ulike alternativer. Dette har bidratt til å kvalitetssikre forskningsprosessen validitetsmessig.

Jeg har som tidligere beskrevet måttet gjøre valg i forhold til hvilke tema som jeg har tatt med og hvilke jeg har utelatt i analyse og diskusjon. Dette er med på å dreie materialet i en retning. Valgene mine underveis styrer hvordan materialet til slutt står fram i den ferdige oppgaven. Det er derfor svært viktig å være klar over at dette er et produkt som har vokst fram gjennom en lang refleksjons- og arbeidsprosess preget av min kunnskap, mine verdier og praktiske overveielser. Det har i tillegg vært nødvendig å revurdere valg og retning underveis på grunnlag av ny kunnskap og forståelse, slik beskrevet i metodeavsnittet om prosessene i den hermeneutiske spiralen. Det innebærer at prosjektet har beveget seg underveis, jeg har ikke hatt svarene på forhånd. Eksempelvis ble teoretisk forståelsesramme og analyseverktøy valgt på grunnlag av informantenes beretninger. Alle informantene har lang praksiserfaring med utfordrende omsorgsrelasjoner. En av informantene tatt videreutdanning i aggresjonsproblematikk. Dette er en student som jeg ikke har vært veileder for eller hatt sensoroppgaver for. Jeg har imidlertid en relasjon til vedkommende som er annerledes enn de andre informantene som jeg ikke har møtt tidligere. Dette har sannsynligvis hatt betydning for hva og hvordan vedkommende valgte å dele sine opplevelser og erfaringer med meg. Samtidig har det vært av forskningsmessig interesse å høre på hva akkurat denne informanten formidlet fordi vedkommende har en spesiell type merkunnskap i aggresjonsproblematikk knyttet opp mot relasjonskompetanse og omsorg.

Jeg har også selv mer enn 10 års relevant praksiserfaring. Disse forholdene er etter min oppfatning med på å øke validiteten til prosjektet. Samtidig er det en risiko for at prosjektet kan forskyve seg i feil retning. Her har veileder vært en betydningsfull samtalepartner. Hun har hjulpet meg å forstå konsekvenser av alle mine valg underveis, slik at jeg lettere kunne velge bevisst hva som burde arbeides mer med og hvilke tema som jeg måtte forlate. Slik har jeg prøvd å styrke «*den røde tråden*» i prosjektet.

Underveis i prosessen har jeg hatt mange møter med veileder. Her har jeg komme med undringer og tvil, og diskutert de mange utfordringene som har dukket opp underveis f.eks. metodiske problemer og vanskelige etiske avveielser.

Den eksterne validiteten dreier seg om hvordan resultatet fra studien kan overføres til andre sammenhenger (Malterud 2003). Har jeg klart å finne fram til de mange aspektene som

informantene belyser? Har valgene jeg har gjort underveis i prosessen, f.eks. med tanke på oppfølgings spørsmål, presentasjon og diskusjon, vært egnet til å få fram betydningsfulle forhold ved informantenes omsorgsrelasjoner som er relevant for andre. Bidrar studien slik til ny og original innsikt? Kan resultatet være betydningsfullt for andre?

Slik jeg selv forstår det, viser denne studien at å være profesjonell omsorgsutøver og medmenneske i langvarige og krevende omsorgsrelasjoner innebærer å måtte romme store følelsesmessige kontraster langs et kontinuum fra nærhet, fortrolighet og godhet til krenkelser, trusler og vold. Informantene legger vekt på at de forstår og finner mening med sine erfaringer og opplevelser. Faglige og ressursmessige rammer som gir mulighet til å skape unike og ekte omsorgsmøter er også svært betydningsfullt for informantene.

Funnene bidrar derfor til å synliggjøre og validere miljøpersonalets svært krevende praksishverdag. Åpenhet om hvordan det oppleves å være utsatt for aggresjon i profesjonelt omsorgsarbeid kan bl.a. bidra til en mer systematisk og strukturert oppfølging av miljøpersonalet. Det er viktig både ut fra individuelle behov og samfunnsøkonomisk.

Jeg på beste måte forsøkt å legge til rette for en datainnsamling egnet til å gi innsikt både i bredde, dybde og nyanser i relasjon til tema. Samtidig kan det diskuteres om utvalget har vært stort nok til å få fram alle betydningsfulle aspekter ved temaet, og slik oppnå metning. Innen kvalitativ forskning baserer ikke overføringsverdien seg på generaliserbarhet basert på logiske slutninger og statistikk, slik som innen kvantitativ forskning, men om det er troverdighet og gyldighet ved at kunnskap om fenomenet blir overført til leseren i form av forståelse. Overførbarheten hviler på den totale kvaliteten av undersøkelsen. Resultatet er at en sitter igjen med økt innsikt og kunnskap om hvordan det kan oppleves å skulle forholde seg til aggresjon og samtidig ivareta omsorg. Informantene har forskjellige utdannelser og erfaringer og de arbeider i svært ulike krevende langvarige omsorgsrelasjoner. Slik blir forskningsspørsmålene belyst på bred bakgrunn. Informantene har også lang relevant praksiserfaring. Dette er viktig for en god fenomenrepresentativitet. Samtidig er det nok mulig at et større antall informanter som kunne representere flere praksisområder innen tematikken, ville fått fram flere funn. Her er det derfor rom for mer forskning som kan utdype og få fram mer kunnskap om opplevelser og erfaringer å være profesjonell omsorgsytter i langvarige relasjoner der aggresjon er tilstede.

3.5 Etikk

I følge Aadland (2004) betyr etikk "*systematisk refleksjon over moralsk praksis*" (s.279).

Reflektere denne studien en god forskningsmessig praksis?

Dette innebærer bl.a. ivaretagelse av informantenes anonymitet og konfidensialitet, god og riktig informasjon om forskningsprosjektet og samtykke som skal være i skriftlig form. Rekrutteringen er beskrevet tidligere i metodekapittelet. Der har jeg også gjort rede for innhenting av informert samtykke.

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest) ble informert om prosjektet og vurderte det til ikke å behøve spesiell godkjenning fra dem fordi utvalget av informanter er profesjonelle omsorgsutøvere som intervjues om opplevelser fra sin arbeidssituasjon.

Prosjektet ble meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste ved datafaglig sekretariat i henhold til Personopplysningsloven kapp. 6 §§ 31 (meldeplikt) og 33 (konsesjonsplikt) og forskriftens kapittel 7 § 25.

Helsinkideklarasjonen (sist revidert i 2000) slår bl.a. fast at hensikten med forskningen må være viktigere enn de belastningene forsøkspersonene påføres (Malterud 2003). Forskningsspørsmålene dreier seg om opplevelser og erfaringer som informantene kan ha sterke minner og et sterkt følelsesmessig forhold til. Samtidig har informantene selv på frivillig basis valgt å delta i studien og la seg dybdeintervjue om emnet. Jeg regnet derfor i utgangspunktet med at informantene ikke hadde et for traumatisk forhold til sine erfaringer. Likevel var jeg observant på emosjonaliteten som kunne ligge latent hos informantene, og hadde en oppmerksomhet rundt dette i intervjusituasjonene. Å gjenkalle hvordan det var å være utsatt for andre menneskers aggresjon, for eksempel krenkelser og ulike former for vold kunne i seg selv representere en påkjenning, alt etter hvordan informanten tidligere hadde prosessert sine erfaringer. Informantene kan derfor ha opplevd situasjonen som krevende fordi de ble minnet på sin sårbarhet. De fleste av informantene gav uttrykk for at det var godt å dele sine opplevelser, det var noe de sjelden fikk anledning til med utenforstående. Intervjuene fikk derfor noen ganger en svært personlig karakter. Det var derfor svært viktig å møte hver informant med ydmykhet, empati og gjennomtenkt ivaretagelse. Flere av informantene gav også uttrykk for at de satte stor pris på at deres omsorgsarena ble gjort til gjenstand for forskningsinteresse.

Alle opplysninger er anonymisert på en slik måte at informantene ikke kan gjenkjennes av

utenforstående. Informantene kunne noen ganger dele informasjon om interne forhold på arbeidsplassen som de ellers ikke ville snakket om til en utenforstående. Jeg hadde derfor et ansvar for å ivareta den enkeltes tillit og lojalitet samtidig som jeg vurderte om dette var forhold som kunne gi betydningsfull informasjon om relevante faktorer innenfor problemstillingen. Konfidensialiteten er slik en trygghetsfaktor som er medvirkende til informantenes mulighet til å være åpen. Alle rådataene blir makulert etter at studien er ferdig og godkjent som innlevert.

I tillegg til selve dybdeintervjuet skulle informantene på forhånd få vite hvordan materialet skulle håndteres og oppbevares under forskningsprosessen. Informasjon om at informanten kan trekke seg når som helst uten å måtte forklare seg var viktig å understreke både før vi starter selve intervjuet, og etter at vi var ferdige. Hensikt og bruk av funn ble redegjort for på forhånd. Dette kan være en enkel sak men kan likevel aktualisere noen etiske spørsmål i forhold til informantenes utgangspunkt for å ville delta i studien. Jeg har gjennom forskningsprosessen opplevd at fokuset har dreiet noe videre fra informantenes formidling av erfaringer og opplevelser til en analyse av hvordan makt og omsorg kan spille seg ut i disse utfordrende relasjonene. Dette hadde jeg ingen tanker om da selve intervjuene fant sted, og er derfor ikke noe som ble informert om i forkant. Samtidig var informantene klar over at dette var en forskningsprosess, og at det derfor ikke er mulig å kunne informere om alle forhold rundt eventuelle resultater på forhånd.

4.0 Kunnskapsmessig referanseramme

Aggresjon og omsorg er fenomener som begge kan ha mangfoldig innhold og forståelse.

I denne studien ønsker jeg å synliggjøre og å forstå hvordan det kan oppleves og erfares for personalet når disse fenomenene kobles sammen i en profesjonell pleie- og omsorgssammenheng samt hvilken betydning dette kan få for omsorgsrelasjonen.

Å søke etter presise definisjoner hører vanligvis til en mer kvantitativt orientert metodemodell. Innenfor hvert emne vil jeg derfor starte med en relativ bred redegjørelse som viser noe av betydningsinnholdet og deretter klargjøre hvilken forståelse jeg har valgt for min studie.

Risikoatferd kommer inn under utøvelse av aggresjon og er brukt i oppgaven om trusler og vold, altså om måter aggresjonen kan komme til uttrykk på.

4.1 Aggresjon

Hanssen, Stakseng, Stangeland og Urheim (1999) gir i boken "Sikkerhet og omsorg. Møte med aggresjon og vold" en historisk oversikt over faglige og etiske utfordringer på helse- og sosialområdet.

De henviser bl.a. både til den franske legen Philippe Pinel (1745 – 1826) og norske Herman Wedel Major (1814 – 1854) som begge referer til at aggressive pasienter ble møtt med tilsvarende aggresjon og mishandling fra personalet. Tvangsmidler var vanlig. Reitgjerdet sykehus var det første av flere institusjoner, der klanderverdige forhold ble avdekket. Personalet var ikke opplært i hvordan pasienter/klienter burde behandles.

Med bakgrunn i mine forskningsspørsmål velger jeg Bjørkly (2001) sin tolkning av aggresjonsfenomenet. Den utelukker bl.a. selvskading men dekker fokus for denne studien:

"Aggresjon er et samlebegrep for atferd som et individ med hensikt utfører eller gir eksplisitt verbalt og fysisk uttrykk for å ville utføre, for at et annet individ skal påføres fysisk skade, fysisk smerte eller kroppslig krenkelse." (s.28)

Eksempler på aggressiv atferd som er beskrevet i eksemplene fra tidligere forskning er verbale trusler, hånsord og ydmykende beskrivelser, seksuell trakassering, lugging, spyting, kloring, slag,

kveling, sparking, angrep med gjenstander mot ansikt eller kropp med mer.

I samledefinisjonen av aggresjon ses vold på som en undergruppe. Bjørkly (2001) beskriver vold/voldsatferd slik:

”Vold og voldsatferd er aggresjon kjennetegnet ved at atferden er innrettet på å påføre offeret alvorlig og/eller livstruende fysisk skade, fysisk smerte eller kroppslig krenkelse.” s. 29)

Aggresjon som fenomen kan forstås på svært mange ulike nivåer, etter kontekst og teoretisk posisjon. Avvik må ses ut fra kulturelle og sosiale sammenhenger. Ressurser virker inn, sårbarhet og erfaringer hos den enkelte likeså. Aggressiv atferd påvirker relasjonen vi har til andre (Hanssen et al. 1999).

I det psykologiske fagfeltet er det fem hovedgrupperinger av definisjoner som opptrer oftest (Bjørkly 2001):

- Proessorienterte intuitive. Utviklingsmessig eller medfødt disposisjon for aggressiv atferd. Uttrykkes oftest i nære relasjoner.
- Sekvensbaserte eller topografiske. Aggresjonen kategoriseres ut fra observasjon av atferd, ikke rom for tolkninger av årsak og motivasjon. Kan være enkelthendelser, episoder eller hele systemer av mekanismer.
- Med fokus på utløsende stimuli. Utløsende element kan være av atferdsmessig fysiologisk eller psykologisk karakter.
- Konsekvensbaserte. Utkommet av atferden definerer om dette er aggresjon.
 - Sammensatte. Hos mennesker primært her et skille mellom instrumentell aggresjon som hovedsakelig oppstår når aggressor hindres i å nå et mål, og emosjonell aggresjon som ...”forutsetter frustrasjonsstimuli med ego-truende egenskaper og at aggressor mener at den (de) som står bak frustrasjonsstimuliene, hadde til hensikt å påføre aggressor ubehag”. (s.19)

Isdal (2000) har en relasjonell forståelse av vold. Dette innebærer at voldshandlinger alltid er situert og innehar et meningsaspekt. Han mener derfor at å forstå avmakt er viktig for å forstå volden. Han problematiserer skillet mellom instrumentell og ekspressiv vold som han mener er til hinder for å se betydningsfulle aspekter både ved selve volden og voldsutøveren. Han legger vekt på at både selve

voldshandlingen og konsekvensen av den må komme fram i definisjonene.. Han definerer fysisk vold slik:

”Fysisk vold er bruk av enhver form for fysisk makt som gjennom at den smerter, skader, skremmer og krenker, påvirker et annet menneske til å slutte med noe det vil gjøre eller gjøre noe mot sin vilje.” (s.43)

Han viser til at den fysiske formen for vold utgjør en trussel som ofte bidrar til å forsterke effekten av andre former for vold, for eksempel seksuell vold:

”Seksuell vold er alle handlinger rettet inn mot en annen persons seksualitet, som e smerter, skader, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutter å gjøre noe den vil.” (s.45)

Isdal (2000) definerer også materiell vold og viser til at denne formen for vold kan virke skremmende, bl.a. fordi materiell vold synliggjør kontroll hos voldsutøveren. I sin definisjon av psykisk vold bruker han maktbegrepet:

”Psykisk vold er alle måter å skade, skremme eller krenke på som ikke er direkte fysisk i sin natur, eller måter å styre eller dominere andre på ved hjelp av en bakenforliggende makt eller trussel.” (s.49)

Flere artikler beskriver hvordan omsorgspersonalet opplever og erfarer aggresjon fra omsorgsmottaker, bl.a. Hem og Heggen (2003), Hellzen et al. (2004), Duxbury og Whittington (2005). Omsorgspersonalet rapporterer bl.a. om hvordan det og selv å være et terapeutisk instrument medfører motstridende krav i forhold til samtidig å være både et medmenneske og å være profesjonell. Dette kan oppleves som et spenningsfylt dilemma fordi omsorgspersonalets sårbarhet blir en medvirkende faktor i relasjonen. Denne sårbarheten er konstruktiv i omsorgsfellesskapet. Samtidig er det meget krevende å åpne opp og ta inn den andres livsverden, spesielt i forhold til pasienter/brukere med provoserende, voldsom og aggressiv atferd. I tillegg kan ulik faglig forståelse bidra til at omsorgsyteren utsettes for kritikk fra sin kollegagruppe.

4.3 Omsorg som fenomen i en profesjonell sammenheng

I denne studien fokuseres det på omsorg i profesjonell sammenheng. Parallelt med at for eksempel sykepleiefaget har utviklet seg både som disiplin og vitenskap ses det en utvikling av

omsorgsfenomenet (Meleis 2005). Omsorg er beskrevet, definert, forstått og diskutert hos teoretikere og praktikere på ulike nivåer over et langt tidsrom.

Teoriutvikling og omsorgsfilosofi innen omsorgsfeltet som har en forankring i det praktiske nivået kan gi et godt utgangspunkt når hverdagen er utfordrende. Meleis (2005) understreker nettopp at teori hjelper til å finne fokus, hensikt og mål med praksis.

Morse (1990) har undersøkt hvordan 35 amerikanske forfattere definerer, forklarer, beskriver og forstår omsorg. Fem perspektiver går igjen: Omsorg som menneskelig trekk, som moralsk ideal, som affekt, som et mellommenneskelig forhold og som en terapeutisk intervensjon.

Omsorg som menneskelig trekk kan forstås og uttrykkes på forskjellige måter. Et utgangspunkt for forståelse av omsorgsfenomenet ser ut til å være at mennesket er forbundet med andre mennesker. Leininger (Morse 1990) slår fast at omsorgen må ses i sammenheng med den kulturelle sammenheng. I det følgende har jeg derfor prøvd å redegjøre for sider ved forståelser av omsorgsfenomenet som kan være aktuelt i min sammenheng.

Benner og Wrubel (1989) har som utgangspunkt at omsorg betyr at vi har betydning for hverandre:

” ”Caring” is a word for being connected and having things matter works well because it fuses thought, feeling, and action – knowing and being”. (...)

”Caring creates possibility.” (...)

”Caring (having things matter) puts the person in a place of risk and vulnerability. Relationships, things, events, and projects do not show up as stressful unless they matter.” (...)

”But the nature of caring is such that it also sets up what coping options are available and acceptable to the person.” (s.1)

Watson (1985) beskriver omsorg som et uopnåelig ideal. Å bevare pasientens integritet og verdighet er en viktig del av omsorgen. Hun fokuserer bl.a. på den mellommenneskelige relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Det er viktig for sykepleieren å etablere et tillitsforhold i

hjelperelasjonen. Watson legger derfor vekt på at sykepleieren må være ekte, ha varme og empati for pasienten for at tilliten kan åpne opp for en relasjon. Sykepleieren skal hjelpe pasienten å uttrykke og akseptere både positive og negative følelser. Gjennom å klare å uttrykke følelsene sine, bevisstgjøres pasienten. Dette er nødvendig for at pasienten skal kunne forstå sin egen atferd. Sykepleieren må imidlertid i denne prosessen være forberedt på å ta i mot sterke og vanskelige følelser fra pasienten.

Den islandske professoren Sigríður Halldórsdóttir, har utviklet (syntetisert) en teori for (ideell) profesjonell sykepleie gjennom sju fenomenologiske studier. Hun har gjennom 91 dialoger spurt 57 informanter, for det meste tidligere pasienter, om hva som er ideell sykepleie (Halldórsdóttir (1996)).

Årsaken til at jeg ser denne teorien som interessant er at den er utviklet ut fra dialog med pasientene. Selv om det er flest studier som har klart fokus enten på omsorgsgivernes perspektiv eller pasienter/brukere/klienter, er det etter min erfaring ofte det mest fruktbare i profesjonelt omsorgsarbeid å ta utgangspunkt i en dialog for å finne en felles forståelsesramme.

Essensen i Halldórsdóttir sin sykepleieteori er at sykepleie er profesjonell omsorg.

Basiskomponenter som alle er nødvendig for en komplett sykepleie er:

“...competence, caring and connection” (Halldórsdóttir (1996) s. 39)

Profesjonell omsorgskompetanse innebærer:

- *“Being open to and perceptive of others – e.g. being sensitive to patients needs”*
- *“Being genuinely concerned for the patient, as a person and a patient”*
- *“Being morally responsible – e.g. being respectful of self and others”*
- *“Being truly present and available for the patient – attentiveness to the present moment: - Present and available in a dialogue, in listening and responding”*
- *“Present and available in a situation, physically and emotionally”*
- *“Being dedicated and having the courage to the patient as a professional nurse”*

(Halldórsdóttir (1996), s. 40)

Martinsen (1996, 2003) finner i den danske teologen og filosofen K. E. Løgstrup (1905-1981) sin

moralfilosofi et utgangspunkt for å ...”*mestre etiske dilemmaer bedre gjennom praktisk handling, fortelling og argumenter*” (2003, s. 25). Hun har utviklet en omsorgsfilosofi som beveger seg mellom et relasjonelt nivå, et moralsk nivå og et praktisk, som er flettet sammen (bl.a. Martinsen (2005), Delmar (1999)).

Martinsen i ”Fra Marx til Løgstrup” (2003) viser til Løgstrup sin kritikk over et positivistisk vitenskapsideal hvordan vi fjerner oss fra den konkrete situasjonen og kun lever etter en resultat- og målstyring:

”Mens idealismen reduserer bort det materielle, reduserer positivismen bort det verdimesige, og dermed det konkrete.. Det konkrete er alltid normativt, verdibetont – det er en virkelighet vi følelsesmessig lever og deltar i, som er mangetydig og ubestemt. (...) Vi er i verden i betydning involvert. (...) Vi lever sammenflettet, forbundet med hverandre i forenende motsetninger.” (s. 37)

Løgstrup bryter her med en enten-eller tankegang. Et sentralt tema er (som antydnet i sitatet) forente motsetninger. Det er spenningsfylte motsetninger som er avhengig av hverandre og som hverken kan smelte sammen eller utelukke hverandre. Eksempler på slike forente motsetninger er talens åpenhet i forhold til urørlighetssonen, norm og spontanitet, sansning og forståelse og kompromissløshet i forhold til fordomsfrihet. Motsetningene kan stå i et forhold til hverandre som gir mulighet for ny forståelse, selv om de verken kan smelte sammen eller utelukke hverandre. Dette er komplekse fenomener som gjennom spenningsfeltet mellom seg uttrykker sine karakteristika (Løgstrup (1983) gjengitt i Sviland (2005)).

Løgstrup (2000) viser til at det ikke er riktig å føye den andre for å unngå oppgjøret. Det er en etisk fordring i denne tilliten, til å tolke hva den andre trenger, og ikke nødvendigvis å gi ham det han ønsker seg:

”Forholdet kan være en eneste utfordring til meg i å gå i mot det den Andre forventer og ønsker, fordi dette er det eneste han er tjent med. Utfordringen går altså ut på at jeg vet bedre enn den andre selv hva som er best for ham.” (s.42)

”Det hører fordringen til at den enkelte selv, med det han sitter inne med av innsikt, fantasi og forståelse, skal sørge for å finne ut hva den går ut på.” (s.44)

Løgstrup (2000) diskuterer deretter om denne fordringen ikke vil fremme press eller overgrep. Han viser hvordan livsforståelse kan stivne ...”*til en ideologi og bli en simpelthen absolutt størrelse for den enkelte.*” (s.45) Da er det fare for overgrep fra omsorgsyteren med den beste samvittighet. For å vise hva han mener er nødvendig for å unngå dette utreder han noe av betydningsinnholdet i *”Å ha et annet menneskes liv i sine hender”*. (s.49) Uendelig tålmodighet, å gjøre den andres verden så rommelig som mulig og *”... bruke den prisgittheten der springer ut fra til å sprengte den andres innestengthet og la blikket kjenne en videre horisont.”*(s.48)

Løgstrup (2000) vektlegger at å ha ansvar for den andre ikke betyr at vi kan ta den andres selvstendighet og ansvar for seg selv, fra ham.

Martinsen (1996) utdyper og diskuterer etikk og makt i Løgstrups omsorgsfilosofi i Fenomenologi og omsorg. Løgstrup (1991): selv skriver i Den etiske fordring *«At vore liv med hinanden består i, at den ene er udleveret den anden, betyder, at vore inbyrdes forhold altid er magtforhold. Den ene har mer eller mindre af den andens liv i sin magt.»* (s.65)

Skapelsesfilosofien er sentral for Løgstrup. Livet er gitt oss som gave. Grunnholdningen til livet er å motta. Vi er henvist til hverandre. Relasjoner er grunnleggende sammen med avhengigheten av hverandre. Av dette kommer det en fordring til å ivareta hverandre. Livsytringene er spontane og et mål i seg selv. Slik uttrykker de helt grunnleggende verdiforutsetninger. Tillit er en slik livsytring, sammen med barmhjertighet, medfølelse og talens åpenhet (Løgstrup 2000). Martinsen (2005) sier at livsytringene kommer til syne og blir bevisstgjort i komplekse situasjoner der dilemmaer krever skjønn for å finne riktige måter å handle på. Samtidig kan regler være nødvendig:

«Vi kan ikke tvinges til gode omsorgsrelasjoner når situasjonen vi handler i, byr oss i mot. Men da blir lydigheten til normen desto viktigere. (...) Reglene skal hjelpe oss i vanskelige situasjoner hvor det å handle ut fra skjønn alene er problematisk.» (s.140)

Løgstrup (2000) sier at tillit er grunnlaget for enhver form for kommunikasjon. Tillit er gitt. Gjennom å vise tillit (ved å våge å by på seg selv, min tolkning) er det at vi utleverer oss selv. Misbruk av tillit, nærmere bestemt avvisningen og kulden i dette, gjør at vi reagerer voldsomt. Når

to mennesker med sine ulike verdener og sinn går inn i en konfrontasjon på bakgrunn av at personlige forventninger hos den ene ikke oppfylles, vil dette resultere i moralske beskyldninger på tross av at dette er urimelig. Løgstrup (2000) begrunner dette (oppsummerende) i blottstillelsen og avsløringen som ligger i ytringen eller forventningen. Videre vil vi maskere vår blottstillelse (den egentlige konflikten) gjennom urimelige beskyldninger og moralske dommer. Martinsen (2005) viser til at vi som mennesker kan oppleve dilemmaer mellom sårbarheten og behovet for beskyttelse i relasjonen, og at omsorgen kan for eksempel ta form av sentimentalitet. Hun sier også at sykepleieren kan fjerne seg fra pasienten gjennom en form for objektivert og paternalistisk omsorg.

4.4 Makt, kunnskap og profesjonalisering i et Foucault-pespektiv

Michel Foucault (1926-1984) var en fransk idéhistoriker og filosof som gjennom analyser av bl.a. seksualitetens historie, galskapens historie og fengselets historie viser hvordan ideologiske og institusjonelle rammer setter grenser for hvordan mennesket forstår, tenker og strukturerer sin samtid. Jeg vil kort gjøre rede for noen av hans hovedpoenger som er aktuelle i denne sammenhengen som bakgrunn for analyse og diskusjon av det innsamlete materialet.

Foucault hevder at historien ikke løper som en sammenhengende utvikling, men er preget av tilfeldigheter og brudd. Han ser på humanismen, altså ideologien om mennesket, som en historisk konstruksjon. Selvet skapes gjennom praksiser, teknikker og systemer som er historifisert. Han viser gjennom genealogien, en måte å forske i «menneskets arkeologi» på, hvordan forestillingen om at mennesket er et kontinuerlig og helt jeg, er feil, fordi vi er så innvevet i den historiske samtiden (Heede 1992).

Gjennom analyser i 3 historiske perioder (klassisismen, renessansen og den moderne tid) viser Foucault hvordan synet på galskap eller ufornuft forandrer seg fra å være et fenomen utenfor den rammede til noe som kommer innenfra den enkelte personen, en utvikling fra galskap til sinnssykdom. Han beskriver hvordan ulike faglige instanser (psykologi, psykiatri og medisin) tar kontroll over individet. Gjennom sin maktviten eier de forståelsen om hvordan man sosialt, faglig moralsk og politisk skal håndtere disse menneskene gjennom spesielle systematiseringer, klassifiseringer og diagnostiseringer. Sinnssykdommen blir en slags forutsetning for selve konstruksjonen av det moderne sinnet (Heede 1992). Gjennom å ta omveien om det unormale vitenskapeliggjøres også den friske kroppen (jfr. Descartes som kun arbeidet på døde kropp) og blir samtidig både subjekt og objekt. Et nytt diskursivt område blir skapt på denne måten. Legen har en sentral posisjon, ikke minst koples dette mot økonomiske interesser i utviklingen av

industrisamfunnet, og fyller i dette perspektivet mange viktige funksjoner i maktvitens-spillet: overvåker, registrerer, behandler mm. Subjektiveringsprosessene foregår i det hverdagslige. Heede (1992) gjengir Foucaults analyser av hvordan den gale Pinel blir isolert og ensom og bærer sin skam i taushet, slik at også skyld innkapsles i det moderne menneskets sinnssykdom. Han gjengir også hvordan den sinnssyke gjennom speilingsteknikker tvinges til konfrontasjon og objektivering gjennom å se seg selv gjennom utenfra og dermed gjennom andres øyne. Sammen med en konstant og total overvåking blir dette oppsummerende en kontinuerlig vurderings- og domsprosess med legen som sannhetseksperter. Fornuftseierne har mange ulike teknikker eller terapier som konfronterer de sinnssyke sin synd mot fellesskapet sine realitetserfaringer og slik innrømme feil og skyld. Denne moralske innesperringen er en subjektiveringsmekanisme som fanger personen i et institusjonelt produsert selv (Heede 1992).

Foucault bruker ordet «kropp» i stedet for «menneske», og sier at disse kroppene er «innleiret i» maktrelasjoner og politiske prosesser. I essayet «*Why study power*» *The question of the Subject* (1982) uttrykker Foucault at det faktisk ikke er makten som er hans egentlige forskningsfokus, men selvet, forstått som hvordan mennesket gjennom ulike former for underkastelse objektiveres og gjøres til subjekter. Han gir eksempler fra hvordan f.eks. det talende selv objektiveres gjennom grammatikk og språkforskning, hvordan samfunnsøkonomien gjør det produktive arbeidende selvet til en gjenstand samt hvordan biologien analyserer selve det å være i livet, det levende selvet. Han viser hvordan makten er vesentlig i selvkonstitueringsprosessene fordi objektiveringene samtidig underkaster mennesket gjennom det han kaller subjektiveringer. Han fokuserer altså på hvordan individet styres gjennom ulike teknikker og disiplineringer i hverdagens små praksiser, og at det er det enkelte mennesket som er arenaen for denne moderne makten. Mennesket subjektiveres, underkastes og tingliggjøres ved at subjektet blir bundet til sin egen identitet gjennom selvbevissthet og selv-kunnskap (Heede 1992).

Foucault fører denne forståelsen av makt tilbake til tidlig kristendom. Gjennom bl.a. bekjennelsen som et av flere virkemidler for evig frelse, sikret prestemakten seg tilgang til individets innerste tanker. Denne nye politiske rasjonaliteten er det Foucault hevder at vi fortsatt er underlagt. Individet er altså en av maktens primære resultater samtidig som det er et av sluttresultatene. Agenter for denne makten er bl.a. vitensprodusentene og det medisinske personalet. Han viser også til hvordan kjernefamilien kan ses som en maktformidlingsfunksjon gjennom overvåking, straff, sosialisering og disiplinering, seksualitetsinstallering med videre (Foucault 1977 og 2000, Heede 1992, Schaanning 1997). Det paradoksale er altså at makten er mest virksom gjennom utviklingen av vår

egen individualitet. Det er de marginaliserte gruppene i samfunnet (for eksempel mennesker med alvorlige psykiske lidelser) som er nærmest denne livsmakten fordi disse menneskene aller mest får kjenne virkningene av den, og fordi de befinner seg nettopp i sentrum for denne produktive makten.

Foucaults maktbegrep forandrer seg noe over tid. Oppsummerende kan makt forstås som et nettverk av relasjoner som er i en dynamisk aktivitet. Makten er innebygget i økonomi, seksualitet, disiplin, politikk etc. Den er også innvevet i vitensproduksjon, f.eks. gjennom profesjonalisering og subjektivering. Det er viktig i Foucaults maktforståelse at makten skapes i relasjonene, og skal derfor analyseres herfra. Det er «... *et navn man giver en kompleks strategisk situation...*» (Foucault 1976 s.123, gjengitt i Heede 1992) s.39), sammenvevete tråder og punkter som spiller seg ut i bevegelige relasjoner. Videre virker disse «... *lokale og mangeartede styrkerelationer...*» ... «*som støtte, basis og mulighedsbetingelse for de overordnede styrkelinjer der gjennomtrævler samfundslegemet.*» (Heede 1992 s.40)

I følge Foucault (1976) kan makten kun finnes når den ene parten ikke er fullstendig kolonialisert av den andre, og derfor kan en ikke tenke seg makt uten motstand eller motmakt (Heede 1992). Det ligger altså en slags permanent grense (som også gir mulighet for valg) for den andre akkurat her. Denne moderne makten er anonym og virker gjennom dem som er underkastet den, Når makten er synlig og bastant er det lettere å gjøre motstand, slik at denne nesten usynlige maktformen, som virker nettopp gjennom alle de sannhetene den produserer, krever en mye mer subtil og gjennomtenkt motstand.

Foucault utvikler over tid sin maktforståelse og skiller mellom tre maktyper som er vevet sammen i samfunnets institusjoner: i kunnskapen og tingene, i kommunikasjonen og i maktrelasjonene. Historisk utvikler kunnskapen seg til disipliner og profesjoner der tekniske ferdigheter, maktrelasjoner og kommunikasjonspill reguleres inn i spesielle formularer. Makten eksisterer nettopp kun som spill, i gjensidige betingelsesforhold, og den forutsetter altså «frie» subjekter, som står i mulighetfelter for spesielle måter å forstå og reagere på. Slik fungerer også makten tett sammen med viten og vitensproduksjon, som skaper og installerer individualiserende sannheter i subjektene. Makten virker altså helt konkret på den enkelte sin identitetsdannelse gjennom det som Foucault kaller subjektiveringsprosesser. Sannheten forvaltes i følge Foucault i vårt samfunn primært av vitenskapene, og han prøver å avsløre hvordan sannhetene er koplet til makten og hvilke funksjoner dette har (Heede 1992).

Foucault viser gjennom sine analyser av de før nevnte tidsperiodene hvordan ulike gjenstandsfelter kan konstitueres og derved muliggjøre diskurser og vitensproduksjon. Gjennom spesielle koder på et anonymt oversubjektivnivå styre hvordan menneskene kan tenke og forstå seg selv og sin virksomhet. Tidsperiodens diskursivering foregår gjennom språk og oppfattelseskjemaer, teknikker, verdier og praksishierarkier. I dette ligger mulighetsbetingelsene for våre moderne vitenskaper, ikke minst humanvitenskapene som er moralsk fundamentert og som Foucault i følge Heede (1992) anser som «... *en effektiv måte at integrere kroppene i de moderne magt-vidensstrukturer...*» (s.78). I dette perspektivet er det altså diskursen som skaper subjektet, ikke omvendt, og vi er alle underlagt det rådende vitensregimet fordi det former våre måter å vite noe på (Heede 1992). I *Overvåkning og straff* (1977) fokuserer Foucault på konstruksjonen av personen som et politisk og disiplinert produkt gjennom de store institusjonene i samfunnet, f.eks. skolesystemet og fengselssystemet.

I *Klinikkens fødsel* (2000) beskriver Foucault hvordan medisinen (som han kaller en "bekjennelsesvitenskap") formes som en mektig institusjon, f.eks. gjennom inndelinger og struktureringer sosialt, psykisk og fysisk etc. Han viser bl.a. til hvordan legens kliniske blikk og legens tale er funksjonelle spenningsfelter ut fra posisjon, rolle og status etc. Legen får kunnskap om individet gjennom hvordan individet avslører forteller om seg selv, som en avsløring, altså en asymmetrisk relasjon. Tidligere var det prestemakten som hadde denne funksjonen, men nå er det legen som er den ypperste autoritet fordi legen har definisjonsmakten og kan kategorisere rett og galt, normalt og unormalt osv. Veiledning i helse- og sosialfagene kan ses på som et slikt bekjennelsesrom, med veilederen som representant for pastoralmakten, eller som forskeren og informanten der forskeren eier en maktviten. Slik kan forøvrig også forholdet mellom pasienten og den profesjonelle omsorgsyteren tolkes; sykepleieren individualiserer f.eks. gjennom blikk, atferd og som mottaker av pasientens ulike bekjennelser (Martinsen 2003).

Foucault (1975) ser på disiplineringen som en historisk forutsetning for kapitalismens økonomiske systemer og viser hvordan det enkelte individ subjektiveres til lydighet og utnyttes gjennom produksjonsmåtene. Det er en sammenheng mellom begynnelsen med interneringen av de ufornuftige og gale i egne bygg til militære kaserner, kostskoler og hospitalbygg til det enkelte individs sin bruk av tid, registrerings- og overvåkingssystemer, og kroppsutnyttelse og -forståelse mm. Gjennom bl.a. utnyttelsen av tiden og rommet struktureres, inndeles og innprentes kroppene og gir de beste forhold for produksjon av nye undertrykkende subjekter. Han beskriver f.eks. hvordan eksaminasjonen er et middel til objektivering, subjektivering og individualisering. Gjennom

eksaminasjonen, et av de viktigste disiplineringsverktøyene, fantes fortsatt noe av det unike ved det enkelte individet, på tross av vurderingen og disiplineringen av egenskaper, av karakterene og av målene. Avvikene måles og nivåene bestemmes og individet objektiveres. Eksaminasjonen inneholder altså en dobbelthet; «*Normenes normalisering tvinger fram de individuelle forskjellers nyanse. (...) «Den enkelte individualiseres for å objektgjøres, og objektgjøres for å individualiseres»*» (Martinsen 2003, s. 60). Slik blir faktisk det spesielle med hver enkelt person også ivaretatt, men paradoksalt nok på en måte som er subjektiverende, personen danner seg selv som subjekt gjennom å oppfatte seg selv med den individualiserende makts øyne.

Makt og viten forutsetter hverandre og er koplet til og inn i hverandre. Fra å ha vært representativ, personlig og konkret, er nå makten transformert til en nærmest automatisk, produktiv, virksom og relasjonell kraft som virker gjennom de subjektiverte individene.

I artikkelen «Omsorgsmakt» (2006) diskuterer forfatterne Juritzen og Heggen omsorg og makt i konkret omsorgsarbeid. Forfatterne problematiserer på bakgrunn av Foucaults makt-forståelse hvorvidt omsorgsfeltets fokus på avmakt hindrer synliggjøring av makt. De refererer til en av Foucaults forelesninger (Foucault 1980) der han gjør rede for fem forsiktighetsregler eller advarsler ved studier av makt. Makten må studeres der den er mest virksom og ikke i maktsentra eller hos en mektig person. Makten skal altså studeres lokalt og i hverdagslivets praksiser. Foucault sier videre at makten bør studeres der makten realiseres, effektueres og blir synlig, framfor å søke etter bevisste valg og intensjonene bak maktbruken. Han ser altså ikke kun etter hvordan enkeltpersoner eller grupper dominerer andre. I det tredje punktet sier Foucault at det er viktig å forstå makt som noe flytende som ikke er lokalisert på bestemte steder eller situasjoner. Videre sier Foucault at makten må analyseres nedenfra og opp, ikke omvendt, ved å følge dens historie, teknikker, stier og strategier. I det femte punktet fokuserer Foucault på kunnskapsproduksjonen og hvordan makten og kunnskapen er sammenkoplet. Han sier at dette er mer betydningsfulle maktmekanismer enn det ideologiene er.

5.0 Presentasjon og resultater

5.1 Oppsummering av dybdeintervjuene

Alle informantene er mange erfaringer med aggresjon, fra å bli utskjelt og hånet, til rene drapstrusler. Jeg har på bakgrunn av mine forskningsspørsmål valgt å oppsummere dybdeintervjuene i form av fortellinger, for slik å formidle et bilde av informantenes livsverden og erfaringer fra sin arbeidshverdag. Deretter presenterer jeg to hovedtema med hver sine underkategorier som jeg har funnet er sentrale. Hovedtemaene med sine underkategorier diskuteres etter hverandre.

Informant 1

Klinisk sosionom med mer en 10 års praksis som miljøterapeut, både i og utenfor institusjon. Hun uttrykker at det er vanskeligere å arbeide med barn enn med voksne fordi du ikke kan gå fra barn i utfordrende situasjoner, de er ikke kommet i denne situasjonen etter eget ønske. Hun mener selv at hun egentlig egner seg best til å arbeide med voksne og at hun er god til å bygge relasjoner og være tydelig og slik skape trygghet.

Hun vektlegger det å vise tillit, fordi slik kan brukeren selv gi tillit tilbake. Hun legger også vekt på å oppfatte brukerens sinnstemning, og sier at det er en viktig del av omsorgen hun viser.

Hun reflekterer rundt aggresjon ift. om det er verst med det fysiske eller det verbale. Hun sier fysisk er verst når det står på, men det å gå i stadige drapstrusler etc. er svært utmattende over tid. Hun tror at dette kan føre til at hun en dag rett og slett ikke klarer å møte brukeren igjen. Det blir for mye å hele tiden vurdere om truslene er reelle. For eksempel så vet de aldri hva de kommer til ved hjemmebesøkene, og forteller bl.a. om en episode der en bruker er ruset og tar fram et skytevåpen som han vifter med samtidig som han roper at han skal drepe henne og partneren.

Hun forteller også om en episode med en tenåringsgutt hun hadde arbeidet med i ca. 3 år. Da denne episoden inntraff, hadde hun akkurat kommet tilbake fra ferie. Etter en diskusjon der hun velger å være lojal til reglene for denne institusjonen, begynner gutten å kaste stein og ting på henne. Han sikter godt og treffer henne til slutt med en tung gjenstand, slik at hun får en stor flenge i hodet. Han fortsetter å kaste mot henne på tross av at hun blør kraftig og har sunket sammen.

Under selve episoden sier informanten at hun følte det helt idiotisk fordi det skjedde så mye samtidig. Hun forlot ikke posisjonen sin, men prøvde å verne seg mot alt som ble kastet mot henne, samtidig som hun prøvde å ringe etter assistanse og holdt en klut opp mot hodet for å stoppe blodet

som rant kraftig. Samtidig tenkte hun på hvordan hun kunne beskytte gutten mot en annen bruker hun var hovedkontakt for, og som hun visste ville reagere meget kraftig mot gutten fordi han hadde skadet henne.

Guttens behov kommer også før hennes ved at hun og partner returnerer til arbeid etter bare to dagers sykefravær. Hun hadde sydd 11 sting i hodet og var medtatt, men mente at det var så viktig å la gutten slippe og vente i 1,5 uke før de kunne skvære opp. Han ville ha det fryktelig og dette ville igjen gå utover de kollegaene som var med ham.

Hun sier at uansett var det viktigste i situasjonen å verne gutten mot seg selv og andre. Hans behov var styrende. Hun kjente ham godt og hadde erfaring med at han trengte å bli holdt i noen minutter for “da ville boblen bryte”, og han ville begynne å gråte og de kunne snakke sammen om hvordan han følte og tenkte og hadde det. Hun mener at det er viktig i omsorgen for gutten å kunne romme alle behovene, uansett hvordan atferden utartet seg.

Hun sier at mellom henne og kollegaen var det et innlært mønster som trådte i kraft under aggressive episoder. Hun og partneren kjente hverandre så godt at de kunne forutse hvarandres måte å være på i håndteringen av brukeren, slik at reaksjonene var nærmest automatiske.

Hun valgte å slutte i dette arbeidsforholdet fordi hun fant rammene som var satt for arbeidet gjorde jobben meningsløs. Gutten begynte i tillegg å bli større og sterkere, og hun tenkte at han sannsynligvis ville utfordre henne fysisk i nær framtid. Når samtidig hun skulle avslutte et langvarig hovedkontaktforhold var dette et godt tidspunkt å avslutte her.

Det er viktig for henne å føle at hun har muligheter til å gjøre en god faglig jobb, og dette var det slik hun opplevde det, ikke betingelser for lengre.

Hun hadde heller ikke faglig respekt for sin nærmeste leder, og beskriver en episode der han opptrådte med liten faglighet etter hennes oppfatning. Han låste seg inne på kontoret under en utagering og ivaretok ikke brukerens behov.

Hun vet ikke hvor grensene går for hvor mye hun egentlig skal tåle, men sier det å gå i stadige drapstrusler gir en tilvenning. Hun sier også at hun ikke tror at noen virkelig vil skade henne, og sier at det kanskje er litt av problemet at hun ikke bøyer av i situasjonene. Samtidig opplever hun at dette er noe som gir henne respekt hos brukerne.

Hun sier også at det er umulig å vite på forhånd når “strikken vil ryke” (hos seg selv). Hun sier at det er de positive tingene som hun vektlegger, ikke de negative. Hun har tenkt at det kanskje ville

ha kommet til et punkt der hun ikke ville orke å ta i mot så mye dritt, men at hun altså sluttet før dette skjedde. Samtidig referer hun til en tidligere kollega sine erfaringer, og sier at hun kanskje blir merket på den måten at hun alltid er litt i beredskap.

Hun mener at den profesjonelle ballasten hennes gir henne mer forståelse for brukerne sine ulike behov, og at hun klarer å se både enkeltindividene og helheten.

Hun tror ikke at folk som vil jobbe med dette/studere til sosionom, er klar over hvor krevende denne jobben er både med tanke på både fysisk og psykisk vold. Hun tenker at det etiske beredskapet er noe som ligger i personen mer enn det de lærer på skolen, at du må være egnet.

Hun mener hun er flink å se sine kollegaer. Hun sier det er viktig å være helt åpen i veiledning, både når det gjelder positive så vel som negative tanker og følelser. Hun synes det er viktig å ta vare på hverandre, f.eks. ved å ta hensyn til dagsform etc. i arbeidshverdagen.

Hun sier at den største utfordringen hennes er at hun blir følelsesløs og at hun stenger av i situasjoner med aggressive brukere. Hun sier at hun blir *veldig* profesjonell. Samtidig sier hun at hun kan formidle følelsene sine i ettertid til kollegaene.

Kollegaene betyr mye for henne, og det er viktig for henne å bli sett som menneske av dem. Hun har stor glede av å se brukerne få et bedre liv, at de mestrer mer, og at hun føler at hun betyr noe for dem.

Informant 2

Informant 2 er en vernepleier som hovedsak har arbeidet med funksjonshemmede barn, ungdommer og voksne, og spesielt med språkløse.

Hun arbeidet sine 8 første år i et strengt atferdsteoretisk regime. Hun tar sterkt avstand fra dette nå fordi hun mener at hun deltok i overgrep mot brukerne pga. metodene de ble pålagt å bruke. Hun bebreider seg selv, men sier hun ikke visste bedre den gangen. Hun gir et eksempel fra et langvarig arbeidsforhold der de fikk utlevert eget arbeidstøy med beskyttelsesutstyr fordi metoden de var pålagt å anvende (rekonstruksjon) førte til meget stor grad av utagering og derved holdinger som kunne vare i opptil 7 timer. Dette var en påkjenning både fysisk og psykisk også for informantene.

Hun oppfatter ikke aggresjon som noe negativt i utgangspunktet, men som en forståelig frustrasjon og reaksjon fra brukerne som ikke blir forstått. Samtidig sier hun flere ganger at det er viktig å ha respekt hos den andre, fordi å vise svakhet kan føre til at brukerne i større grad vil kunne angripe

henne. Hun nyanserer dette i konkrete episoder. Hun vektlegger at respekten må være gjensidig, og sier hun må vise gjennom handling over tid at hun har respekt for brukeren.

Hun forteller om en episode der hun var alene med en bruker som plutselig angrep henne. Han var både større og sterkere enn henne i utgangspunktet. Hun fikk bl.a. skader i form av avrevet skuldermuskelfeste, bitemerker i pannen og hold på å bli kvalt når bruker presset en kleshenger mot strupen hennes. Hun sparket bruker i skrittet fordi hun visste at dette var det eneste området han hadde smerteterskel intakt. Hun prøvde å ringe til politiet etter å ha klart å bære bruker inn på et rom som hun låste, men de kunne ikke hjelpe henne. Hun prøvde å ringe etter hjelp i 2 timer før leder kom og fikk avlastet henne. Hun fikk hjelp av pårørende til en annen bruker etter en stund. Episoden ble i ettertid fulgt opp i et faglig etisk råd, der hun måtte forklare seg og begrunne sine handlinger.

Hun sier at denne episoden fikk henne til å forstå at det var uforsvarlig å håndtere brukerne slik de hadde fått instruks om. Hun opplevde det som paradoksalt at hun var nærmest i kamp med brukerne om dagen, og sang godnattviser på sengekanten om kvelden til de samme brukerne. Hun sier hun skjønnte at denne spesielle brukeren bare var en redd liten gutt som ikke klarte å gjøre seg forstått, at han savnet moren sin og hadde det veldig dårlig. Dette ble et vendepunkt for informanten. Hun kunne ikke fortsette å arbeide slik, og klandrer den faglige ledelsen som befant seg langt fra deres hverdag. Hun klandrer ikke brukerne med sin aggresjon men sier dette var forståelige reaksjoner ut fra deres situasjon. Da hun senere møter denne brukeren igjen, var hun redd han skulle hoppe på henne (han utrykte seg vanligvis fysisk), men han var forsiktig og fikk slik vist at han forstod at hun var skadet. Etter at han klemte henne, var alt i orden for ham, og da var også hun ferdig med episoden. Hun forteller forøvrig at hun selv i dag, etter flere år, kan reagere med å bli redd når hun hører en spesiell brukers stemme tilfeldig i by'n. Likevel sier hun at hun ikke var redd for å gå på jobb i de arbeidsettingene der det var mye utagering, fordi hun den gangen hadde kontroll over situasjonen.

På tross av at hun har arbeidet med ekstremt utagerende brukere sier hun at det er verre å gå i trusler og uforløste situasjoner over tid. Hun gir et eksempel der en bruker som i tillegg til sin psykiske utviklingshemming også kunne bli psykotisk. Hun var alltid på vakt fordi hun opplevde en stor usikkerhet og uforutsigbarhet knyttet til at denne brukeren plutselig kunne angripe personalet. Hun følte et stort ansvar for de av personalet hun sier var svakere enn henne. Hun ble selv aldri fysisk angrepet av denne brukeren, noe hun tilskriver at hun aldri viste svakhet på noen måte.

Hun sier det er viktig med gode personalforhold. Hun snakker i positive ordelag om betydningen av

gode kollegaer, og å ha en sjef der døren alltid er åpen, der hun kan komme å blåse ut, bli forstått og sett på egne behov. Hun sier også at det er viktig å se på egen håndtering av situasjoner før man skylder på andre.

Hun vektlegger lojalitet til strukturer og regler som en viktig faktor i kollegagruppen. Hun viser til et eksempel der en bruker skulle dusje. De var 3 personal med definerte roller og oppgaver. Da nr. 2 bryter opplegget, fører dette til utagering og at bruker opplever et tillitsbrudd fra informanten. Brukeren vil ikke være med i fellesskapet på flere uker, avviser informanten og sier at hun har sveket henne.

Informanten sier at hun har blandet erfaring med veiledning. Hun har vært i arbeidsforhold der det var stor åpenhet om egne følelser og tanker på overlappinger og andre briefinger. Hun mener at en god leder er betydningsfull i dette henseende. Behovet var derfor mer på hvordan konkret håndtere enkeltbrukere, enn å reflektere rundt egen følelser i situasjonene.

Hun sier at hun har flyttet på egne grenser fram og tilbake mange ganger. Hun sier at hun har lært seg til å ivareta sin egen private sfære rundt seg, også fysisk. Tidligere var brukerne overalt over kroppen hennes. Hun sier at hun mistet noe av seg selv, var bare en som ble angrepet, i de første 8 årene hun arbeidet som vernepleier. Hun har klart å opparbeide seg en mye klarere bevissthet på hvem hun er faglig, på kroppen og hva hun synes hun kan tåle og ikke vil tåle, hva hun liker og hvordan hun kan styre dette selv. Hun sier at det er viktig å opprettholde denne grensen, for da vil også brukerne vite hva hun tillater. Hun er klar over at hun kunne gjort mye anderledes tidligere, og holder fram ydmykhet og læring som viktige faktorer for egen faglige utvikling.

Informanten sier at hun fortsatt lett lar seg engasjere faglig, og kan ta med seg episoder etc. fra jobben hjem etter arbeidstid. Hun opplever stor arbeidsglede ved å arbeide med utfordrende problemstillinger knyttet til brukere.

Hun synes det er viktig å bidra til et enklere og bedre liv for brukerne, og slik være med på å øke livskvaliteten deres. Hun synes det var alt for mye tvang tidligere, og synes det er et godt at mange brukere nå får være mer seg selv. Samtidig synes hun normaliseringen fungerer mot sin hensikt når brukere bor slik til at de blir stigmatisert i nærmiljøet.

Informant 3

Informant 3 er en omsorgsarbeider med lang erfaring (mer enn 10 år), og arbeider nå i heldøgnsavdeling for demente.

Hun uttrykker seg i bestemte ordelag om hva som er god omsorg i forhold til denne gruppen pasienter. Hun legger vekt på at pasientene er mennesker som en gang har vært unge, friske og pene, og som uforskyldt er kommet i en situasjon der de er avhengige av hjelp.

Hun ser på aggresjon fra pasientene som et tegn på utrygghet og frustrasjon. Hun sier at ingen demente vil være alene, og legger derfor vekt på å være sammen med pasientene mest mulig. Hun forteller at hun snakker fra hun kommer til hun går, og synes det er viktig at hver pasient får følelsen av at de er verd noe og at de betyr noe. Det er viktig å ikke behandle dem som barn. Hun sier at selv om hun har erfaringer med verbal aggresjon, har hun faktisk ikke selv blitt utsatt for hverken kniping, lugging eller slag fra pasientene fordi hun vet å passe seg. Hun beskriver ellers en episode der en pasient plutselig veltet et dekket bord i fellesstuen der beboerne var klar til en hyggelig stund. Pasienten måtte fysisk geleides inn på rommet sitt.

Hun sier at du må være glad i eldre mennesker og glad i å prate i denne jobben. Hun mener at personalet er med på å skape stemningen på avdelingen, og at det veldig ofte faktisk er personalet selv som skaper uroen. Hun sier også at hun mange ganger kan forstå at pasientene blir opprørte og gir flere eksempler på kollegaer som etter hennes oppfatning ikke har den nødvendige grunnleggende holdningen og forståelsen. Hun sier at det ikke er lov å vise eget sinne til pasienten, og at dette bare fører til at situasjonen forverrer seg. Selv gir hun ikke respons på dårlig atferd, men fører pasienten inn på rommet sitt hvis det utarter seg. Hun sier at hun aldri selv har vært redd, men at hun har vært engstelig for andre pasienter når noen har vært aggressive.

Hun har mye kunnskap om hvordan demensen arter seg og kan komme pasientene i møte og forebygge aggressivitet gjennom hvordan hun snakker til pasienten og bruker kroppsspråket for å vise hva hun mener. Hun gir flere eksempler på hvordan hun kan snu en begynnede utagering ved å appellere på en respektfull og innsiktsfull måte direkte til den enkelte. Hun sier at hun hele tiden legger opp til samarbeid, og snakker fortrolig og medfølende til pasientene når de er redde, usikre og forvirret. Hun er i nærkontakt med hver og en, og prøver å komme den enkelte i møte så godt det lar seg gjøre. Hun prøver å realitetsorientere på en finest mulig måte, og forklare ut fra pasientens perspektiv og ståsted. Hun sier samtidig at angrep kan komme helt plutselig, selv om det kan være mulig å observere tegn i forkant. Dette krever imidlertid mye observasjon og tilstedeværelse, og at det vanligvis ikke er nok folk på jobb til at dette lar seg gjennomføre.

Informanten mener at det ikke har noen hensikt å sette grenser for pasientene fordi dette ikke ville fungert. Hun sier at hvis man blir utålmodig og lei, bør man se seg om etter en annen jobb, fordi demente ikke vil være alene, og er utfordrende å arbeide med. Det er ekte mennesker som sier og

gjør akkurat det de mener. Arbeidet gir mening i livet hennes. Hun synes at det er nødvendig med denne holdningen for alle som arbeider med demente og blir selv irritert og sint på kollegaer som hun mener tenker feil. Det mest utfordrende med jobben er å arbeide sammen med personer som ikke har gode holdninger, som ikke behandler pasientene med respekt og omtanke og ikke kan kommunisere med demente, og hun utdyper dette med eksempler.

Hun oppfattes som at hun er stolt over sin kunnskap og dyktighet i jobben, med klare meninger om hva som er rett og feil omsorg og pleie til denne gruppen. Hun sier at hun er veldig glad i jobben sin, og liker at pasientne viser at de er takknemlige og at hun betyr noe for dem. Hun sier at det faktisk ikke er grenser for hvor mye omsorg hun kan gi, det er bare slik hun er. Hun sier at hun ikke tar jobben med seg hjem.

Informant 4

Informant 4 er psykiatrisk sykepleier med lang erfaring fra psykiatriske avdelinger i sykehus.

Hun forteller om en episode der en pasient fikk ringe fra vaktrommet. Pas. angrep henne da hun ikke fikk svar i telefonen. Informanten ble holdt og lugget kraftig, og fikk revet ut en del hår. Hun var i denne situasjonen svært redd for å bli alvorlig skadet. Hun prøvde å rope for å påkalle personalet, men klarte ikke å få ut en lyd. Pas. gav etter hvert slipp på henne, og hun fikk varslet kollegaene sine. Hun ble rystet av episoden som skjedde en helg da hun gikk med to vikarer, og avdelingen var underbemannet. Det ble derfor kun tid for en kort samtale med en av vikarene før hun fortsatte med sine vanlige arbeidsoppgaver. Hun gikk også på arbeid som vanlig dagen etterpå, både fordi hun følte ansvar for avdelingen og fordi det da var en anledning til å snakke mer om det som hadde skjedd henne. Hun følte det vanskelig å treffe den pasienten igjen, og hadde behov for avstand en god stund etter denne episoden. Det ble arrangert en ettersamtale som hun synes gjorde godt, og hun tror også at dette fungerte godt for pasienten. Hun tok også i mot tilbud om samtale med psykiater, og fikk snakket igjennom hvordan hun hadde opplevd utageringen. Hun tenkte ikke på å sykemelde seg, det tror hun imidlertid sannsynligvis ville vært anderledes i dag.

Hun forteller også om en episode der hun blir vitne til at en pasient slår en kollega med knytteneven hardt, for så å komme direkte mot informanten. Hun klarte å komme seg inn på et lite rom og holde døren igjen til hun fikk assistanse av medpersonale. Hun ble veldig redd, og synes det var traumatisk å se sin kollega bli slått ned.

Personalet snakket en del sammen om dette i ettertid. Pasienten var for syk til at det kunne gjennomføres en ettersamtale. Det var mye sinne rettet mot pasienten blandt kollegaene. Hun synes

derfor at det er viktig å få bearbeidet følelsene, og at dette må skje i hele personal-gruppen. Hun er redd for at det kan bli en selvoppfyllende profeti hvis det fester seg et inntrykk av sinne og engstelse for en pasient, og at dette også fører til at pasienten blir møtt på en nedlatende måte. Hun kan f.eks. noen ganger se hvordan pasientenes følelser videreføres til personalgruppens og blir sammenfallende med personalets følelser. Hun sier at tiden gjør sitt til at hun får bearbeidet følelsene, og at hun kan ta inn en forståelse for pasientens perspektiv. Å ha en forklaring på pasientens atferd gjør forøvrig at hun aksepterer pasientens følelser lettere. Hun mener derfor at personalet må arbeide aktivt med hvordan de omtaler pasientene, og ha fokus på å finne nye løsninger fordi pasientene trenger mye omsorg. Hun sier også at det viktig for henne å ha en kollegagruppe der hun kan sette ord på følelsene sine, og at hun ville tålt mye mindre uten dette. Det er jo også slik at de prøver å lære pasientene å uttrykke seg verbalt i stedet for fysisk.

Hun mener at refleksjon er en forutsetning for å holde ut i denne jobben, og at det er viktig å være bevisst på egen sårbarhet. Et godt kollegafelleskap med gjensidig støtte gir trygghet. Hun sier at erfaring, forståelse og mening også øker tryggheten hennes. Personalets trygghet videreføres ut i avdelingen til pasientene. Utrygge vikarer kan være medvirkende til at aggresjonsnivået i avdelingen økes.

Hun sier at hun både har og ikke har noen absolutte grenser for hva hun kan tåle.

Hun mener ideelt sett at tydeligere grenser for seg selv kan gi pasientene bedre mulighet til å speile seg og på sikt gi økt selvrespekt. Gjennom å vise en tydelig toleransegrense kan pasientene få mulighet til å integrere egne grenser over tid, og sammen med ettersamtalene kan dette være viktig for pasientens modning. Dette vil ideelt også føre til at hun tåler pasientene bedre og kan gi god omsorg videre. Samtidig er det ikke godt å sette opp tydelige grenser når en pasient angriper uten forvarsel. Å kjenne den umiddelbare forhistorien og situasjonen pasienten på et hvert tidspunkt befinner seg i, og samtidig ha pasientenes livshistorie integrert kan være nødvendig for å forebygge, men dette er ikke lett å oppfylle til en hver tid. Hvor mye hun finner seg i vurderes i tillegg opp mot viktigheten av de arbeidsoppgavene hun skal utføre.

Hennes grenser er blitt overtrukket mange ganger, både ift. verbal utskjelling, trusler etc. og fysisk i form av slag, lugging mm. Hun synes altså at grenser er viktige å ha, men at de likevel er vanskelig å sette konkret i en hver situasjon. Når hun kjenner pasienten godt, vurderer hun situasjonen faglig, og kan velge å forlate situasjonen, eller be pasienten om å endre sin uttrykksmåte. Hun sier også at det er en fare for at hun venner seg til verbale trusler etc., og kanskje ikke tar dette så alvorlig som hun burde.

Hvis det går for lang tid før hun får bearbejdet reaksjoner på tøffe opplevelser med pasienter, kan hun tåle mindre hjemme, og ser en sammenheng i hvordan hun viderefører dette trykket.

Hun synes det er spennende å arbeide i avdelingen, og sier hun får veldig mye igjen når pasienter kommer videre fordi de har fått hjelp både med tankene og følelsene sine.

Informant 5

Informanten 5 har ikke formell utdanning innen helse- og sosial, men har mer enn 10 års praksis psykisk helsevern, både i og utenfor institusjon. Han arbeider på en spesialavdeling i institusjon for pasienter med aggresjonsproblematikk. Han forteller om flere episoder der han har vært utsatt for vold fra pasienter, f.eks. slag og spark.

Han synes nå selv det er begrensende å ikke ha utdanning på feltet, mens tidligere vektla han egnethet mest. Som assistent er han nederst på "rangstigen" i avdelingen. Han har derfor ikke hatt adgang til ordinær veiledning, men er med på utblåsninger og lærer mye fra kollegaer. Han sier fordelene med sin lave posisjon i hierarkiet er at han kan tilbringe all sin tid med pasientene, om han ønsker det.

Han synes at han må tåle all verbal aggresjon, også trusler, fordi han selv har valgt å arbeide med pasienter som har denne problematikken. Han sier det kan være tungt å være i en svart posisjon, det vil si å måtte motta pasientens aggresjon over tid. Han arbeider bevisst og intenst for å være ekte og å gi nærhet og omsorg fordi han har erfaring med at det da blir vanskeligere for pasientene å holde ham i en unyansert svart posisjon.

Avdelingen har utviklet en individuell tilnæringsmåte til pasientene. Dette synes han er riktig, samtidig som han synes det er mer krevende enn å behandle alle helt likt. Det er mer meningsfylt, bl.a. ble det tidligere krevd 100% lojalitet til kollegaer selv om det var tydelig at det egentlig var gjort feil. Nå støtter han kollegaer ved å snakke om de gode sidene til den kollegaen, uten å gå inn i konfliktområdet.

Han har vært redd mange ganger i forbindelse med trusler og voldelig atferd fra pasienter. En gang ble han så redd at han rett og slett gav seg over, og ble helt slapp og apatisk. Han beskriver sin egen rolle i disse episodene som medvirkende til at episoden utartet, og sier hva han gjorde feil. Han uttrykker det er godt å arbeide i en postkultur der arbeidstakerne kan være åpne for at de er redde.

Han forteller også om en episode der han mener han opptrådte uprofesjonelt. Han ble rett og slett sint på en pasient da han ikke ville holde seg til en avtale om hvor langt de skulle gå på tur. Han

reagerte den gangen spontant, og hadde ikke tanker for at pasienten som hadde en del utagering i sin historie, kunne skadet han.

Han opplever det som vanskelig å være ekte og gi god nok omsorg til pasienter han tenker egentlig ikke hører hjemme i denne avdelingen, dvs. at volden og aggressiviteten ikke følger av psykisk sykdom. Han finner en slik instrumentell aggresjon vanskeligere å akseptere enn når de aggressive handlingene kommer som følge av at pasienten er psykotisk. Den største utfordringen synes han er å møte pasientene med åpenhet og ekthet fordi han som oftest har mottatt mye informasjon på forhånd.

Han synes det er svært givende å arbeide med denne pasientgruppen. Jeg oppfatter det som at han har mye varme for pasientene sine. Han sier det er helt fantastisk hvis pasienter som han vet strever med mye f.eks. kommer ut i fellesarealene og spiser. Han forteller også om hvor sterkt han opplever det å være sammen med pasienter som kommer ut av en psykose der de har drept noen av sine nærmeste. Han formidler dype inntrykk av hvordan folk kan miste alt det de har i livet, og har også noen tanker om hvordan systemene rundt pasienten noen ganger skulle ha fanget opp hva som skjedde på forhånd. Han snakker også om betydningen av å arbeide med å gi pasienter håp, fordi uten håp har de heller ingenting å tape og kan være uforutsigbare av den grunn. Han forteller at diagnosene brukes som kilder til informasjon for å forutse atferd og aggresjon hos pasientene.

Han synes han har utviklet seg mye personlighetsmessig gjennom dette arbeidet, og fått perspektiv på hva som er viktig i livet. Han blir noen ganger preget av arbeidet i den grad at han blir fjern og trøtt hjemme.

Informant 6

Psykiatrisk sykepleier i institusjon i mer enn 15 år.

Informanten holder fram objektrelasjonsteorien som sentral kilde til innsikt og forståelse. Det er et utgangspunkt for det profesjonelle forholdet. Han har derfor et gjennomgående arbeidsredskap for hvordan han tolker og forstår pasientenes atferd og handlinger.

Forteller mye om en pasient som han har et sterkt forhold til. Han har fulgt henne gjennom mange år, og hun har nå flyttet ut av sykehuset. Han berøres emosjonelt og føler ansvar for henne.

Container mye, og mener han er den som kjenner henne best, dvs. at han kjenner hennes historie og kan til en viss grad forutse hennes aggressive utbrudd. Er stolt over hva hun har oppnådd, og også stolt over egen innsats ift. henne. Han holder kontakten med henne selv om hun ikke lenger er i

avdelingen han arbeider, og skal nå besøke henne i hennes egen bolig.

Informanten sier han ikke selv har vært redd for å bli skadet, men at han har vært redd for at pasienten kunne skade andre. Han forteller om en episode der han og pasienten var alene på hyttetur. Pasienten ble psykotisk og rømte fra ham. Han måtte varsle myndighetene og andre slik at hun ikke skulle få skadet andre. Følte sterkt på ansvaret han hadde for å unngå at andre kunne bli skadet av pasienten. Han tar selv medansvar for denne episoden. Han skulle bl.a. på ferie dagen etterpå og måtte ta turen på dette tidspunktet selv om han kanskje ante at pasienten psykisk ikke var helt på topp.

Han synes ikke det er noe dilemma mellom omsorg og aggresjon. Mener at det er feil å dele dette opp, fordi det er hans ansvar å lære pasienten å håndtere sin egen aggresjon. Dette er en viktig del av den omsorgen han gir.

Informanten sier at han lar seg berøre som menneske av det han opplever på jobben. Han reagerer kraftig hvis pasienter plager eller skremmer medpasienter, men synes også at de samme pasientene er flinke til å ta vare på hverandre i avdelingen.

Han sier at har lært mye av pasientene sine og føler stor glede av god faglighet, mens ufaglighet er tungt for ham. Han synes det er mye enklere å arbeide med pasienter over tid fordi du da bygger relasjon og blir kjent. Liker seg best når han arbeider i miljøet og i 2-personsforhold. Han liker også å ha litt frie tøyler med pasientene sine. Han har en enorm glede av å få gjort det han kaller fornuftige ting med pasientene og har faglig stolthet på dette. Han synes det kan være profesjonelt å la seg lure av pasienter i enkelte situasjoner. Han må ha et rasjonale for sin lojalitet til kollegaene og til strukturene, som ikke må gå på bekostning av pasientene.

Han nyanserer aggressiv atferd. Hvis den er personlig og instrumentell, så oppfatter han dette som aggressivt. Hvis aggresjonen egentlig handler om pasientenes situasjon, som f. eks. tvangsmedisinering etc., synes han det er greit og noe han må tåle, dette er en del av arbeidet. Han forteller at han ikke har vært mer redd enn han synes han bør være for å være optimalt skjerpet i situasjonene. Sier han ikke har funnet noe grense for hva han skal tåle men at det er en belastning å kontinuerlig være med de sykeste pasientene.

Informanten sier han synes personalet har mye makt og at han egentlig begynte i sykepleien for å få mer makt til å gjennomføre gode forandringer til beste for pasientene. Han mener makten må brukes til beste for pasientene, og at det finnes mye dårlig maktbruk. Gir eksempler fra institusjoner der det har vært misbrukt makt.

Informanten sier at han ikke har så tette bånd til kollegaene men synes likevel det er godt å bli sett og hørt av dem. Synes veiledning i prinsippet er en god ting, og har selv gitt veiledning, men savner egentlig en meget flink veileder i systemet han nå er en del av.

Han tror at han kanskje tåler mer hjemme fordi han har opplevd så mye i forbindelse med sitt arbeid. Han tenker at jobben har vært med å forme, kanskje forandre ham som menneske. Han tenker at han er krevende å bo med pga. at han kan være preget av hendelser når han kommer hjem. Tar vare på seg selv med å gå på turer på fjellet, og har anerkjent behovet for denne "luftekanalene" ved å arbeide i en turnus som gir ham muligheter til dette.

5.2. Presentasjon av resultat fra egen undersøkelse

5.2.1. Hovedtema 1: Den omsorgsfulle relasjonen

Omsorg som fenomen kan i et medisinsk epistemologisk perspektiv og tradisjon ses som sykepleierens forlengelse av legegjerningen, slik Elisabeth Hagemann beskrives i Martinsen og Wyllers nylesning (2003). Omsorg kan også ses som et selvstendig område for sykepleieren, ved siden av legens domene, slik Rikke Nissen skriver i sin bok "Lærebog i sygepleie for diakonisser" fra 1877. På tross av utviklingen av mer spesialiserte fagområder og profesjonalisering av bla.a. omsorgsrollen oppfatter jeg at informantene fortsatt har med seg ulike former for forståelse av egen posisjon ift. den overordnede medisinske/psykologiske myndigheten. De formidler f.eks. dilemmaer som uvegerlig kommer når det observerende det- et møter sitt deltakende jeg gjennom langvarige relasjoner med den andre (Skjervheim 1996). Informantene forholder seg til vitenskapsmaktens virkninger på seg selv på forskjellige måter, slik de også ivaretar sin selvomsorg.

5.2.1.1 Tillit – om betydningen av tilstedeværelse og fravær

Foucault (1976, 1977) hevder som tidligere omtalt at det ikke eksisterer makt uten at det også er motmakt tilstede. I dette perspektivet blir det i tilfelle interessant og nødvendig å se nærmere på hvordan denne motmaktens uttrykk påvirker de profesjonelle omsorgsyterne, f.eks. deres forståelse for egen rolle og hvordan de utøver den. Informantene følger sine pasienter/brukere gjennom hverdagens mange handlinger, gjennom gode og dårlige perioder og gjennom store og små utfordringer. Noen av informantene kan trekke seg tilbake til et vaktrom som setter et markant, romlig skille i forhold til rollen og posisjonen mellom omsorgsyter og -mottaker. Noen av de andre informantene har sin arbeidsplass i hjemmet til omsorgsmottakeren, eller de besøker og møter omsorgsmottakeren hjemme hos vedkommende. Foucault sier at makten skal etterspørres der hvor

effektene realiseres og blir synlige. Stedet eller rommet hvor relasjonene får utvikle seg i er et slikt sted hvor makten til enhver tid utspiller seg mellom partene.

Tilliten som kan utvikles i en langvarig relasjon er sentral. Dette kan skje når informanten gir av tiden sin til den andre, gjennom å lytte og være der for den andre. Tid er en mulighetsbetingelse for tillit som igjen er nødvendig for den andres psykiske vekst (jfr. tid og disiplinering i Foucault 1977 og Martinsen 2003). Friheten til å bruke den tiden som den enkelte informant mener er nødvendig i konkrete situasjoner har grunnleggende betydning for hvordan den andre opplever seg ivaretatt. På spørsmål om hvilket betydningsinnhold informantene legger i fenomenet omsorg svarer en av informantene at noe av det viktigste er å se den andre ved å vise tillit, bruke tid med og å vise i handling at du bryr deg om den andre. Du kan vise omsorg ved å være både fysisk og psykisk nær, alt etter hvordan du oppfatter den andres behov.

“Men dette her med å få en fra hjelpeapparatet som har tid til å sette seg ned og høre på de og som kun er der for de ... det er viktig. For det er det mange som aldri har opplevd før...”

Tilstedeværelse er mulighetsbetingelse for omsorg, slik fravær for mange er ensbetydende med svik, uavhengig av hvilken årsak mangelen på tilstedeværelse grunner i. Det er kun gjennom å være tilgjengelig både mentalt og fysisk at den nødvendige tilknytningen som aktiverer utvikling og ny mestring muliggjøres:

“At du ser de som person. Du ser at i dag har de det ondt, i dag har de en bra dag... med at du kan prøve å se sinnsstemningen på de. Det legger jeg egentlig veldig mye i omsorg. Det og gjerne sånn som jeg sier med fysisk kontakt, for mange ut av de har jo ikke kontakt med kroppen sin heller så det bare å få et klapp på skulderen og, og dette here (...) Så egentlig så er det sånne små ting som de oppfatter som omsorg. Men dette her å få en fra hjelpeapparatet som har tid til å sette seg ned og høre på de og som er der kun for de ...det er viktig. For det er det mange av de som aldri har opplevd før...”

Flere av informantene er også skeptisk til at vikarer eller andre som ikke kjenner pasienten eller brukeren skal komme inn og forstyrre relasjonen. Tilliten er mange ganger skjør og kan ødelegges hvis pasienten/brukeren føler seg sviktet. Derfor er det å kjenne til den andres livshistorie og bruke denne informasjonen til å tilrettelegge for at den andre skal møte situasjoner som han eller hun mestrer og kan vokse på, viktig for å ivareta tilliten informantene over tid har opparbeidet fra

pasienten eller brukeren.

“...jeg hadde vært vekke på ferie i 4 uker... vi hadde et veldig nært forhold jeg og han der gutten (...) Dette med å ha vært vekke fra de, da har du sviktet de. Selv om du har vært vekke på ferie så har du egentlig sviktet de .. du har jo gjort noe annet.”

“...det er kun over tid du kan bygge relasjoner, så jo lengre tid du har med aggressive folk, jo bedre muligheter til å hjelpe vedkommende altså...”

“...nå når jeg drar ut til den pasienten jeg har jobbet med siden midten av åttitallet til slutten av nittiårene, så kommer jeg til å grine altså! Det er så stort å ha fått han så langt... tenk han måtte ha fire mann på hvert skift .. og nå greier han seg aleine, stort sett da... da har du gjort en god investering, altså!”

For informantene er det på samme måte som for omsorgsmottakerne, betydningsfullt for en meningsfull arbeidssituasjon, at lederen tar seg tid til dem:

“Der som jeg er nå, er de veldig engasjerte. Og de som ikke er engasjerte, blir det, for det blir veldig interessant, vi diskuterer masse...og vi har tid til det ... og det er jo sjefen som gjør at vi har tid til det. Hun lager tid ... og det kontoret er alltid åpent. Hun er sjef, som sitter med kontordøren åpen, noe som jeg synes er veldig viktig.”

5.2.1.2 Kollegialitet og lojalitet

En individuell tilnærming til pasienten/brukeren uttrykker noe av informantenes forståelse og meningsinnhold av omsorg og faglighet. Rutiner og faste oppskrifter på hvordan situasjoner skal håndteres oppleves i noen sammenhenger som lite romslig og en mekanisk tilnærming som uttrykker mangel på omsorg. I andre faglige sammenhenger er det nettopp de faste rutinene som uttrykker omsorg og faglighet.

En av informantene forteller om en bruker som tålte forandringer dårlig. Brukeren utagerte voldsomt og mistet all tillit til henne og personalet forøvrig da en av kollegaene ikke fulgte det planlagte oppsettet i en dusj-situasjon. Kollegaen hadde en støtterolle da brukeren dusjet, men klarte ikke å holde ut i en såpass intim situasjon, og overstyrte både brukeren og informantene som egentlig hadde ledelsen i situasjonen.

«Det ender ut i en grusom utagering, og hun er naken. Det var nå forferdelig ubehagelig. Og jeg ble jo rasende på ham, for at han hadde gjort det, at han skulle være profesjonell nok til å samhandle med henne, i et nedlegg, der hun ligger helt naken og hylgriner, og ikke forstår situasjonen som vi er i. Og det er jo et glimrende eksempel på at personalet samhandlet jo overhodet ikke, vi var ikke samkjørt, og han hadde ikke hørt på meg ... Og jeg høre jo etterpå ikke på ham .. så hun merket jo spenningen mellom personalet, nummer tre klarte vel å utbryte: hva fanen er det som skjer! For han skjønnte jo heller ingenting ... vi får hun roet ned, etter lang, lang tid, der hun så på meg med veldig triste øyner, så sa hun ; jeg stoler ikke på deg mer. Og det skjønner jeg jo at hun ikke gjorde, for det at, jeg gjorde jo ikke som hun forventet ... for det var plutselig et annet menneske som kom inn og styrte. (...) Denne saken resulterte i, at hun stengte seg inne på rommet i tre uker. Hadde ingen samhandling med hun. Prøvde, men hver gang vi kom inn, så angrep hun oss. ... Vi satte maten inn på gulvet på soverommet til hun. ..Etter det, så har jeg vært veldig klar på at personalet må samhandle. Vi er nødt for å være lojal mot hverandre. Og hvis de sier, at det de skjønner ikke hvorfor, så tar jeg fram den episoden der. Så galt kan det faktisk gå. Det er ikke oss som skal gjennomføre noe bra, det er hun. Det er hun. Det er hun som skal ha mestringen, det er ikke vi. Vi er en jobb, vi er på jobb og vi er betalt for det. Og uansett hva vi tror som kan hjelpe, så skal det tas opp på forhånd. Så der har jeg blitt veldig steil etter hvert. Så jeg kan være ganske bisk, når jeg først ... hvist noen går i mot”

En avdeling har utviklet en framgangsmåte der pasientene ikke møtes etter regler og rutiner, men på individuelt grunnlag ut fra personalets kjennskap til den enkeltes spesielle historie. Informanten opplever at en slik tilnærming gjør at pasienter og personale fungerer bedre sammen, noe som igjen bidrar til å gi bedre tilfriskningsbetingelser :

«... hvis jeg skal være den som skal gi støtte eller den som skal prate med pasienten og personalet som er (...) plassert veldig klart i den svarte gruppen eller som han er veldig misfornøyd med, så prøver jeg ikke å diskutere så veldig mye om personalet generelt sett, men, hvis vi gjør det, så går vi ikke så veldig mye konkret på den aktuelle episoden vi diskuterer, for den tror jeg ikke man klarer å bli helt enig om uansett. Da snakker jeg mye mer om hvordan jeg kjenner personalet som en ok person, og som ønsker å yte og gi omsorg og bidra med noe positivt og forsterker positive egenskaper hos personalet i større grad enn å diskutere konkret episoden, (...) å bli enig om, uansett...»

Her har kollegaenes roller vært diskutert og definert inn i en felles forståelsesramme med mulighetsrom til forskjellige posisjoner uten at dette forårsaker konflikt mellom personalet. En annen informant reflekterer rundt kravet om å være 100 % lojal til kollegaene og at dette kan vanskeliggjøre relasjonen til pasienten:

«Men, det vi hadde når jeg begynte å jobbe, da var det et sånt ekstremt sterkt krav til å være hundre prosent lojal med kollega, uansett, og da vi trakk det litt for langt, mistet vi litt troverdighet ovenfor pasientene.. (...) Jeg gjør jo feil hver dag jeg er på jobb. Ikke alvorlig, graverende feil, men jeg gjør hele tiden feil, altså ting som jeg kunne ha gjort mye bedre i reaksjonen til pasientene ... det aksepterer jeg også i, i samhandlingen med pasientene. Og hvis vi da skal stå og støtte hverandre når vi ser begge at vi har gjort noe feil, så får vi mindre troverdighet hos pasientene så det å ikke måtte være hundre prosent lojal, liksom, men faktisk innrømme at nå kanskje jeg har gjort noe dumt, sammen med pasienten, det tror jeg er en fordel.»

Imidlertid er det tydelig at et opplevd krav om lojalitet og/eller tilhørighet til kollegaene eller til en pasient/bruker i noen situasjoner kan representere et dilemma. En av informantene uttrykker det slik:

“Jaa, altså jeg trenger å bli lyttet til, å bli sett. På samme måte som pasientene, altså .. Så jeg blir gjerne med på mottaks-, eller på avgjørelser som er steikande i mot .. hvis jeg blir hørt på .. Og det sa jeg til overlege (navn) når de begynte her, at han mente det at det var viktig at vi var lojale mot han når en avgjørelse skulle tas. Da husker jeg jeg sa det, at det skal vi være, men da skulle vi ha en skikkelig faglig forklaring på hvorfor det skal være sånn før vi skal være med på det. Så jeg kan være med på ganske mye, er ganske lojal hvis jeg får en god begrunnelse for det, altså, men jeg er ikke så flink å være helt lojal når jeg, hvis det er dårlige begrunnelser, altså men jeg gjør alle tingene stort sett.”

Informanten reflekterer rundt hva kollegaene tenker om ham, og egen fagforståelse/egne verdier i forhold til pasient-relasjonen:

“...godt .. distre... faglig flink, men eh altfor snill, og noen sier dumsnill .. Og det er jeg kanskje av og til men jeg synest, av og til det er profft å la seg lure i psykiatrien og av pasienten, altså.. og ikke ta de hver gang de prøver å ta noen personlige hensyn og jeg

stoler på pasienten til det motsatte er bevist, og det irriterer de vel mange ganger og så; "Ser du ikke det der, det gikk jo galt" (ler) .. Ja-ja.. men de har jo lært noe, mener jeg da, vet du .. Så jeg blir nok betraktet som dumsnill og ikke helt alltid, lojal i forhold til vedtak som er gjort og sånt og jeg har fått kjeft opp i gjennom tidene og.. Men jeg har vel fått tilgivelse som oftest.. Men jeg har irritert sikkert mange med ... jeg styrer vel kanskje litt for mye på med mitt eget ..."

Å være uenig med den rådende vitenssynet, og derved vitensmakten, kan også medføre et etisk dilemma, slik denne informanten opplevde:

«Jeg er ikke noen person som syntes at sånn militær måte å være på er noe særlig. Dermed så røk jo jeg litt ut der. Prøvde å være veldig lojal så jeg sloss om dagen og når de gikk å la seg om kvelden så satt jeg på sengekanten og sang godnattviser til de for å få opp den der omsorgsbiten, for at de skulle være trygg på meg og for mindre til å begå overgrep mot de. Og det mener jeg jo ennå, tolv år etterpå så fremdeles så kjenner jeg den der inni meg..»

5.2.1.3 Diskusjon om den omsorgsfulle relasjonen

Hvordan kan maktteknologier spille seg ut i nære og langvarige omsorgsrelasjoner der den profesjonelle omsorgsyteren har erfaringer med å bli utsatt for omsorgsmottakerens aggressjon? Kan Foucaults beskrivelse og forståelse om makt og viten bidra til en nyttig forståelse om hvordan vitensmakt så og si kan manifestere seg i omsorgsyternes kropp? Kan Foucaults senere tanker om frihetspraksis og ethos (1988) bidra til en dypere forståelse av informantenes uttalelser? Jeg har ikke funnet gjennom egen lesning at Foucault som forsker noen gang virkelig oppsøkte hverdagslige praksiser, han forholdt seg selv primært til tekster. Foucault sier at makten skal undersøkes i de sosiale praksiser i hverdagslivet. Jeg har derfor valgt å knytte praksis nærmere gjennom Martinsens omsorgsfilosofiske analyser (1996, 2003, 2005) og utledninger om Løgstrups (1991) nærhetssetikk. Informantene forteller om hvordan de hverdagslige praksisene oppleves for dem. Inspirert av Foucault velger jeg å uttrykke meg ved å si at relasjonen mellom omsorgsyter og -mottaker er konstruert for at de profesjonelle omsorgsyterne skal bidra til å skape et mulighetsrom for å bedre omsorgsmottakernes psykiske helse. Omsorgsmottakerne er plassert inn i disse relasjonene på bakgrunn av sine spesielle historier. De er oppfattet som hjelpetrengende av den medisinske maktdiskursen og derfor satt inn i en institusjonalisert og disiplinert makt- og omsorgsstruktur.

I følge Foucault kan makt forstås som et nettverk av relasjoner i uopphørlig spenning og aktivitet.

Likeledes kan makten kun finnes når den ene parten ikke er fullstendig kolonialisert av den andre. Derfor kan en ikke tenke seg makt uten motstand (Foucault 1976, Heede 1992, Petersen, Beedholm, Engström, Gunvik-Grönbladh og Larson 2006). I dette perspektivet blir disse langvarige relasjonene, som jo i utgangspunktet er asymmetriske gjennom at den ene er pasient/bruker og den andre er profesjonell omsorgsyter i et institusjonalisert system, et potent sted for maktutøvelse.

I lys av Foucault blir de beskrevne utfordrende relasjonene en svært interessant arena for studier av makt. Subjektene i min oppgave er de profesjonelle omsorgsyterne. De besitter definisjonsmakten gjennom å være profesjonalisert og sannsynligvis også subjektivert, f.eks. gjennom eksaminasjoner og sosialiseringer. Samtidig oppfatter jeg at de reagerer på objektiveringen som den medisinske og kunnskapsmessige maktdiskursen kan representere. De er gjennom sine profesjonsutdanninger og praksis opplært til en spesiell omsorgsetikk som gir retningslinjer for hva som er riktige handlingsmåter og forståelsesmåter i omsorgsrelasjonene, eller uttrykt i et perspektiv av Foucault (1976): de er objektivert og subjektivert inn i en bestemt maktviten-teknologisk forståelses- og handlingsramme (Schaaning 1997, 2007). Det er altså tilstede både en konkret og synlig makt uttrykt gjennom bygninger, avtaler, kontrakter osv., og en internalisert usynlig form for makt uttrykt gjennom rolleforståelse, tilegnet kunnskap, kultur, holdninger, atferd osv.

Da jeg selv utdannet meg til sykepleier synes jeg det var alt for lite vekt i undervisningen på hvordan vi kunne forstå makt, og hvordan vi skulle forholde oss til denne makten. Vi ble, uten at det egentlig ble sagt med rene ord, sosialisert inn i en historisk hierarkisk maktstruktur.

I ettertid har jeg reflektert noe rundt denne opplevde mangelen på undervisning både i praktisk maktforståelse og i etiske dilemmaer knyttet til hierarki og beslutningsmyndighet. Vel hadde vårt *curriculum* fag som etikk og historie der makt og avmakt ble drøftet og diskutert, f.eks. hvordan Florence Nightingale måtte kjempe for sin faglige forståelse mot det militære maktapparatet på Krim for å få skapt sanitære og pleiemessige arbeidsforhold på feltsykehuset. Dette viste seg dessverre å være til liten nytte da jeg som nyutdannet sykepleier f.eks. skulle håndtere taushetsplikt i familierelasjoner der rus, vold og krenkelser var hverdagslig, og som gikk hånd i hånd med direkte løgner til meg fra pårørende for å få informasjon om pasienter. Jeg hadde lært så mye at jeg visste at legen var sjefen, men jeg klarte ikke å kople undervisningen i nytte-, dyds-, - eller pliktetikkk til ulike former for maktspill blant pasientene i avdelingen, eller hvordan jeg skulle håndtere krenkelser i alenerom med avmektige og hjelpeløse pasient-mennesker. Dette ble imidlertid lite diskutert i kollegiet, og en ung sykepleier forstod raskt at dette ikke var et emne som var verdt å nevne noe særlig ofte. Jeg tenker at det sannsynligvis ennå er mange tabuerknyttet til hvordan

kunnskapsmakten, profesjonaliseringen og disiplineringen bl.a. kan skape etiske dilemmaer for profesjonsutøverne i hverdagens praksis. Samtidig kan jeg se at det vil være utfordrende og kanskje for vanskelig for institusjonene innen helse- og sosialfeltet å ha profesjonsutøvere som i for liten grad er disiplinert og som stiller for mange spørsmål om rammene for de tradisjonelle tanke- og forståelsesmåtene. På den andre siden kan fraværet av praksisnære diskusjoner, f.eks. om dilemmaer skapt av systemstrukturene og andre lite ideelle forhold ut over økonomiske disponeringer og prioriteringer, føre til at mange profesjonsutøvere mangler et rom for å bli sett, bekreftet og møtt på sine erfaringer. Slik jeg har erfaring med, er det ikke uvanlig at omsorgsyterne strever med å forstå og sette ord på egne følelser etter at de har vært i utfordrende aggressive og krenkende situasjoner med pasienter/brukere. I lys av Foucault sine genealogiske analyser er dette gode eksempler på hvordan disiplinering og subjektivering kan manifestere seg hos de profesjonaliserte og disiplinerte omsorgsutøvere.

Gjennom driften av videreutdanningen i aggresjonsproblematikk ble det tydelig for meg i hvor stor grad studentene som over tid hadde arbeidet i utfordrende relasjoner, savnet å dele erfaringer med andre som var i lignende arbeidsforhold. Venner og familie møtte dem vanligvis med engstelse og liten forståelse for valg av arbeidsplass. Den obligatoriske prosessveiledningen som de deltok i gjennom hele studiet, ble et svært viktig forum for nettopp å finne ord og begreper til å uttrykke hvordan de hadde opplevd både aggresjon, vold og andre krenkelser. De fleste opplevde dette som dypt meningsfullt. Andre hadde «lagt lokk over» egne følelser knyttet til disse vanskelige opplevelsene fordi det ikke var mulighet til å snakke om det på arbeidsplassen. De ville heller ikke gjøre familien redd ved å fortelle om hvor tøft de egentlig hadde opplevd situasjonen. En av informantene som har gjennomført denne videreutdanningen, sier at hun gjennom studiet nettopp fikk bekreftelse på egne tanker og følelser som hun ikke hadde hatt mulighet til før, og valgte å slutte på den spesielle arbeidsplassen. Hun fikk, slik jeg har forstått dette, plassert sine erfaringer inn i en større sammenheng som muliggjorde høyere grad av bevissthet om og forståelse for sine egne erfaringer.

Akkurat dette har jeg opplevd med flere studenter. De forteller om hvordan tankene, følelsene og måten å forstå sine egne erfaringer på, forandret seg når selvbevisstheten øker gjennom valideringen i delings- og bekreftelsesprosessene. Det som tidligere for mange var selvsagte sannheter og riktige og faglig forankrete handlingsmuligheter, kunne ikke lengre godtas som det eneste riktige. Mange av studentene ila sitt eget skjønn økende tyngde, og de brakte med seg nye måter å tenke på til arbeidsplassen. I tillegg til den økte selvbevisstheten kan f.eks. en salutogen helseforståelse sammen

med en relasjonell tilnæringsmåte til forskjell fra atferdsteori og læringsteori, være eksempler på helt nye forståelses- og tankemåter som studentene selv mente var spesielt nyttige i sine langvarige og utfordrende omsorgsrelasjoner (Antonovsky 2000). Selvsagt kan det argumenteres for at dette er en helt typisk kunnskapsutvikling som alle studenter går gjennom, og at alle fag utvikler seg og sine kunnskapsplattformer over tid. Jeg vil likevel tillegge veiledningsprosessene ekstra stor tyngde i forhold til studentenes utvikling fordi dette kan ses på som hvordan den moralske karakteren til studentene får redskaper til å utvikle økt bevissthet om egen frihetspraksis. Det er en personlig selvomsorg, og utviklende i forhold til profesjonsutøverens ethos fordi dette får direkte følger for pasienten/brukerens frihetsrom.

Omsorg forutsetter en forbundethet med andre mennesker, og informantene i dette prosjektet har alle erfaringer med å være delaktig relasjoner med pasienter/brukere som har vart over tid. Benner og Wrubel (1989) peker på et svært interessant punkt i denne sammenheng når de sier at "*Caring (having things matter) puts the person in a place of risk and vulnerability. Relationships, things, events and projects do not show up as stressful unless they matter*" (s.1). Løgstrup (1991) sier bl.a. at sårbarhet, avhengighet, skrøpelighet og dødelighet er fundamentale former for menneskelig eksistens. Informantene forteller hvordan de gjennom sin nærhet til den andre kommer tett på disse fundamentale eksistensformene, og hvordan dette oppleves. Martinsens omsorgsfilosofi, f.eks. hvordan hun beskriver bruk av skjønnet, kan tydeliggjøre hvordan informantene beveger seg mellom det relasjonelle, moralske og praktiske nivået, og bidra til utdype tanker og følelser som er knyttet til å være så utsatt og så åpen og samtidig være i et maktspill.

Et av utvalgskriteriene for mine informanter var at de skulle arbeide i miljøet, dvs. at ingen av dem har sin primære arbeidsarena på et eget kontor der brukeren/pasienten inviteres inn eller der døren kan lukkes og stenge av mot den andres verden. Dette er betydningsfullt for informantenes relasjon til pasient/bruker. I størstedelen av sin arbeidsdag er de tett på pasienter/brukere. Et eget kontor kan oppfattes som en posisjon i den hierarkiske maktstruktureringen. Et kontor kan skape avstand, den som eier kontoret kan i større grad enn informantene selv velge hvem og hvor lenge pasient- eller brukerkontakten skal vare. Eksempelvis har leger og psykologer tradisjonelt alltid egne kontorer. Dette kan være praktisk og nødvendig er ut fra en form for faglige forståelse og begrunnelse.

Lederen åpne eller lukkede dør tillegges mening av informantene. Tilgjengelighet og troverdighet henger sammen, og kan bety en stor forskjell for informantenes forhold til sin leder, slik flere av informantene forteller om. Tilgjengelighet i form av nærhet eller avstand fysisk/arkitektonisk, faglig

og mentalt/emosjonelt kan derfor symbolisere sider ved relasjonene i arbeidsfellesskapet samtidig som i forholdet til omsorgsmottakerne.

Informantene kan i de fleste tilfellene trekke seg bort fra pasient/brukerfellesskapet til et avskjermet sted for personalet, men har sin arbeidsarena primært sammen med pasientene/brukerne.

De er utdannet og opplært i en omsorgstradisjon med grunnleggende verdier som forutsetter ekthet, dialog, likeverd og tilstedeværelse for den andre. Samtidig krever bestemte faglige behandlingsformer og teknikker for flere av informantene avstand, avlukkethet og blindhet for den andre, slik flere av informantene forteller om. For informantene oppleves dette som overgrep og grusomhet, og fører dem inn i sterktføyte etiske dilemmaer. Sagt med den kjente lignelsen; de er fortsatt samaritanere, men de opplever seg selv som ubarmhjertige samaritanere. Dette er uholdbart for de erfarne og faglig kompetente fagpersonene. De er opplært og inntrent i en relasjonell subjekt-subjekt tankegang som forutsetning for alt forandringsarbeide hos den andre. I utfordrende relasjoner er et gjennomtenkt og avklart forhold til balansering av makten i relasjonen, slik jeg ser det, nettopp en slik mulighetsbetingelse for forandring. Akkurat her i dette vanskelige området, som berører både omsorgsyteren og pasienten/brukeren, ligger mulighetene for ekte omsorg. Dette er virkelig et område for ”..*competence, caring and connection*” (Halldorsdottir 1996, s. 39).

Å ha en leder og en ledelse med samme type forståelse for arbeidet som gjøres er grunnleggende viktig for miljøpersonalet. Ledere med formell kompetanse og mye kunnskap i et maktvitens-system, men som er fraværende i hverdagens praksiser, mister troverdighet og autoritet. Anerkjennelse og bekreftelse er både sentrale miljøterapeutiske byggesteiner og gode lederverktøy

Informanter og omsorgsmottakere lever i slike assymetriske dilemmaet i hverdagens praksis. Ekthet, empati og tilstedeværelse gjennom tøffe situasjoner og utfordringer blir derfor etter mitt skjønn en viktig mulighet for å tjene troverdighet og anerkjennelse fra den andre, sammen med muligheten til å forholde seg til den enkelte andre som en individuell person. Dette er et tydelig eksempel på hvordan makten er relasjonell og flytende, og spiller seg ut i gjensidige betingelsesforhold. Mange av informantene og studentene ved videretutdanningen i aggresjonsproblematikk, forteller om at de har vært nødt til å arbeide lenge for og tjene troverdighet nok til å bli regnet som verdig den andres tillit, uavhengig posisjon i systemet (maktstrukturen) ellers. Spesielt som avdelingssykepleier måtte jeg selv ved mange anledninger gå inn som “siste skanse” for systemmakten i avdelingen. Fordi jeg representerte denne systemmakten ble jeg mange ganger utfordret av pasienter/brukere. Samtidig var det gjennom det personlige forholdet til den

enkelte andre jeg fikk troverdighet, tillit og autoritet. Å være tilstede og tilgjengelig selv i utfordrende situasjoner, f.eks. med svært sinte og rusete personer, betydde en forskjell både for kollegaer og pasienter/brukere. Å håndtere situasjoner på en slik måte at den andre fikk beholde verdigheten sin på tross av aggressiv atferd ble over tid byggesteiner for tillit både fra omsorgsmottakerne og personalet i avdelingen. I slike tilfeller opplevde jeg at det beste jeg kunne gjøre var å stå der og ta i mot og lytte til den andre. Holde blikkkontakt, ikke vike unna, men ta i mot sinnet. Det viktigste slik jeg erfarte det kunne som hjelpe var å stå i situasjonen og tilby kontakt. Det hendte likevel at jeg fikk et slag slik at jeg ble kastet i veggen, eller fikk alvorlige trusler mot meg selv og familien. Dette var skremmende opplevelser, og jeg ble mange ganger redd. Til forskjell fra informantene som mener at det beste er å ikke vise sin egen redsel, har jeg valgt å verbalisere egne følelser, i form av "jeg-budskap" i slike situasjoner, forutsatt at pasienten/brukeren har vært tilgjengelig for kontakt. Jeg har også vært heldig med at det alltid har vært noen i systemet som har tatt vare på meg etterpå.

I noen sammenhenger er formell maktbruk i den profesjonaliserte omsorgen innenfor institusjonene sett på som helt nødvendig, f.eks. for å unngå skade på pasient/bruker eller andre. Etter min erfaring er det kun gjennom en ekte og åpen dialog i øyeblikket at omsorgsytteren kan gi verdighet til den andre når tvang og kontroll er virkemidler. Også når begge partene i relasjonen er deltakere under en makt som er større enn dem selv, kan det å dele en form for likeverdighet gjennom mangel på makt den eneste gjenværende og troverdige omsorgen. Dette kan f.eks. være aktuelt når en pasient/bruker skal tvangsmediseres. En slik rå makthandling oppleves vanligvis helt forferdelig for begge parter, selv om den ene utfører handlingen mot og på den andre. Likevel har jeg opplevd at når pasienten klarer til, kan delingen av denne opplevelsen gi tillit og gi grobunn for at relasjonen kan være meningsfull for begge parter. Hvis derimot min egen sårbarhet gir meg skamfølelse over å ha påført et annet menneske smerte og at dette gjør at jeg velger å avvise den andre ved ikke å være deltakende og mottakende for den andres smerte, påfører jeg kanskje pasienten/brukeren et nytt svik og blir et objektiverende verktøy for systemmakten. Avstand og fravær, er som en av informantene påpeker, det samme som svik. Hvis man forstår omsorgsrelasjonen som en asymmetrisk nærhetsarena, vil en sterk reaksjonsform nettopp være avstand og avvisning. Å skape avstand gjennom travelhet og ikke gi av sin tid kan være en måte å skape avstand på. Å gjøre seg utilgjengelig kan også forstås som et uttrykk for motmakt. Dette er et maktmiddel som begge i omsorgsrelasjonen faktisk rår over.

Foucault (1977) viser til hvordan tiden brukes som strukturerings- og disiplineringverktøy. I

Martinsen (2003) sin nylesning av Hagemanns etikkbok kan man følge konsekvensen av denne disiplineringen så detaljert at vi nærmest kommer "inn i marginen" på sykepleiereleven. Disse beskrivelsene gir et godt bilde på hvordan maktviten og objektivisering kolonialiserte det enkelte subjekt. Det blir da interessant at informantene ser på tiden nettopp som et verktøy for de helende og positivt virksomme prosessene. Selvstendige vurderinger på tvers av institusjonens lydighetskrav er avgjørende for at relasjonsarbeidet skal være meningsfullt, og gi rom for den andres vekst og utvikling. Gjennom å ta seg til rette med tiden, til den andres beste, virker omsorgsyterens skjønn overskridende på disiplineringen. Flere av informantene nevner nettopp bruk av tid helt eksplisitt som et verktøy for å komme den andre i møte i situasjoner som har eskalert til et høyt aggresjonsnivå. Slik blir tidsbruken en type frihetspraksis der omsorgsyteren viser motmakt overfor systemkravene.

I utageringssituasjoner har jeg selv erfaring med at tid er det mest virksomme hjelpemidlet for å komme den andre i møte på en slik måte at situasjonen ikke eskalere ytterligere, og som kan oppleves ivaretagende på den andre. I situasjoner der den andre har et høyt følelses- og frustrasjonstrykk, er miljøpersonalet ro og evne til å lytte seg inn til den andre et alternativ til å bruke rå fysisk maktbruk. Da kan avmaktens uttrykk få komme til og bli mottatt med emosjonell åpenhet, trygghet og tilstedeværelse fullt og helt for den andre. På den andre siden er effektivitetskravet i dagens institusjonspraksis av en slik karakter at tid er blitt et knapphetsgode. Den som eier sin egen tid, eier mye makt. Arbeidsoppgavene for omsorgsyterne er av et slikt omfang at den lite produktive tiden, sett i økonomisk kapitalistisk forstand, må vike for arbeidsoppgaver som kan plasseres i effektivitetsmål og telles på bestemte måter. Den tiden som handler om å være, være i, være sammen med, den sakte tiden som ikke kan telles i et budsjett, blir minimalt vedsatt av maktsystemene. Det er i denne tiden, som nesten er helt usynlig, at informantene bruker sitt skjønn og skaper en frihetspraksis på tvers av det overordnede kravet om effektivitet i hverdag. Samtidig er det verdt å ta med i betraktningen at det som på et tidspunkt kan oppleves som en uhensiktsmessig bruk av tid, på sikt kan bli tidsbesparende for eksempel gjennom å minske svingdørsproblematikken med korte intervaller mellom innleggelsene for mange pasienter.

Hva er egentlig dette kravet om effektivitet? Jeg får et bilde på netthinnen fra min egen barndom under en innleggelse på et katolsk sykehus i nærområdet; legevisitten som er forberedt inn til nærmeste detalj både ift. kroppens renhet, sengens oppredhet, rommets ryddighet, oversykepleierinnen som kun i kraft av intensiteten i blikket holder alle oss som er tilstede fullstendig disiplinert. Vi var lammet av skrekk for overlegen og eksaminasjonen av kroppen, om den holdt mål eller

skapte misnøye. Det gjaldt å ikke skape problemer!

I dag er den strenge overlegen de fleste steder byttet ut med et usynlig men like fullt ut virkende krav om holde budsjettene, men parolen er den samme: detaljert ryddighet er lik disiplinert lydighet som igjen er lik usynlighet, kravløshet og lojalitet til makten.

Eksempelvis kan mange studenter forteller om akkurat denne type opplevelser og refleksjoner fra sine praksisstudier, slik jeg selv opplevde da jeg selv var student. Studentrollen gir en utsynsposisjon der maktspillet ofte blir tydelig fordi du mange ganger er usynlig for maktbærerne, fordi du i mange kollegier er nederst i ranghierarkiet, eller at meningene dine ikke blir tillagt noe særlig verdi. Det er en svært lite truende posisjon for systemet, ikke minst fordi studenten skal evalueres og uteksamineres av representanter for maktinnehaverne. Slik mange av informantene i denne studien beskriver, strever også mange studenter i profesjonsutdanningene med å finne sin plass i et system mange steder. Spesielt i institusjonsomsorgen, som fortsatt er strengt hierarkisk oppbygget. I dette maktspillet kan f.eks. det dannes koallisjoner med pasienter/brukere, eller at pasienten/brukeren bruker studentens usikkerhet til å øke sin makt. Dette kan gjerne foregå i form av krenkelser i ulike former, slik jeg opplevde som praksisstudent. Praksisstudier fungerer etter min oppfatning fortsatt i stor grad som disiplineringsøvelser. Dette gir viktig lærdom om disiplinering og maktspill, og kan være avgjørende for hvordan de profesjonelle omsorgsyterne senere i sin yrkespraksis forholder seg til arbeidsplassens ulike former for makt. En av informantene beskriver hvordan hun oppfatter seg selv som en maktovergriper mot brukeren fordi hun var lojal mot faglederens behandlingsmetodikk. Dette var hennes første arbeidsplass som ferdig uteksaminert omsorgsutøver. Daglige aggresjonsutbrudd fra brukeren krevde fysisk maktbruk fra henne og flere andre kollegaer i form av holdinger på opp til sju timer om gangen. Dette gjorde at hun ikke klarte å ignorere sin egen følelse av hvor feil det var å behandle vedkommende så instrumentelt. Hun klarte ikke ignorere den andres fortvilelse og frustrasjon, altså makten og avmaktens inntrykk både mentalt og direkte på sin egen kropp, og velger etter hvert å forlate denne arbeidsplassen. Her mener jeg at både Foucaults (1984) utsagn om den enkeltes mulighet til en frihetspraksis kan kaste lys over informantens opplevelse av handlingsrom. Løgstrups (1991) beskrivelse i "Den etiske fordring" om grunnleggende verdiforutsetningene som f.eks. tillit, barmhjertighet og medfølelse kan i tillegg bidra til å gi forståelse for det etiske ansvaret som f.eks. denne informanten til slutt velger å handle ut fra. Hun ønsket å gi den andre et frihetsrom som det ikke var kulturelle rammer for på den arbeidsplassen. Hennes lydighet til normen ble etterhvert overskredet av den andres utleverthet, og hun ønsket å handle annerledes ut fra sin egen moralske overbevisning. Hun valgte å

avslutte dette arbeidsforholdet fordi det ikke var mulig å nå fram til vitenskaptens representanter og endre på måten omsorgsmottakerne ble møtt på.

Sett i dette perspektivet kan det å bruke eget skjønn ha en ganske høy pris for den enkelte omsorgsyrer, i form av kollegaers misnøye, en opplevelse av ulydighet eller opposisjon som kan medvirke til at informantene velger å slutte på en arbeidsplass. Det er altså ikke nødvendigvis bare aggresjonen eller krenkelsene i seg selv som er årsak til at informantene kan oppleve omsorgsarbeidet som vanskelig. Muligheten til å ta vare på pasienten/brukeren på en meningsfull måte i tøffe situasjoner er kanskje vel så viktig. Når kravet til effektivitet blir avgjørende, fremmedgjøres pasienten/brukeren, og fører til etiske og moralske dilemmaer for informantene. Systemmakten låser dem i en fastholdt posisjon. Den gode faglige omsorgen er da ensbetydende med en opposisjonell posisjon. For mange av informantene blir dette ikke bare et rent faglig spørsmål, men også et personlig spørsmål om deres moralske handlingsmuligheter i praksis, eller ethos. Å være modig er å gjøre noe du egentlig ikke tør.

5.2.2 Hovedtema 2: Å være i den andres aggresjon

Omsorgsmøtet kan i følge Christensen (1997) ses på som en forhandling om nærhetsgrenser i relasjonen. Det kan problematiseres om den enkelte pasient/bruker i enhver sammenheng ønsker en slik omsorg og nærhet fra omsorgsyrerne. Samtidig er denne nærheten en forutsetning for den gode omsorgen, slik vi er opplært til gjennom profesjonsutdanningene. Gjensidigheten kan derfor problematiseres ettersom den kan forstås til å være basert på en forutsetning om en tenkt autonomi fra partene i omsorgsmøtet (Kittay 1999). Denne autonomien er ikke nødvendigvis aktuell for alle pasientene/brukerne i dette prosjektet. Datamaterialet synliggjør derimot at omsorgsrelasjonene i stor grad også handler om følelsesutveksling. Her ligger det en form for gjensidighet. Asymmetrien er derfor på dette nivået i en stadig dynamikk. Den altruistiske omsorgstradisjonen som informantene i stor grad er opplært innenfor, kan gi en bakgrunnsforståelse for hvordan informantene tenker og handler i sin selvomsorg.

5.2.2.1 Om grenser og overskridelser

Betydningen av grenser, og opplevelsen av grenseoverskridelser er et viktig område som har blitt synlig gjennom analysen av materialet. Det kan se ut som om det er 3 typer grenser informantene snakker om: grensen mellom meg og den andre, grensen for hvor mye den enkelte informant rommer eller tåler å ta i mot fra den andre og grenser i form av regler for atferd. Samtidig kan det se

ut som om grenseoverskridelsene er en del av et gjensidig maktspill mellom forskjellige relasjonelle posisjoner.

Relasjonen mellom omsorgsmottaker og –yter har utviklet seg over måneder og år. Gjennom opplevelser av framgang og mot ny mestring, men også gjennom nederlag og tap. Opplevelser på godt og vondt er delt. Når det da skjer alvorlige aggressive episoder kommer det fram i materialet at det kan være vanskelig for omsorgsytterne å sette grenser for hvor mye de egentlig kan tåle å ta i mot fra den andre i en profesjonell relasjon. Å opprettholde denne personlige opplevelsen av avgrensning mellom seg selv og den andre grensen er viktig for å ivareta selvomsorgen. Faglig forståelse, opplæring og sosialisering inn i et altruistisk omsorgsideal, sammen med personlige egenskaper, erfaringer og forventninger er betydningsfulle faktorer i regulering av nærhet og avstand :

«Jeg vet jo innerst inne, at jeg kunne gjort mye annerledes..men jeg kunne ikke gjort det der og da, for jeg visste ikke det (...) Hvordan skal man faktisk opptre, hvordan skal jeg framtre som person ... så jeg har flyttet masse grenser frem og tilbake for å finne ut hvor er jeg.. Hvem er jeg som person, og hva skal jeg være for de personene som jeg jobber med. Så grensen min, kan godt hende han flytter seg litt, altså (...) Men hvor grensen min kommer til å gå til slutt, på hva som jeg kan godta for min kropp og hva jeg ikke kan godta både psykisk og fysisk, det vet jeg ikke.»

Det er flere forhold som virker inn på hva informantene tenker de kan tåle: at man kjenner til bakgrunnen for hvorfor pasienten/brukeren er aggressiv, at man har en respektert leder, gode kollegaer eller veiledning der man kan snakke ut, og ikke minst at man har evne å reflektere over pasienten/brukerens følelser:

“...det er jo ofte at vi må sette absolutte grenser, i hverdagen så må vi jo det, altså, det er jo med slag og sånt og da, må vi jo sette foten ned, selvfølgelig, og skjerme pasienten, det må vi jo men jeg tror også at refleksjonen er viktig, altså det å forstå følelsene til pasienten, hvorfor det blir sånn det er jo en forutsetning for at man kan holde ut i en sånn jobb og.”

Profesjonskunnskapen er viktig for å ivareta selvomsorgen:

”Nei, men jeg altså, jeg synes jo vi skal tåle ganske mye, jeg altså. Men, du greier ikke å tåle mye hvis ikke du kan noe om det, altså. Det er det som er arbeidet. (...) Forståelse og kunnskap det er helt basic for å, å kunne forholde seg over tid til sånne pasienter ellers vil

du bare brenne ut eller finner deg ikke i det i så mange år, hvis ikke du forstår, altså.. Det er i grunn det, altså..”

De to neste sitatetene utdyper kompleksiteten i ansvaret for den andre, og hvordan egen tålegrense er en del av det dynamiske samspillet i en langvarig omsorgsrelasjon. Informantene kopler forståelsen av eget ansvar og ivaretagelsen av egne grenser for hva de selv skal klare å stå i av aggresjon, krenkelser og vold direkte til relasjonen, kunnskapen og ansvaret for omsorgen til pasienten. Samtidig vet informantene at dette omsorgsansvaret uansett blir deres jobb å håndtere til slutt:

” Nei, det tror jeg nesten jeg skulle vært dau, altså! (...) jeg har ikke funne den grensen i alle fall. Jeg har tålt ganske mye opp igjennom uten at det har blitt returnert til pasienten, altså. Det jeg har tålt mest av, det er en del av den kontinuerlige belastningen med å være på de dårligste pasientene, altså. (...) men så blir du jævlig god til slutt, du styrer de ganske godt, altså. Sånn at du ser at, det går ikke an at, den der ferievikaren har denne pasienten, altså, for da blir det bare ballade, og da får jeg dobbelt så mye å gjøre .. Og han kan hverken lese hun eller forstå hun eller noen ting, så det blir bare kluss. Til og med ganske erfarne personer.”

” Nei, det, jeg vet ikke men jeg har i alle fall ikke nådd den. I forhold til det jeg aksepterer. (...) På et verbalt plan så må jeg tåle alt. Det gjelder trusler og. Jeg trenger ikke like det men jeg opplever at (...) det er noe som jeg må, noe jeg går inn i. Jeg vet hvilke pasienter jeg har å jobbe med. Jeg vet hva som kan gå for seg og jeg har akseptert det i et visst monn når jeg går inn og jobber der. Og jeg gjør det for det jeg synes det er spennende og tror at jeg kan bidra med noe. Når det gjelder fysiske, så er jeg redd for å bli skadet, men jeg har blitt slått noen ganger, sparket og sånn men jeg har alltid kommet tilbake på jobb med godt mot etterpå, så jeg aksepterer for så vidt det også. Men det er mulig at det ville endre seg hvis jeg hadde fått en alvorlig skade. Det vet jeg ikke. Så jeg tåler for så vidt både fysisk og verbal aggresjon rettet mot meg.”

I det siste sitatet reflekterer informantene over mangfoldet i omsorgsarbeidet. Han synes jobben er meningsfull og spennende. Han skiller på at han ikke behøver å like denne delen av jobben sin, men at det faktisk tilhører feltet han har valgt å arbeide på. Men heller ikke han har en uttalt grense for hva han skal kunne romme av utagerende atferd, selv om han for så vidt åpner muligheten for at han kanskje ville ikke ville tåle å bli påført en alvorlig skade.

5.2.2.2 Personlig, privat, profesjonell

Å forstå hvorfor den andre er aggressiv er betydningsfullt for informantene med tanke på å klare og forholde seg omsorgsfullt videre til pasienten/brukeren (Hanssen et al. 1999, Krøvel, Rund og Rør, 1997, Skau 2003, Vatne 2006, Aanderaa 2000). Faglig kunnskap er viktig i denne sammenhengen. Da kan mange ganger aggresjonen plasseres f.eks. som del av en ekstrem redsel, frustrasjon eller et utfall mot systemet, og at den derfor ikke er personlig rettet på tross av at det er informanten som er den direkte mottakeren. Samtidig anerkjenner informantene at de berøres og forandres som mennesker gjennom at de deler sterke opplevelser med pasienter og brukere. De er i nærkontakt over tid med mennesker som ofte strever med dype eksistensielle problemstillinger:

“... generelt må det vel være at vi forandrer oss i synet på livet for ellers kunne vi ikke ha jobbet med det (...) men du føler du får tak på noe av og til, altså, så gjør at du leser deg opp og du leser enda dypere av og til...”

Informantene opplever at det å arbeide i slike utfordrende pasientrelasjoner påvirker dem både ikke bare profesjonelt, men også personlig å privat. Flere av informantene sier at de kanskje blir for vant til verbal aggresjon og at de distanserer seg fra betydningsinnholdet i det som pasienten/brukeren uttrykker. Samtidig kan det over tid bli en belastning som gjør at informantene tåler mindre hjemme. Gode private relasjoner er en styrke når en jobber med denne type omsorgsrelasjoner. Aggresjonen som kommer fra pasient/bruker omdannes og videreføres til de private relasjonene f.eks. i form av opplevd tretthet, at man er sliten og har økt følelsesmessig sensitivitet. En av informantene uttrykker det slik:

“... i perioder der jeg opplever det som veldig krevende og (...) jeg opplever meg som mer sårbar og følelsene kommer (...) følelser som jeg ikke vedkjenner, i hvert fall at jeg liker ikke at de er der i forhold til å være redd, eller det å oppleve risikoen for skade mye større enn (...) jeg egentlig har erfaring med at det er, da ... i de periodene så blir jeg mye mer frynsete hjemme også... mer irritabel (...)”

Å stå i krevende profesjonelle omsorgsrelasjoner betyr for flere av informantene at de bruker mye energi på å bearbeide opplevelser og følelser som utrygghet og redsel for å unngå at forholdet til pasienten/brukeren forstyrres. De ønsker å opptre på en profesjonell og faglig måte uansett hva den andre utsetter dem for:

”... for det å ta vare på å hjelpe pasienten med aggresjon, det er å gi omsorg. (...) Vi skal ikke fjerne aggresjonen, men vi skal veilede de og lære de å takle han... å rette han mot det han skal rettes mot, i tilfelle (...)”

Diagnoser kan brukes som er redskap for å forstå og forutse pasientatferd. Samtidig er det ikke uproblematisk å få tilgang til denne type informasjon om den andre:

”Jeg synes største utfordringen er å møte pasienten der pasienten er, da .. fordi at vi har tanker om hvordan pasienten er, vi har masse informasjon, vi er flinke på å samle inn informasjon om hvordan pasienten har vært over tid og at det gir oss tanker om hvordan pasienten vil være den nærmeste tiden også. Og da er en kanskje litt forutinntatt, på mange måter. Så det å på en måte møte pasienten der han er til en hver tid er kanskje en av de største utfordringene. At man av og til tenker litt for lange linjer i stedet for å møte mannen der og da...”

5.2.2.3 Utagering - følelser og profesjonalitet

På direkte spørsmål om profesjonsutdannelsene har gitt dem verktøy til å håndtere de utfordrende relasjonene er informantene klar og tydelig. På dette området har de fått lite eller ingenting i utdannelsen som kan hjelpe dem direkte når pasientene/brukerne utsetter dem for krenkelser, trusler eller andre former for aggresjon. Kollegaene blir derfor viktig for å få bekreftelser, korrigeringer, for utblåsning og fortrolig utveksling om egne tanker og følelser knyttet opp mot omsorgsarbeidet. Det er blant annet viktig for å få lagt fra seg situasjoner som informantene ellers kunne bli gående å gruble over i ettertid. Utvekslingen gir også mulighet til ny forståelse. Det kan være en dyktig sjef med åpen dør, utblåsning i kollegiet før vekten avsluttes, fortrolige samtaler med gode kollegaer eller avtalt eksternt veiledning. Veiledningen må imidlertid være basert på informantenes behov for å bli opplevd som meningsfull. Eksterne veiledere får ikke tillit uten å være ydmyk og lyttende, og praksisnær ut fra informantenes ståsted. Tillit til lederen og veileder avhenger i stor grad av troverdighet tjent gjennom delte erfaringer i utfordrende situasjoner. Ikke alle informantene har strukturert veiledning, men alle forteller om ulike måter å skaffe seg dette utvekslingsrommet på, om de ønsker det. Slik er informantene ikke noe særlig forskjellig fra pasientene/brukerne.

I materialet er det snakk om følelser fra to kilder; informantenes egne og omsorgsmottakerens. Følelser har i vestlig den vestlige vitenskapelige tradisjonen (vitensmakten) vært sett på med skepsis (Vetlesen og Nortvedt 1994). Descartes mente at sansene mer var egnet til å villeder enn til å

rettlede, og inkluderte følelsene i denne forståelsesmåten. Fornuften framstilles som objektiv. Følelsene er knyttet til det kroppslige, og representerer som må kontrolleres. Samtidig er det jo nettopp følelsene som gir profesjonsutøverne retning for moralske praksis, og som forteller informantene hva som er riktig eller feil handlingsmåte i omsorgsrelasjonen:

” ... altså, hvis du blir sint, så får du heller gå vekk littegranne, så telle til ti, og så får du gjerne spørre en annen om de kan overta litt sant, men du har ikke lov å vise de at du blir sint.”

I situasjoner der informantene blir utsatt for vold koples høy grad av profesjonalitet og fravær av følelser sammen:

”Det er da jeg tror jeg stenger av ... og blir følelsesløs ... jeg tror jeg blir veldig profesjonell, der og da ... at jeg stenger av egentlig følelsesmessig ... og så går jeg inn i en forferdelig profesjonell rolle...”

Informanten forteller at fraværet også gjelder fysiske følelser:

”... jeg (er) forundret over at jeg aldri fikk fysisk vondt av det, når jeg ble slått. For jeg er blitt lugget, slått, sparket, spyttet på (...)har hatt fysisk vondt etterpå, men aldri i situasjonen, jeg har aldri blitt sint på dem for det at de har slått meg...”

Det kan se ut her som om informanten egentlig mener at det å ha negative følelser er uprofesjonelt. Hun sier nemlig videre at:

”Hva det gjorde med meg personlig var vel at jeg ble grådig lei meg, for jeg skjønnte at jeg hadde mye av skylden for at jeg ikke forstod dem og ikke forstod deres måte å reagere på..”

En annen informant håndterer sin egen redsel i en ekstrem situasjon ved å bli helt apatisk gi seg over til aggressoren:

”Og da fikk jeg en sånn veldig rar reaksjon (...) jeg gav meg liksom bare over, slappet bare helt av, han bare løftet meg opp på døren (...) ble helt slapp i kroppen..”

Den neste informanten beskriver om hvordan han arbeider intenst for å få kontroll i situasjonen:

"... det var veldig rart, jeg var ikke noe redd, jobbet veldig på instinkt. Jeg visste at venstrehånden, det var den det var advart mot, det er den som er kraftig, og det er den hun gir kraftigere slag med, og når jeg da fikk skygget unna så vidt, da, altså med en gang jeg fikk slaget så skjønnte jeg at nå må jeg håndtere dette her, og da var det venstrehånden jeg automatisk gikk unna og tok kontroll på, så fikk jeg noen lette klappinger med høyre, men den var hun ikke så god å slå med så jeg fikk ikke jeg var bare opptatt av å få kontroll på situasjonen."

Han sier at han arbeider på instinkt, samtidig som han bruker sine kunnskaper og informasjon om pasienten bevisst. Informanten fortsetter deretter med noen betraktninger som viser at han tar på seg ansvar for at situasjonen eskalerte.

"Etterpå så opplevde jeg egentlig mest at jeg var flau, for det at jeg hadde sviktet. Ting som å følge med og gi hun den oppmerksomheten og støtten som jeg visste at hun (trengte), og det var (et) kjent mønster for aggresjonen fra den pasienten, også, så det var forutsigbart. Det var mer min håndtering av det, som var problemet.»

Alle informantene påtar seg ansvar for utageringer i flere situasjoner, slik også sitatet under kan anskueliggjøre:

".. jeg skulle dele ut medisinen til og spurte om, han ville ha medisinen sin nå, men han har jo protestert på å ta medisinen sin og var tvangsmedisinert og alt så jeg burde jo aldri spurt om han ville ha medisinen så jeg forstår godt at han så.. Her var han blitt, hele integriteten hans var blitt tråkka på, altså og han er blitt tvangsmedisinert (...) så kommer det en eller annen idiot og spør om han vil ha medisinen."

5.2.2.4 Diskusjon om å være i den andres aggresjon

Mye av det forskningsmessige perspektivet er i en medisinsk tradisjon og representerer et utenfraperspektiv som ser ut til å ha liten relevans i hverdagens praksis for informantene. De refererer i alle fall i svært liten grad til dette. Perspektivet er observerende, i motsetning til informantenes, som er tilstedeværende, opplevende og deltakende. Den fenomenologiske forskningen og det praksisnære perspektivet inkluderer flere nivåer og tar med kontekst som f.eks. kulturelle og sosiale sammenhenger. Relasjonelle påvirkningsfaktorer inkluderes uten at det nødvendigvis refereres eksplisitt til hjelperens rolle. Unntaket her er Isdal (2000). Den

epistemologiske tradisjonen vises imidlertid gjerne fortsatt gjennom bruk av medisinske klassifikasjonssystemer og atferdspsykologiske forklaringsdefinisjoner. Disse forklaringsmåtene gir meg en opplevelse av fjernhet og oppgittethet. Det er noe som mangler. For eksempel er ordet makt ikke nevnt i noen av disse kvantitativt forskningsbaserte måtene å beskrive aggresjon på, og får meg til å undres. Hvordan kan det være slik at ordet makt ikke nevnes når aggresjon skal beskrives og forklares, hverken fra et forskningsmessig eller praksis-perspektiv? Er betydningsinnholdet dekket godt nok gjennom de presise beskrivelsesdefinisjonene av atferd? Eller er betydningsinnholdet ift. erfaringsaspektet ikke relevant, og i så fall hvorfor ikke? Hvorfor er opplevelsens- og forståelsesdimensjonen, også for den som er mottaker av aggresjonen, utelatt i så avgjørende grad? Dette har sannsynligvis med den kunnskapstradisjonen som kan føres tilbake helt til opplysningstiden og Descartes vitenskapssyn. Den gangen var vitenskapeliggjøringen i opposisjon mot kirkens allmakt, og må forstås ut fra den bestemte kulturelle og historiske tidsånden. Foucaults genealogiske analyser viser hvordan diskurser og vitensproduksjon muliggjøres og konstitueres. Kroppen løsrives fra sjelen og ånden. Dette muliggjør en splittelse som får konsekvenser for konstitueringen av den medisinske vitenskapen, samtidig som kirken kan leve videre med eierskapet over ånden og det hinsidige. Slik redegjørelsen av aggresjon viser, er kroppene integrert og nærmest umyndiggjort i det rådende vitensregimet, og disiplinert i et spenningsfelt mellom legen/definisjonsmakten og det observerende blikket. Dette tenker jeg er et viktig bakteppe for å forstå informantene i deres kontekst. I profesjonaliseringsprosessene, f.eks. gjennom kunnskapsdannelse og eksaminering, er subjektene formet og styrt av rammene for forståelse og tenkning om feltet de er en del av.

Det har vært vanskelig å forstå hvorfor de fleste av informantene ikke klarer å uttrykke tydelige grenser for hva de klarer å ta i mot fra pasienten/brukeren. Informantene i denne studien er valgt ut på bakgrunn av at de har erfaringer med å bli utsatt for vold og aggresjon fra brukerne/pasientene. Som nevnt innledningsvis lever de altså sitt profesjonelle yrkesliv i relasjoner som kan overskride grenser for det som vanligvis regnes som akseptabelt og grenserespekterende væremåter. Dette innebærer videre utfordringer som berører og overskrider informantenes grenseoppganger mellom det personlige og det private, og en form for transport av følelser fra erfaringene gjort på den profesjonelle arenaen ut i det personlige og private selvet. Det er krevende for informantene å motta krenkelser i form av trusler, vold eller annen aggressivitet. De er åpent rettet mot og forbundet med den andre. Profesjonaliteten innebærer jo faktisk nettopp denne ekte tilstedeværelsen og rettetheten mot den andre som samtidig gir en direkte tilgang inn i deres personlige rom.

Personlige egenskaper og erfaringer hos enkelte informant klinger uvegerlig med og former dybden og virkningen til aggressiviteten som treffer det private selvet. Fokuset må fortsatt være på ivaretagelsen av den andre, på tross av egen redsel og skade.

Det kan være nyttig å trekke inn kunnskap om følelser knyttet til forskjellige psykiske lidelser. Overfladisk oppsummert kan en tenke seg at pasientene/brukerne som informantene i denne studien knytter sine erfaringer og opplevelser til, bl.a. kan ha ulike former for psykiske lidelser. Innen psykisk helsevern er nettopp følelser- og affektregulering et område der pasienten/brukeren har spesielle utfordringer eller skader. Ved ulike former for dissosiasjonsforstyrrelser eller psykoseproblematikk har pasienten/brukeren i alvorlige faser av lidelsen vanligvis lite tilgjengelig en bevisst følelsesopplevelse, samtidig som ubevisste impulser kan bryte igjennom når personen opplever en situasjon truende (Anstorp, Benum og Jakobsen 2006). Omsorgsytterne skal under slike forhold representere en stabil trygghet uavhengig av den andres emosjonelle tilstand. Det er viktig å kunne romme den andres umodne affekter uten å returnere disse følelsene, slik en av informantene uttrykker seg. Følelser eller affekter er derfor et område som profesjonsutøverne gjennom sin utdanning og gjennom erfaring må lære seg å forholde seg til på en distansert måte. Samtidig, som tidligere beskrevet, er den relasjonelle nærheten som informantene formidler nødvendig for en terapeutisk og god omsorgsrelasjon, altså en motsetningsfylt eller paradoksal situasjon som fordrer modenhet og høyt refleksjonsnivå hos omsorgsytteren (Skau 2003, Åmodt 2001, Aanderaa 2000).

Hvordan informantene selv problematiserer sin egen praksis er en viktig forutsetning for å avdekke deres rammer for forståelse. Det kan også være et utgangspunkt for å få innsikt i deres disiplinering grunnlag, eller hvordan de forholder seg til sin egen vitenspraksis.

Det som slår meg når jeg studerer materialet er hvordan flere av informantene beskriver følelser, eller fravær av følelser. Hva er det som gjør at profesjonalitet er ensbetydende for mange med fravær av følelser? Det er en normal menneskelig reaksjon i krise- og traumatiske situasjoner å mestre gjennom å stenge av for følelser (Anstorp et al. 2006). Ingen av informantene problematiserer sitt eget fravær av følelser i episoder med aggressiv atferd fra den andre ut fra en slik normaliserende forståelse av egne reaksjoner. En tolkningsmulighet er at informantene i stor grad har blitt vant med den aggressive atferden fra omsorgsmottakerne. Krenkelsene, volden og truslene regnes ikke som så truende og farlig fordi det er såpass ofte disse opplevelsene inntreffer. Det er i så fall et paradoks at informantene likevel erfarer ulike kroppslige stressreaksjoner tilsvarende stor trussel og farlighet. Hva er det da som styrer informantenes forståelsesramme og

tanker om eget fravær av følelser, eller at følelser er negativt i profesjonell samhandling? Hva er det egentlig som her kommuniseres av informantene? Hva forteller og representerer det å være nær egne følelser i faglig sammenheng? Er det å ha følelser det samme som å være uprofesjonell? Hvordan kan det være seg at det er slik?

Kan denne ressoneringsmåten være et eksempel på det gamle vitenskapsidealet der besitteren av vitensmakten er fjern og distansert? Er denne formen for vitensmakt fortsatt levende i det profesjonaliserte omsorgsapparatet? Er informantene på tross av sin medfølelse og deltakelse i omsorgsmottakernes liv, likevel på noen nivåer, fortsatt underlagt den gamle legemaktens disiplinering?

På den ene siden er følelser, eller affekter, et felt innen kunnskapsområdet som skal håndteres profesjonelt etter regulerte metoder. Pasientenes eller brukernes følelser kan tas i mot i en relasjon og rommes (contains) på en profesjonell måte, og etter en bestemt faglig forståelse returneres i en behandlet form for å øke pasienten/brukerens mulighetsbetingelser for bedre helse. Følelser som er overført omsorgsytterne i en slik sammenheng kan deles og reflekteres i modne omsorgskulturer og i profesjonell veiledning, jfr. Aanderaa (2000). Flere av informantene forteller imidlertid om opplevelsen av og ikke kunne dele sine følelser som angst og redsel, krenkelser, skyld og skam etc. i kollegiet. De ønsker heller ikke å dele disse vanskelige opplevelsene og følelsene med sine nærmeste fordi de for eksempel ønsker å beskytte dem. Dette er et tema som også de fleste av studentene hadde stor nytte og glede av å dele med sine likeverdige medstudenter på videreutdanningen i aggresjonsproblematikk. Jeg merker selv hvordan språkbruken min når jeg skal formulere dette avsnittet, er preget av en todelt tilnæringsmåte til dette fenomenet. Betegnelsen affekter tilhører den medisinske språktradisjonen. Her er det utenfraperspektivet som kommer til uttrykk gjennom en objektivierende og observerende posisjon. Det er tilskueren, ikke deltakeren, sitt perspektiv (jfr. Skjervheim 1996). Termen følelser kan kanskje ses på som mer praksisnær og deltakende, et uttrykk for et fenomen i en hverdagslig praksis, mellom partene i omsorgsrelasjonen, ofte forbeholdt kvinner og relasjoner. En kan være fristet til å trekke linjene helt tilbake til skillet mellom kropp og sjel, der sjelen var kirkens anliggende og kroppen medisinen.

Affektene forholder seg, i dette perspektivet, til en profesjonalisert medisinsk kulturhistorie der følelser er tabu. I denne vitenskapstradisjonen er forskeren og vitenskapsmannen uberørt av følelser fordi de kontaminerer og tilslører det skarpe blikket. Legen skulle ikke være deltakende, men stille seg nøytralt utenfor. Følelser blir i dette perspektivet noe som ikke tar hensyn til dette opptrukne skillet mellom det private og det profesjonelle. Informantene er i liten grad distanserte i sine

profesjonelle omsorgsrelasjoner, og er slik disiplinerte inn i omsorgsprofesjonenes vitensgrunnlag. På den andre siden, i maktvitenshierarkiet er det fortsatt den medisinske tradisjonen som i stor grad er premissleverandør.

Foucault (1976) setter pastoralmaktens skrifte-rituale inn i en maktteknologisk forståelse. Når pastoralmaktens etterlevning, den profesjonelle veiledningen, er et av få tillatte rom som informantene kan dele sine tanker og følelser knyttet til sin hverdagslige omsorgspraksis, kan en se hvordan dette forumet kan fungere som en subjektiveringsmakt. Slik tidligere beskrevet, er den moderne makten mest virksom nettopp i den enkeltes individualitet. Informantene risikerer en subjektivering f.eks. gjennom en åpen og ærlig formidling (eller bekjennelse) av følelser og tanker fordi de blir møtt og bevisstgjort innen rammene for hva som er forstått som korrekte faglige måter å tenke og forstå disse fenomenene på.

Omsorgsyteren representerer en dobbeltposisjon uavhengig av egen vilje og tilstedeværelse. Martinsen (2003 og 2005) diskuterer i flere av sine arbeider i perspektiv av Foucault (1977), om, og i tilfelle hvordan, det er mulig å forme seg selv og sin praksis. I Foucaults senere arbeider beveger han seg mot andre alternative måter å tenke om selv-forming og dannelse, og slik Martinsen (2003) uttrykker det: «*Moderniteten åpner for ulike former for disiplin*» (s.56). Martinsen viser til at Foucault i et intervju noen måneder før han døde i 1984 svarer bekræftende på at det faktisk finnes mulighet for en frihetspraksis, og at det er mulighet å bevege seg i maktrelasjonene på en god måte. Gjennom «rom» og «bevegelse» har subjektet nemlig mulighet til å gå inn i relasjoner som moralske subjekter, og ikke kun være passive subjekter som er låst fast i maktrelasjoner. Det er en form for etisk selvomsorg, en moralsk praksis som Foucault vektlegger i sine senere tanker, der perspektivet har flyttet seg fra den gjennomstrålende institusjonsmakten til mulighetene individene har til selv å forme sine liv (Foucault 1988, Martinsen 2003). Han problematiserer selvomsorgen i møte med regler og normer gjennom å analysere antikkens etiske forståelse. Den moralske karakteren, personens ethos, er den enkeltes reflekterte bevissthet om egen frihet uttrykt i relasjoner innenfor sosiale og kulturelle rammer:

”Ethos viser seg i en måte å være på og en måte å oppføre seg synlig for andre på. En persons ethos omsettes og uttrykkes i klesdrakt, utseende, holdning, opptreden, måte å gå på, og i den ro som personen omgir seg med. Ethos er uttrykk for det som er skjønt, godt, aktverdig, minneverdig og som kan tjene andre som eksempel”. (Martinsen 2003, s.69)

Dette krever både ønske om og villighet til å gi andre bevegelsesrom, sammen med en bevissthet om at dette krever kunnskap om hva som er en god måte å opptre på i relasjonene. Den enkelte må derfor arbeide med seg selv, også sammen med en veileder. ”*Selvomsorgen forutsetter forholdet til de andre, men omsorgen for seg selv er det etisk primære.*” (Foucault 1984 i Martinsen 2003 s.70)

Foucault (1977 og 2000) utfordrer oss til å tenke igjennom det som vi selv oppfatter som innlysende sannheter om oss selv og vår måte og tenke på. Slik han f.eks. analyserer humanvitenskapene er disse fullstendig gjennomfiltrert av maktvitenslinjer og uten å stille spørsmål med våre selvsagte oppfatninger av fenomener og begreper osv. er vi ikke frie til å arbeide med vårt egentlige eksistensielle arbeid (Heede 1992). I sine senere arbeider åpner han derimot opp for muligheten til å utvikle en frihetspraksis, for eksempel friheten til å bruke eget skjønn (Foucault 1988). Slik jeg oppfatter informantene kan denne mer eller mindre strukturerte eller formaliserte utvekslingen av følelsesopplevelser med kollegaer, leder eller veileder, også oppfattes mer som en mulighetsbetingelse for frihetspraksis. Veiledning er et mulighetsrom som den enkelte informant kan ha nytte av for å videreutvikle sin moralske refleksjon og bevissthet og slik øke selvomsorgen. Det er ikke nødvendigvis kun et uttrykk for det subjektiverte selvets bekjennelser under en bestemt vitensmakt, selv om utvekslings- og delingsprosessene skjer i en ramme av profesjonalitet, disiplinering og omsorgsmakt.

Bekjennelsene er tvunget fram av vanskelige situasjoner, og dette er et godt eksempel på hvordan makten behøver motstand for å virke. Makten virker faktisk så godt at gjennom bekjennelsene får individet også fram skjult kunnskap om seg selv, å befri informantene fra tunge tanker og følelser (Foucault 1976, Martinsen 2003). Som tidligere beskrevet, sier Foucault at det ikke finnes makt uten at det samtidig finnes motmakt. Maktrelasjonene er bevegelige. Gjennom denne bevegeligheten og gjennom dobbeltheten i individualiseringen/objektivering kan det, slik denne studien viser, ligge mulighetsbetingelser for skjønn, frihetspraksis og selvomsorg i krevende omsorgsrelasjoner i hverdagslige praksis. For informantene betyr dette at de kan utforske sin egen moralske praksis for eksempel i strukturert og uformell veiledning, og fritt reflektere rundt egen forståelse og meninger knyttet opp mot de krevende og utfordrende relasjonene i sin hverdagslige praksis.

Denne studien har bidratt til ny forståelse om å være profesjonell omsorgsutøver og medmenneske i langvarige og krevende omsorgsrelasjoner. Dette innebærer å måtte romme store følelsesmessige kontraster langs et kontinuum fra nærhet, fortrolighet og godhet til krenkelser, trusler og vold.

Informantene legger vekt på at de forstår og finner mening med sine erfaringer og opplevelser, og at de har faglige og ressursmessige rammer som gir mulighet til å skape unike og ekte omsorgsmøter. Dette er viktig ut fra en omsorgsfaglig forståelse. Åpenhet om hvordan det oppleves å være utsatt for aggresjon i profesjonelt omsorgsarbeid kan bidra til en mer systematisk tilrettelegging for ivaretagelse av miljøpersonalet i slike krevende profesjonelle omsorgsrelasjoner. Det er viktig både ut fra miljøpersonalets individuelle behov og ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv.

6.0 Konklusjon

Studien har søkt å belyse hvordan miljøpersonale på seks forskjellige omsorgsarenaer erfarer og opplever sitt arbeid som profesjonell omsorgsyter i utfordrende og langvarige relasjoner. Inspirert av Foucault kan en si at relasjonene er konstruert for at de profesjonelle omsorgsyterne skal bidra til å skape et mulighetsrom for å bedre omsorgsmottakernes psykiske helse. De er oppfattet som hjelpetrengende i en maktviten struktur og derfor satt inn i en institusjonalisert og disiplinert makt- og omsorgsstruktur.

Informantene forteller at det å være profesjonell omsorgsutøver og medmenneske i disse relasjonene, innebærer å måtte romme store kontraster langs et kontinuum fra nærhet, fortrolighet og godhet til krenkelser, trusler og vold.

Tilstedeværelse og tilgjengelighet over tid er viktig for etablering av tillit. Denne tilliten er nødvendig for mestring og utvikling hos pasienten/brukeren. For mange pasienter/brukere er reelt eller potensielt fravær av nære andre, f.eks. familiemedlemmer eller omsorgspersonale i langvarig relasjoner, ensbetydende med en opplevelse av svik. Erfaringsvis kan dette medføre at aggressive impulser utageres på miljøpersonalet.

Denne studien viser at tre forhold er spesielt grunnleggende for hvordan informantene erfarer og opplever sin profesjonsutøvelse. Mening og forståelse er viktig for å holde ut i krevende profesjonelle omsorgsrelasjoner. Videre er det å ha faglig rom for å møte hver pasient/bruker individuelt og slik kunne skape en unik og ekte relasjon betydningsfullt. Det tredje forholdet, å ha frihet til og bruke den tiden som den enkelte vurderer er nødvendig for å opprettholde en god nok faglig standard i konkrete situasjoner er også svært betydningsfullt for informantene.

Disse områdene kan representere et lojalitetsmessig dilemma i forhold til kollegaer. Kollegaene er viktige bl.a. for å se, bekrefte og reflektere informantene og deres erfaringer i disse emosjonelt krevende relasjonene. Strukturert veiledning kan være et forum for deling og refleksjon, men også andre arenaer som f.eks. en respektert og verdsatt leder sitt kontor eller andre kollegaer i forbindelse med vaktskifte på en avdeling. Informantene stiller seg åpen og er mentalt til stede for pasientene/brukerne. Dette berører bl.a. også personlige og private område, og informantenes sårbarhet øker.

Gode private relasjoner og et bevisst forhold til egen mentalhygiene er viktig. Fravær av følelser i ekstreme situasjoner kan være et eksempel på hvordan informantenes personlige selv aktiveres. Denne sårbarheten og det dypt personlige og ekte engasjementet representerer kjerneverdier i informantenes faglige fundament. For informantene innebærer dette at deres avmaktsopplevelse blir aktivert i et relasjonelt maktspill der informantenes profesjonelle, kroppslige og personlige avgrensning mot den andre blir uklar eller overskrides.

Denne studien bidrar etter mitt skjønn til ny og original innsikt om betydningsfulle aspekter i profesjonell omsorgsutøvelse i langvarige omsorgsrelasjoner der omsorgsyterne opplever aggresjon fra pasienter/brukere. Studien har allmenngyldig relevans i forhold til økt kunnskap og forståelse om profesjonell omsorgsyttelse og aggresjon både på personlig og samfunnsmessig nivå. Resultatet kan også bidra til en validering av krevende profesjonelt omsorgsarbeid.

7.0 Referanseliste

- Andersen, R.K., Eidset, I. 2006 *Arbeidsmiljø i hjemmetjenesten: Nullpunktsundersøkelse i forbindelse med kampanjen Rett Hjem*. Hentet 13.november 2008 fra <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download.php?tid=27856>.
- Anstorp, T., Benum, K., Jakobsen, M. (red.) 2006 *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. Universitetsforlaget. Oslo
- Antonovsky, A. 2000 *Helbredets mysterium*. Hans Reizels Forlag. København
- Bengtsson, J. 1993 *Sammanflätningar. Fenomenologi från Husserl till Merleau-Ponty*. Daidalos. Göteborg
- Benner, P., Wrubel, J. 1989 *The primacy of caring. Stress and coping in health and illness*. Addison-Wesley Publ. Comp. Menlo Park
- Bjørkly, S. 2001 *Aggresjonens psykologi. Psykologiske perspektiver på aggresjon*. Universitetsforlaget. Oslo
- Chambers, N. 1998 "We have to put up with it – don't we?" The experience of being the registered nurse on duty, managing a violent incident involving an elderly patient: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing* 27, 429 – 436
- Christensen, K. 1997 *Omsorg og arbeidde. En sosiologisk studie i den hjemmebaserte omsorg*. Dr. polit. avhandling, Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen
- Delmar, C. 1999 *Tillid og magt. En moralsk utfordring*. Munksgaard. Copenhagen
- Duxbury, J., Whittington, R. 2005 Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 50, 469 – 478
- Dørnes, I. 2006 *Sykepleiere utsettes for trusler og vold*. Intervju med forbundsleder Bente G. H. Slaatten på Norsk Sykepleierforbunds nettsider. Hentet 13.november 2008 fra <http://www.sykepleierforbundet.no/article.php?articleID=9698&categoryID=1375>
- Foucault, M. 1976 *Viljen til viten*. Det lille forlag. Fredriksberg
- Foucault, M. 1977 *Det moderne fengsels historie*. Gyldendals Fakkelseier. Oslo
- Foucault, M. (ed. Gordon, P.) 1980 *Power/knowledge. Selected Interviews & other writings*. The Harvester Press Limited, Brighton
- Foucault, M. 1988 *Selvomsorgens etik som frihedspraksis – en samtale om magt, frihed, etik og subjektivitet*. UNDR. *Nyt Nordisk Forum* 55, 25-36
- Focault, M. 1999 *Galskapens historie*. Gyldendal. Oslo
- Foucault, M. 2000 *Klinikkens fødsel*. Hans Reitzels Forlag. Copenhagen
- Halldørsdøttir, S. 1996 *Caring and uncaring encounters in nursing and health care: developing a*

- theory*. PhD-thesis Medical Dissertations No. 493 Department of Caring Sciences, Linköping University
- Hanssen, B. P., Stakseng, O., Stangeland, A., Urheim, R. 1999 *Sikkerhet og omsorg. Møte med aggresjon og vold*. Fagbokforlaget. Bergen
- Heede, D. 1992 *Det tomme menneske. Introduksjon til Michel Foucault*. Museum Tusculæums Forlag. Copenhagen
- Hellzen, O. Asplund, K., Sandman, P.O, Norberg, A. 1999 Unwillingness to be violated: carers' experiences of caring for a person acting in a disturbing manner. An interview study. *Journal of Clinical Nursing* 8, 6, 653 - 662
- Hellzen, O., Asplund 2002 Being in a fragmented and isolated world: interviews with carers working with a person with a severe autistic disorder. *Journal of Advanced Nursing* 37, 346 – 354
- Hellzen, O., Asplund, K., Sandman, P.O., Norberg, A. 2004 The meaning of caring as described by nurses caring for a person who acts provokingly: an interview study. *Scandinavian Journal of Caring Science* 18, 3-11
- Henriksen, J.O., A.J. Vetlesen 2006 *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Gyldendal Akademisk. Oslo 3.utg.
- Hem, M. H. 2008 *Mature care? An empirical study of interaction between psychotic patients and psychiatric nurses*. PhD-thesis Seksjon for helsefag, Universitetet i Oslo.
- Hem, M.H., Heggen, K. 2003 Being professional and being human: one nurse's relationship with a psychiatric patient. *Journal of Advanced Nursing* 43, 101 – 108
- Isdal, P. 2000 *Meningen med volden*. Kommuneforlaget. Oslo
- Juritzen, T. I., Heggen, K. 2006 Omsorgsmakt. Relasjonsnære sonderinger mellom makt og avmakt. *Sosiologi i dag* 36, 3, 61-80
- Kittay, E. F. 1999 *Love's labor: Essays on women, equality and dependency*. Routledge. New York
- Arbeidsprosjektet Mot trusler og vold. 2001 *Trusler og vold på arbeidsplassen*. Kommuneforlaget. Oslo
- Krøvel, B., Rund, B.R., Rør, E. (red.) 1997 *Vold og psykiatri – om forståelse og behandling*. Tano Aschehoug. Oslo
- Lystad, A. 1993 *Prosjekt arbeidsmiljø i psykiatrien*. Hovedoppgave i psykiatrisk sykepleie. Høgskolen i Oslo
- Løgstrup, K. E. 1983 *System og symbol. Essays*. Gyldendalske Boghandel, Nordisk forlag A.S. Copenhagen
- Løgstrup, K.E. 1991 *Den etiske fordring*. Gyldedalske Boghandel, Nordisk Forlag A.S. Copenhagen 2.utg.

- Løgstrup, K.E. 2000 *Den etiske fordring*. J.W. Cappelens Forlag. Oslo
- Malterud, K. 2003 *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget. Oslo
- Martinsen, K. 1984 *Sykepleiens historie. Freidige og uforsagte diakonisser. Et omsorgsyrke vokser fram 1860-1905*. Aschehoug/Tanum-Norli. Oslo
- Martinsen, K. 1996 *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*. Tano Aschehoug. Oslo
- Martinsen, K. 2002 (2000) *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget. Bergen
- Martinsen, K. 2003 *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Universitetsforlaget. Oslo 2.utg.
- Martinsen, K., Wyller, T. (red.) 2003 *Etikk, disiplin og dannelse. Elisabeth Hagemanns etikkbok – nye lesninger*. Gyldendal Akademisk. Oslo
- Martinsen, K. 2005 *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Akribe. Oslo
- Martinsen, K. 2007 Angår du meg? Etisk fordring og disiplinert godhet. I Alvsvåg, H., Forland, O. (red.). *Engasjement og læring: fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Akribe. Oslo
- Meleis, A. I. 2005 *Theoretical nursing: Development & progress*. Lippincott Williams & Wilkins. USA. 3. utg.
- Mellesdal, L. 2003 Aggression on a psychiatric acute ward: a three-year prospective study. *Psychology Report 92, 1229 - 48*
- Moland, L. 1997 *Ingen grenser? ...arbeidsmiljø og tjenesteorganisering i kommunene*. Fafo. Oslo
- Morrison, E. 1993 Toward a better understanding of violence in psychiatric settings: Debunking the myths. *Archives of Psychiatric Nursing 7, 6, 328 - 335*
- Morrison, E., Harris, D. 1995 Managing violence without coercion. *Archives of Psychiatric Nursing 9, 4, 203-210*
- Morrison, E. 1998 The culture of caregiving and aggression in psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing 12, 1, 21-31*
- Morse, J.M. 1990 Concepts of caring and caring as concept. *Advances of Nursing Science 13, 1, 1-14*
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R.J.G., Fischer, J.E., Dassen, T. 2004 Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing 49, 3, 283 - 296*
- Nolan, P., Dallender, J., Soares, J., Thomsen, S., Arnetz, B. 1999 Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *Journal of Advanced Nursing 30, 4, 934 - 941*
- Petersen, K.A., Beedholm, K. Engström, L. Gunvik-Grönbladh, I., Larson, L. (red.) 2006 *Objektiveringer. En dansk-norsk antologi om vård, omvårdnad, sygepleje, omorg og medicin – At tenke med human- og samfundsvidenskab*. ESEP: Ethos in Society, Education and Practices

- Rapport nr. 7. Uppsala Universitet
- Pulsford, D., Duxbury, J. 2006 Aggressive behavior by people with dementia in residential care settings: a review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 611 - 618
- Richter, D., Whittington, R. (eds.) 2006 *Violence in Mental Health Settings. Causes, Consequences, Management*. Springer. New York
- Rippon, T. 2000 Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing* 31, 2, 452 - 460
- Røkenes, O.H., Hanssen, P.H. 2006 *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Fagbokforlaget. Bergen. 2.utg.
- Schaaning, E. 1997 *Vitenskap som skapt viten. Foucault og historisk praksis*. Spartacus forlag. Oslo
- Schaaning, E. 2007 *Makt og viten. Tekster i utvalg*. Unipub. Oslo
- Skarpås, I., Hetle, A. 1995 *Vold og trusler mot helse- og sosialarbeidere*. Arbeidsinstituttet. Oslo
- Skau, G.M. 1998 *Gode fagfolk vokser ... personlig kompetanse som utfordring*. Cappelen Akademisk Forlag. Oslo
- Skau, G. M. 2003 *Mellom makt og hjelp. Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper*. Universitetsforlaget. Oslo. 3.utg.
- Skjervheim, H. 1996 *Deltakar og tilskoder og andre essays*. Aschehoug. Oslo.
- Statistisk Sentralbyrå 2006 *Levekårsundersøkelsen 2006. Arbeidsmiljø* Hentet 13.november 2008 fra <http://www.ssb.no/arbmiljo/tab-2007-09-20-07.html>
- Sviland, R. 2005 *Om å komme til seg selv gjennom sansning, bevegelse og forståelse*. Hovedfagsoppgave, Seksjon for fysioterapivitenskap, Universitetet i Bergen
- Thornquist, E. 2003 *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Fagbokforlaget. Bergen
- Vatne, S. 2006 *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Gyldendal Akademisk. Oslo
- Vetlesen, J., Nortvedt, P. 1994 *Følelser og moral*. Ad Notam Gyldendal. Oslo
- Watson, J. 1985 *Nursing, Human Science and Human Care, a Theory of Nursing*. Appelton Century Crofts. USA
- Aadland, E. 1997 *"Og eg ser på deg ..."* Tano Aschehoug. Oslo
- Aamodt, L.G. 2001 *Den gode relasjonen – støtte, omsorg eller anerkjennelse?* Gyldendal Akademisk. Oslo
- Aanderaa, I. 2000 *Relasjoner i teamarbeid. Et psykodynamisk perspektiv*. Gyldendal Akademisk. Oslo
- Åstrøm, S., Karlsson, S., Sandvide, Å., Bucht, G., Eisemann, M., Nordberg, A., Saveman, B.I. 2004 Staff's experience of ant the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian Journal*

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Meldeskjema til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Vedlegg 1

Informasjonsskriv

Bergen 12.01.2008

Til deg som har opplevd å bli utsatt for trusler og vold i arbeidssammenheng.

Vinteren 2007 - 2008 gjennomfører jeg datainnsamling (muntlige dybdeintervjuer) for mitt mastergradsprosjekt ved Universitetet i Bergen, seksjon for sykepleievitenskap. Navnet på prosjektet er:

Å gi omsorg og ta i mot aggresjon.

Profesjonelle omsorgsyteres opplevelser og erfaringer med å yte omsorg og ivareta en omsorgsfull relasjon til pasienter/klienter/brukere/beboere med aggresjonsproblematikk.

Prosjektet fokuserer på opplevelser og erfaringer til miljøpersonalet som yter omsorg til mennesker med aggresjonsproblematikk, der utfordringen er fortsatt å opprettholde en omsorgsfull relasjon til pasient/bruker/klient/beboer etc. etter at det enkelte miljøpersonalet har vært utsatt for aggresjon/vold fra den hun/han yter omsorg til.

Jeg henvender meg derfor til miljøpersonale ved arbeidsplasser der jeg har kjennskap til at aggresjonsproblematikk kan forekomme. Det er for eksempel boliger, sosialkontor, sykehus og sykehjem.

Hvis du er en av mange profesjonelle omsorgsytere som har opplevd å bli utsatt for trusler og vold i arbeidssituasjonen, kan du tenke deg å delta i dette forskningsprosjektet?

Les mer av informasjonen under, og dersom du er interessert kan du ta kontakt med meg. Telefonnummer og mailadresse står nederst i brevet.

Bakgrunn for prosjektet

Jeg er psykiatrisk sykepleier og student ved Medisinsk Fakultet, Seksjon for sykepleievitenskap. Jeg er også ansatt på Høgskolen i Bergen, ved Institutt for videreutdanning. Tidligere har jeg arbeidet med mennesker med rusavhengighet og psykiske lidelser.

Både nasjonalt og internasjonalt er arbeidstakere utsatt for aggresjonsproblematikk i sin yrkesutøvelse. Ansatte i offentlig sektor er særlig utsatt. Yrkesgrupper innen helse – og sosialfag, skole, kriminalomsorg og politi må i sin yrkesutøvelse i mange sammenhenger forholde seg til trusler, aggresjon og vold.

Gjennom grunnutdanningene lærer vi om omsorgens innhold og den ideelle nærhetsetikken. Den ideelle profesjonsetikken og omsorgsidealene kan oppleves om et fjernt og kanskje uoppnåelig ideal i hverdagens håndfaste og plutselige her-og-nå-utfordringer.

Møtet med virkeligheten kan derfor bli vanskelig for mange. Formidlingen av andres opplevelse og erfaringer med å gi omsorg under utfordrende forhold vil kunne nyansere forventninger og kanskje gi innspill til en mer systematisk kompetanseoppbygging innen feltet.

Hensikten

Dette prosjektet kan bidra til å synliggjøre hverdagens utfordringer for miljøarbeidere og miljøterapeuter som har en utfordrende arbeidssituasjon i forhold til pasienter/klienter/brukere/beboere med aggresjonsproblematikk.

Å løfte fram medarbeideres opplevelser i tillegg til den allerede eksisterende statistikk og rapportering over hva denne problematikken koster samfunnsøkonomisk kan forhåpentligvis også på sikt bidra til at planlegging av den tekniske og arkitektoniske utformingen av boliger, avdelinger og institusjoner etc. går hånd i hånd med omsorgsfaglige og relasjonelle behov. Veileder er Venke A. Johansen fra Ressurscenter om vald, traumatisk stress og sjølvmoordsførebygging i Vest (RVTS).

Praktisk

Gjennom muntlige dybdeintervjuer søker jeg beskrivelser av hver enkelt sine opplevelser og erfaringer. Den unike meningen og mangfoldet vektlegges. Dine erfaringer og refleksjoner vil være verdifulle bidrag til arbeidet med denne undersøkelsen.

Intervjuet er beregnet til å vare 1-1,5 timer. I tillegg bruker vi litt tid innledningsvis og avslutningsvis, så det er fint om du har litt god tid.

Intervjuet vil bli tatt opp på en digital diktafon dersom du tillater det. Opptaket vil bli utskrevet av meg, og de vil bli slettet så snart prosjektet er ferdig.

Hvorvidt intervjuet skal gjennomføres på mitt kontor eller om du foretrekker et annet sted og et tidspunkt som passer, avtaler vi nærmere. Det viktigste er at vi er skjermet for avbrytelser og støy. Stikkontakter må være tilgjengelig.

Etikk

Deltakelse i prosjektet er selvfølgelig frivillig, og dersom du ønsker å trekke deg underveis er det mulig å gjøre uten å måtte gi noen begrunnelse for et slikt valg. Alle opplysninger som kan tilbakeføres til deg som person vil være anonymisert ved publisering. Alle opplysninger som kan identifisere deg eller ditt arbeidssted anonymiseres. Dersom du velger å ikke delta underveis i undersøkelsen vil anonymisering gjøres med en gang. Videre er det viktig å understreke at jeg har taushetsplikt. Deltakerne skriver under på vedlagte samtykkeskjema.

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Vest-Norge er kontaktet med henblikk på eventuell godkjenning av prosjektet. Undersøkelsen er ikke ansett som etisk problematisk i og med at bare yrkesutøvere skal intervjues angående faglige spørsmål.

Prosjektet er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste ved datafaglig sekretariat.

Ring gjerne dersom du har spørsmål.

Dersom jeg får positiv tilbakemelding på denne forespørselen, vil jeg ta kontakt for å avtale tidspunkt for intervju. På forhånd takk!

Beste hilsen:
Hilde M. Løseth
Spesialsykepleier
Masterstudent

Adresse:
Strimmelen 20
5097 Bergen

Telefon:
916 28 431
Hjem: 55 27 16 58
Arbeid: 55 58 78 76

Mail:
hml@hib.no

Vedlegg 2

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg ønsker å delta i prosjektet:

Å gi omsorg og ta i mot aggresjon.

Profesjonelle omsorgsyteres opplevelser og erfaringer med å yte omsorg og ivareta en omsorgsfull relasjon til pasienter/klienter/brukere/beboere med aggresjonsproblematikk.

Jeg har lest informasjonsskrivet og er inneforstått med at jeg når som helst kan trekke meg uten å måtte oppgi noen grunn.

Dato:

Underskrift:

Vedlegg 3

Meldeskjema¹

for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt
(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Meldeskjema sendes per post, e-post eller faks, i ett eksemplar, til:

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
Personvernombudet for forskning
Harald Hårfagres gate 29
5007 BERGEN

personvemombudet@nsd.uib.no / Telefaks: 55 58 96 50 / Telefon: 55 58 21 17

Vennligst les veiledning bakerst

1. PROSJEKTTITTEL			
Å gi omsorg og ta i mot aggresjon. Profesjonelle omsorgsyteres opplevelser og erfaringer med å yte omsorg og ivareta en omsorgsfull relasjon til pasienter/klienter/brukere/beboere med aggresjonsproblematikk.			
2. BEHANDLINGSANSVARLIG INSTITUSJON^{II}			
Institusjon: Universitetet i Bergen			
Adresse: Harald Hårfagresgt. 1 Postboks 7804		Postnr. 5020	Poststed: Bergen
3. DAGLIG ANSVAR^{III}			
Navn (fornavn - etternavn): Venke A. Johansen			
Institusjon: Universitetet i Bergen			
Arbeidssted (avdeling/seksjon/institutt) Institutt for samfunnsmedisinske fag Seksjon for sykepleievitenskap		Akademisk grad/utdanning Cand. Polit. Spesialsykepleier	Stilling Stipendiat
Adresse – arbeidssted: Postboks 7804		Postnr.: 5020	Poststed: Bergen
Telefon: 5558 6164	Telefaks: 5558 6130	Mobil:	E-postadresse: Venke.Johansen@isf.uib.no
4. VED STUDENTPROSJEKT^{IV} (studiested må alltid være samme som arbeidssted til daglig ansvarlig)			
Navn (fornavn - etternavn) på studenten: Hilde Margit Løseth			
Studiested (avdeling/seksjon/institutt): Institutt for samfunnsmedisinske fag Seksjon for sykepleievitenskap		Akademisk grad/utdanning: Mastergradstudent Spesialsykepleier	
Adresse – privat: Strimmelen 20		Postnr.: 5097	Poststed: Bergen

Telefon: 55271658	Telefaks:	Mobil: 91628431	E-postadresse: hml@hib.no
5. FORMÅL MED PROSJEKTET			
<i>Problemstillinger, forskningsspørsmål, eller lignende.</i>	<p><i>Hvordan oppleves og erfares det for miljøpersonalet å bli utsatt for aggresjon til pasienter/brukere/klienter/beboere i utøvelsen av daglig omsorg?</i></p> <p><i>Hvordan oppleves og erfares det for miljøpersonalet og fortsatt skulle opprettholde en omsorgsfull relasjon etter aggressive hendelser?</i></p>		
6. PROSJEKTOMFANG			
<input checked="" type="checkbox"/> Enkelt institusjon <input type="checkbox"/> Nasjonal multisenterstudie <input type="checkbox"/> Internasjonal multisenterstudie Angi øvrige institusjoner som skal delta:			
7. UTVALGSBESKRIVELSE^v			
<i>Beskrivelse av utvalget</i> <i>Gi en kort beskrivelse av hvilke personer eller grupper av personer som inngår i prosjektet (f.eks. skolebarn, pasienter, soldater, personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse).</i>	<p>Seks miljøarbeidere som har opplevd aggresjon fra voksen aggressor i arbeidssammenheng.</p> <p>Utvalget vil være valgt basert på ønske om å få belyst problemstillingen fra profesjonelle omsorgsytere som arbeider med forskjellige pasienter/klienter/brukere i ulike settinger og på arbeidsplasser av forskjellig type.</p> <p>Informantene er voksne arbeidstakere med utdanning innen helse- og sosialfag. Minimum helse- eller sosialfaglig yrkesutdanning som omsorgsarbeider, hjelpepleier og maksimum profesjonsutdanning og eventuelt videreutdanning fra høyskole.</p> <p>Informantene skal derfor ha tverrfaglig tilnærming og ulik erfaringsbakgrunn. Det betyr at de kan arbeide både i institusjon, bolig eller i hjemmebaserte tjenester. Samtidig er det viktig at alle arbeider i turnus og direkte med voksne pasienter/klienter/brukere.</p> <p>Ved tidspunktet for intervjuet skal informanten ha profesjonelle omsorgserfaring fra et arbeidsmiljø der informanten har opplevd aggresjon fra voksen aggressor.</p>		
<i>Rekruttering og trekking</i> <i>Oppgi hvordan utvalget rekrutteres og hvem som foretar rekrutteringen/ trekkingen.</i>	<p>For å rekruttere informanter vil jeg telefonisk kontakte avdelingsleder på arbeidsplasser der jeg har kjennskap til at aggresjonsproblematikk kan forekomme. Det vil være hjemmebaserte tjenester, boliger, sosialkontor, sykehus og sykehjem.</p> <p>Jeg vil informere om prosjektet muntlig og sende skriftlig informasjon i tillegg med kontaktopplysninger for å ta kontakt med prosjektleder. Samtykke-erklæring vil legges ved som del av informasjonen.</p> <p>Personalleder informerer turnuspersonalet om prosjektet og gir den skriftlige informasjonen videre til den som gruppe. Interessert personale må deretter individuelt ta kontakt med prosjektleder.</p>		
<i>Førstegangskontakt</i> <i>Oppgi hvem som oppretter førstegangskontakt med utvalget.</i>	Hilde M. Løseth (Prosjektleder)		
<i>Oppgi alder på utvalget</i>	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)		
<i>Antall personer som inngår i utvalget.</i>	8		
8. INFORMASJON OG SAMTYKKE^v			
<i>Informasjon</i> <i>Oppgi hvordan</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Det gis skriftlig informasjon (legg ved kopi av informasjonsskriv).		

<p>informasjon til respondenten gis. NB. Se veiledning for krav til informasjon.</p>	<p>Beskriv hva det informeres om. Bakgrunn og rammer, hensikt, tema, metode, konfidensialitet og anonymisering, oppbevaring av informasjon, bruk av informasjon.</p> <p>Mulighet for tilbakemelding om ferdig prosjekt om ønskelig.</p> <p>Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Vest-Norge er kontaktet med henblikk på eventuell godkjenning av prosjektet. Med utgangspunkt i tilsvarende informasjon som er i gitt i denne søknad var tilbakemeldingen at det ikke var grunnlag for å sende søknad til REK. Undersøkelsen er ikke ansett som etisk problematisk i og med at bare yrkesutøvere skal intervjues angående faglige spørsmål.</p> <p>At prosjektet er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste ("Datatilsynet").</p> <p><input type="checkbox"/> Det gis ikke informasjon. Forklar hvorfor det ikke gis informasjon.</p>
<p><u>Samtykke</u> Innhentes samtykke fra den registrerte? NB. Se veiledning for krav til samtykke.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja Oppgi hvordan samtykke innhentes (legg ved ev. kopi av samtykkeerklæring). Samtykke innhentes ved underskrift fra informant på eget skriv.</p> <p><input type="checkbox"/> Nei Gi en redegjørelse for hvorfor det anses nødvendig å gjennomføre prosjektet uten samtykke fra respondenten.</p>
<p>9. METODE FOR INNSAMLING AV PERSONOPPLYSNINGER^{vii}</p>	
<p><i>Gi en kort beskrivelse av alle datainnsamlingsmetoder og datakilder som skal benyttes.</i></p>	<p>Forutsatt innvilgelse fra informantene vil jeg foreta personlige muntlige dybdeintervju med varighet på ca 1 1/2 time.</p> <p>Intervjuet tas i sin helhet opp på minidisc eller bånd.</p> <p>Feltnotater: jeg noterer ned underveis og direkte etter hvert intervju inntrykk, refleksjoner underveis, tank fra litteratur etc., dvs. alt jeg mener har betydning for å best mulig dokumentere forbindelsen mellom intervjuet og analysen.</p> <p>Intervjuene transkriberes av meg selv snarest mulig etter det enkelte intervju er gjennomført til skriftlige data på egen PC.</p> <p>Feltnotatene skrives inn på samme måte og oppbevares sammen med intervjuet.</p>
<p>10. DATAMATERIALETS INNHOLD^{viii}</p>	

<p><i>Gjør kort rede for hvilke opplysninger som skal samles inn.</i></p> <p><i>Legg ved spørreskjema, intervjuguide, registrerings-skjema e. a., som foreligger ferdig utarbeidet eller som utkast.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Omsorg som fenomen og anvendelse i klinisk praksis i tilknytning til mennesker med aggresjonsproblematikk • Aggresjon versus trygghet og helse • Ethiske dilemmaer • Betydning av arbeidsmiljø 	
<p><i>Behandles det sensitive personopplysninger?</i></p>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	<p>Hvis ja, oppgi hvilke:</p> <input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning. <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling. <input type="checkbox"/> Helseforhold. <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold. <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger.
<p><i>Behandles det opplysninger om tredjeperson?</i></p>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	<p>Hvis ja, hvordan blir tredjeperson informert om behandlingen?</p> <input type="checkbox"/> Får skriftlig informasjon. <input type="checkbox"/> Får muntlig informasjon. <input type="checkbox"/> Blir ikke informert.
<p>11. INFORMASJONSSIKKERHET^x</p>		
<p><i>Merk av identifikasjonsopplysninger.</i></p>	<input type="checkbox"/> Direkte personidentifiserende opplysninger <input checked="" type="checkbox"/> Indirekte personidentifiserende opplysninger	<p>Oppgi hvilke:</p> <input type="checkbox"/> Navn, adresse, fødselsdato <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <p>Oppgi hvilke:</p> <p>Kjønn, alder. Profesjonsutdanning og type arbeidssted (ikke navn på arbeidsstedet). Lengde på arbeidsforholdet. Stilling.</p>
<p><i>Dersom datamaterialet behandles elektronisk, oppgi hvordan direkte person-identifiserbare opplysninger (navn, 11-sifret fødsels-nummer) registreres.</i></p>	<input type="checkbox"/> Direkte personidentifiserende opplysninger (<i>spesifiser hvilke over</i>) erstattes med et referansenum som viser til en manuell/elektronisk navneliste som oppbevares atskilt fra det øvrige datamaterialet <p>Oppgi hvordan koblingsnøkkelen lagres og hvem som har tilgang til denne.</p>	
	<input type="checkbox"/> Direkte personopplysninger lagres sammen med det øvrige materialet. <p>Oppgi hvorfor det er nødvendig med oppbevaring av direkte identifikasjonsopplysninger sammen det øvrige datamaterialet:</p>	
	<input type="checkbox"/> Annet <p>Spesifiser:</p>	
<p><i>Hvordan skal datamaterialet registreres og oppbevares?</i></p> <p><i>Sett flere kryss dersom</i></p>	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert pc tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Pc i nettverksystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Pc i nettverksystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten	<input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Manuelt/papir <input type="checkbox"/> Annet: <p>Hvis annen lagring, beskriv nærmere: Egen flyttbar lagringsenhet ("minnepinne") som</p>

opplysninger registreres flere steder.	<input type="checkbox"/> Isolert privat pc <input checked="" type="checkbox"/> Privat pc tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi	sikkerhetslagring.
Sikring av konfidensialitet.	Beskriv hvordan datamaterialet er beskyttet mot at uvedkommende får innsyn i opplysningene? Privat PC i eget hjem. Passordbeskyttet. Kun prosjektleder som bor i hjemmet og har tilgang til privat PC Feltnotatene og intervjuene oppbevares i låst rom i eget hjem og transkriberes til egen PC snarest. Papir elektronisk material slettes deretter. Flyttbar lagringsenhet oppbevares i låst rom hjemme hos prosjektleder.	
Vil prosjektet ha prosjekt-medarbeidere som skal ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Oppgi hvilke:
Innhentes personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, beskriv hvilke opplysninger og hvilken form de har.
Overføres personopplysninger over eksterne nettverk (som Internett)?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, beskriv i hvilken situasjon dette gjøres og hvilken form opplysningene har.
Vil personopplysninger bli utlevert til andre?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, til hvem?
12. VURDERING/GODKJENNING AV ANDRE INSTANSER*		
Er prosjektet fremleggelses-pliktig for Regional komité for medisinsk forskningsetikk?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Vest-Norge er kontaktet med henblikk på eventuell godkjenning av prosjektet. Med utgangspunkt i tilsvarende informasjon som er gitt i denne søknaden, var tilbakemeldingen at det ikke var grunnlag for å sende søknad til REK. Undersøkelsen er ikke ansett som etisk problematisk i og med at bare yrkesutøvere skal intervjues angående faglige spørsmål.
Dersom det anvendes biologisk materiale, er det søkt Regional komité for medisinsk forskningsetikk om opprettelse av forskningsbiobank?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse.
Er det nødvendig å søke om dispensasjon fra taushetsplikt for å få tilgang til data?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse.
Er det nødvendig med melding til Statens legemiddelverk?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tillatelse.
Andre	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Angi hvem.
13. PROSJEKTPERIODE^x		
Oppgi tidspunkt for når datainnsamlingen starter – <u>prosjektstart</u> samt tidspunkt når behandlingen av personopplysninger opphører –	Prosjektstart: 15.16.2007 Prosjektslutt: 31.08.2008	

<u>prosjektslutt.</u>	
Gjør rede for hva som skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt.	<p><input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet skal anonymiseres.</p> <p>Gi en redegjørelse for hvordan datamaterialet anonymiseres.</p> <p>Alle opplysninger som kan identifisere arbeidsplass og informant slettes. Kjønn, alder, stillingstype og type arbeidssted beholdes, for eksempel: hjelpepleier, kvinne, 25, demensavdeling på sykehjem.</p> <p><input type="checkbox"/> Datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon</p> <p>Hvor skal datamaterialet oppbevares?</p> <p>Gi en redegjørelse for hvorfor datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon.</p>
14. FINANSIERING	
Private midler.	
15. TILLEGGSOPPLYSNINGER	
16. ANTALL VEDLEGG	
Oppgi hvor mange vedlegg som legges ved meldeskjemaet.	Utkast til intervjuguide, informasjonsbrev, samtykkeerklæring.

i Meldeskjema skal sendes personvernbudet dersom:

1. Det skal foretas behandling av personopplysninger som helt eller delvis skjer med elektroniske hjelpemidler og /eller
2. Det skal opprettes et manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger.

Med personopplysninger forstås opplysninger og vurderinger som direkte eller indirekte kan knyttes til en enkeltperson. Fotografier, bildeopptak og stemmer på lydopptak kan også anses som personopplysninger.

Direkte identifiserende opplysninger: En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer eller andre personentydige kjennetegn.

Indirekte personidentifiserende opplysninger: En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller institusjonstilknytning kombinert med opplysninger om alder, kjønn, yrke, diagnose, etc. Også opplysninger som registreres med et referansenummer som viser til en atskilt liste med for eksempel navn eller personnummer, er indirekte personopplysninger, uansett hvem som oppbevarer navnelisten, hvor den oppbevares og hvordan den oppbevares.

Med **sensitive opplysninger** menes opplysninger om rasemessig eller etnisk bakgrunn, politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning, at en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling, helseforhold, seksuelle forhold, medlemskap i fagforeninger.

ii Behandlingsansvarlig institusjon

Her føres opp arbeidsstedet til daglig ansvarlig. Det er institusjonens ledelse som har et overordnet ansvar for at personopplysningslovens bestemmelser blir fulgt.

iii Daglig ansvar

Her skal oppføres navn på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. For studentprosjekter oppføres faglig veileder. Faglig veileder og student må være tilknyttet samme institusjon.

iv Studentprosjekt

Feltet fylles ut dersom behandlingen av personopplysningene gjennomføres som et studentprosjekt.

v Utvalgsbeskrivelse

Beskrivelse

Her skal det gis en beskrivelse av hvem som deltar i undersøkelsen. Eksempler er; et representativt utvalg av befolkningen, barn, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte, organisasjonsmedlemmer, personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse. Dersom utvalget har kjennetegn som er spesielt for utvalget, gjøres dette rede for.

Rekruttering og trekking

Gjør rede for hvordan utvalget trekkes, fra bestemte registre (for eksempel Folkeregisteret, pasientregister, registre ved sosialkontor), rekrutteres fra et eller flere miljø (for eksempel bedrifter, skoler, idrettsmiljø eller eget nettverk) eller om det er andre måter forsker skal komme i kontakt med eller få tak i dem som utgjør utvalget i prosjektet. Gjør også rede for hvem som foretar trekkingen/rekrutteringen.

Førstegangskontakt

Førstegangskontakt er første gang utvalget blir kontaktet og får kjennskap til prosjektet. Oppgi hvem det er som oppretter førstegangskontakt, for eksempel lærer, behandlende lege, prosjektleder.

vi Informasjon og samtykke

Her skal det beskrives hvordan informasjon til utvalget blir gitt, det vil si om informasjonen blir gitt skriftlig eller muntlig, og hvilket medium som benyttes, for eksempel brev, e-post, telefon, avis, tidsskrift eller ansikt-til-ansikt. Dersom informasjonen gis skriftlig, skal informasjonsskriv eller utkast til informasjonsskriv, legges ved meldeskjemaet. Dersom informasjonen gis muntlig, skal det oppgis hvilken informasjon som vil bli gitt.

Den følgende liste av momenter er veiledende. Hensikten med malen er å gi et hjelpemiddel som gjør at de på en enkel måte skal kunne utforme informasjon som inneholder de opplysninger som etterspørres, men innholdet må selvfølgelig tilpasses og vurderes i forhold til hvert enkelt prosjekt.

- Prosjektets formål/prosjektets tittel. Innledning med forespørsel om deltakelse.
- Navn og adresse til forsker eller til student og veileder dersom studentprosjekt.
- Hvilke opplysninger som innhentes, og hvor de innhentes fra (pasientjournal, intervjuer, SSB etc.)
- Hvilke metoder som skal benyttes for å innhente opplysninger og hva disse innebærer for deltageren.
- Hva opplysningene om respondentene konkret skal brukes til.
- Konfidensialitet, oppbevaring, eventuell gjenbruk av data. Det skal opplyses om i hvilken form opplysningene lagres (direkte personidentifiserbare eller aidentifiserte). Dersom det er mulig å spore opplysningene tilbake til vedkommende, for eksempel ved hjelp av et kodennummer, skal begrepet aidentifisert brukes, ikke anonymisert. Data som inneholder identifiserbare bakgrunnsopplysninger eller stemmer/bilder er heller ikke anonyme.
- Angivelse av prosjektets varighet, samt hva som skjer med personopplysningene etter prosjektets avslutning; sletting, anonymisering eller lagring i påvente av eventuell oppfølging. Når eventuelle lydbandopptak og andre personopplysninger vil slettes. Ev. endelig dato for anonymisering.
- Understreking av at deltakelse er frivillig og at et samtykke kan trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt uten at man må oppgi grunn. For pasienter og andre i avhengighetsforhold må det opplyses om at det ikke får innvirkning på deres forhold til behandlere eller andre, dersom de ikke vil delta i studien.
- At forsker er underlagt taushetsplikt og at data behandles konfidensielt.
- At prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Dersom prosjektet er konsesjonspliktig skal det i tillegg eller i stedet angis at prosjektet er innvilget konsesjon av Datatilsynet. For prosjekter som er fremleggelsespliktige for REK skal de stå at prosjektet er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

Samtykke, dersom en benytter skriftlig samtykke, skal følge i teksten etter informasjonen, f.eks. slik: "Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og er villig til å delta i studien," med plass for signatur og dato.

I noen tilfeller er det også relevant å oppgi informasjon om følgende:

- Hvem som finansierer prosjektet (for eksempel et legemiddelfirma, NFR).
- At det opprettes forskningsbiobank etter tilråding fra REK og godkjennelse fra Sosial- og helsedirektoratet.
- Hvorvidt personopplysninger og/eller biologiske prøver skal overføres til utlandet, og i så tilfelle hvor og hvorfor.
- At foresatte/verge har rett til å på forhånd se spørreskjema/intervjuguide som skal forelegges en umyndig.
- Hvorvidt personopplysninger skal utleveres til andre, og i så tilfelle til hvem

Se for øvrig <http://www.etikkom.no/REK/forskerportal/infoskriv> for en mer detaljert mal som først og fremst gjelder helsefaglige prosjekter.

Innhentes det samtykke fra den registrerte?

For å kunne svare ja på dette spørsmålet, må samtykket være en **frivillig, uttrykkelig og informert** erklæring fra den registrerte om at han eller hun godtar behandling av personopplysninger om seg selv.

At samtykket skal være **frivillig**, betyr at det ikke må være avgitt under noen form for tvang fra den som retter forespørselen eller andre involverte aktører. Vær oppmerksom på at måten kontakten blir opprettet på, kan få betydning for om samtykket kan vurderes som frivillig. Dette spørsmålet må ses i sammenheng med maktforholdet mellom den som retter forespørselen og den som blir forespurt, for eksempel i relasjonen mellom saksbehandler og klient. Hvordan prosjektet blir presentert, kan også tilsløre frivillighetsaspektet, for eksempel ved at deltakelse i forskningsprosjektet framstår som en videreføring eller utvidelse av et eksisterende behandlingstilbud.

At samtykket skal være **uttrykkelig**, betyr at det ikke skal herske noen tvil om at det avgis samtykke. Et passivt samtykke er derfor ikke et uttrykkelig samtykke i lovens forstand. Et passivt samtykke betyr at den forespurte ikke gjør en aktiv handling som tilsier at hun eller han ønsker å være med i forskningsprosjektet. Retur av

spørreskjema vil være å betrakte som et uttrykkelig og aktivt samtykke.

At samtykket skal være **informert**, betyr at den registrerte skal gis tilstrekkelig informasjon til at vedkommende vet hva det samtykkes til. Informasjonen må imidlertid ikke være så detaljert at det virker forvirrende eller at fokus flyttes fra det som faktisk kan true personvernet. I prosjekt der det deltar personer med norsk som andrespråk, bør informasjonen så langt det lar seg gjøre, gis på morsmålet. Informasjonen bør som hovedregel gis skriftlig. Muntlig informasjon kan supplere eller erstatte den skriftlige informasjon.

Loven stiller ikke krav til formen på samtykket, dvs. om det skal være skriftlig eller muntlig. Et skriftlig samtykke vil likevel være å foretrekke for å kunne sannsynliggjøre i ettertid at samtykke faktisk er innhentet. Samtykke som er gitt elektronisk er å betrakte som et skriftlig samtykke. Det finnes imidlertid tilfeller der muntlig samtykke vil være å foretrekke, for eksempel dersom det er sannsynlig at deltakerne på bakgrunn av sin alder, kulturelle tilhørighet eller lignende, vil oppfatte et skriftlig samtykke som en kontrakt som ikke kan brytes.

Samtykket skal i utgangspunktet gis av den registrerte selv.

For mindreårige og umyndiggjorte skal samtykke som hovedregel innhentes fra foresatte eller verge. For personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse skal det i størst mulig grad gis tilpasset informasjon. Pårørende og/eller verge/hjelpeverge skal informeres, om mulig, og hvis de har innvendinger, skal dette respekteres. I de tilfeller hvor personen har vært midlertidig inkompetent (for eksempel bevisstløs) skal han eller hun informeres i ettertid og gis muligheter til å fortsette eller trekke seg, dersom dette er relevant.

Det innhentes samtykke

Dersom det svares ja på spørsmålet om samtykke innhentes, skal det oppgis hvordan frivillighetsaspektet er ivare tatt og på hvilken måte samtykke innhentes, for eksempel skriftlig erklæring, muntlig erklæring, retur av spørreskjema.

Det innhentes ikke samtykke

Dersom det svares nei på spørsmålet om samtykke, skal det gis en redegjørelse for hvorfor behandlingen er av en så stor allmenn og/eller samfunnsmessig interesse at behandlingen overstiger ulempene for enkeltindividet. Det skal videre oppgis hvorfor det ikke lar seg gjøre å innhente samtykke. Dette kan for eksempel være fordi det praktisk ikke lar seg gjøre eller at det er så store etiske betenkeligheter knyttet til det å innhente samtykke. Begrunnelsene må være konkrete. Dersom det benyttes andre former for samtykke, for eksempel generelt samtykke, passivt samtykke, stedfortredende samtykke, samtykke innhentet etter at behandlingen har funnet sted eller dispensasjon fra taushetsplikten, skal dette oppgis her.

vii Metode for innsamling av personopplysninger

Personopplysningene kan innhentes på flere måter. De kan innhentes direkte fra den registrerte gjennom for eksempel personlig intervju, postale spørreskjema, deltakende observasjon, medisinske undersøkelser/tester. Personopplysninger kan også innhentes fra eksisterende registre (for eksempel Krefregisteret, Medisinsk fødselsregister) eller ved dokumentgjennomgang (for eksempel sakspapirer hos PPT, sykejournaler etc.). Ofte kombineres ulike metoder. **Husk å oppgi alle kilder til informasjon om personene som inngår i utvalget.**

viii Datamaterialets innhold

Opplysninger om tredjeperson

Med *opplysninger om tredjeperson* menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på opplysninger om tredjeperson er opplysninger om spesifiserte familiemedlemmer til en registrert, som mor, far, onkel, bestemor.

ix Informasjonssikkerhet

Med informasjonssikkerhet forstås en dokumentasjon av informasjonssystemet og sikkerhetstiltakene. Dette tilsvarer en beskrivelse av bl.a. hvordan datamaterialet registreres og oppbevares, sikring av konfidensialitet, tekniske tiltak (passordbeskyttelse, oppbevaring av direkte identifiserende personopplysninger og aidentifiserte opplysninger atskilt og automatisk nedkobling av skjermbilder med personinformasjon).

Definisjon av personopplysninger

Direkte personidentifiserende opplysninger er opplysninger som direkte kan identifisere den registrerte. Navn og 11-sifret fødselsnummer regnes som direkte personidentifiserbare opplysninger.

Indirekte personidentifiserende opplysninger er opplysninger som kan identifisere den registrerte uavhengig av om dataene er tilknyttet direkte personidentifiserbare opplysninger. Eksempler på variabler som indirekte kan

være med å identifisere deltakerne, er bruk av bosted sammen med alder, kjønn og eventuelt diagnose, yrke, idrettsaktivitet. Andre eksempler som kan medføre at en registrert er indirekte identifiserbar, er spesifisering av for eksempel organisasjonstilhørighet, arbeidsplass, sykehus og avdeling, kirke- eller moskétilhørighet sammen med ulike bakgrunnsvariable. Også opplysninger som registreres med et referansenummer som viser til en atskilt liste med for eksempel navn eller personnummer, er indirekte personopplysninger.

Direkte personidentifiserende opplysninger bør ikke registreres sammen med det øvrige datamaterialet. Dersom det er nødvendig å registrere opplysningene sammen med de direkte personidentifiserbare opplysningene, skal det gis en begrunnelse for det.

Sikring av konfidensialitet

Daglig ansvarlig/veileder og/eller studenten plikter å holde oversikt over hvilke personopplysninger som skal behandles med elektroniske hjelpemidler og som må sikres spesielt mot at uvedkommende får adgang til dem. Den behandlingsansvarlige skal også vurdere sannsynligheten for at sikkerhetsbrudd kan forekomme: Er f.eks. pc-tilgangen beskyttet med brukernavn og passord og står pc-en i et låsbart rom? Videre skal den behandlingsansvarlige vurdere hvilken skade det vil volde den registrerte dersom sikkerhetsbrudd inntreffer: Kan sikkerhetsbrudd f.eks. føre til tap av personlig integritet eller anseelse? Vurderingene som gjøres skal dokumenteres.

Overføres personopplysningene i eksternt datanett?

Med dette menes om personopplysningene skal samles inn eller overføres til andre gjennom eksternt datanett, f.eks. via e-post fra respondenten.

*** Vurdering/godkjenning av andre instanser**

All medisinsk forskning som involverer mennesker (inkludert personopplysninger og humant materiale) skal fremlegges for en **regional komité for medisinsk forskningsetikk**, www.etikkom.no

For å få utlevert taushetsbelagte opplysninger fra offentlige forvaltningsorgan, sykehus, trygdekontor, sosialkontor m.m., må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Søknad om utlevering av helseopplysninger rettes til Sosial- og helsedirektoratet.

Det skal sendes melding til Statens legemiddelverk ved utprøving av legemidler. Statens legemiddelverk vurderer meldinger om klinisk utprøving i henhold til Forskrift om klinisk utprøving av legemidler til mennesker av 24.9.2003.

^{xi} Prosjektperiode

Dersom datamaterialet skal anonymiseres etter prosjektslutt skal alle personopplysninger, både direkte og indirekte, slettes eller skrives om/kategoriseres, slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner i datamaterialet. Data kan oppbevares med personidentifikasjon etter prosjektslutt i påvente av eventuelle oppfølgingsundersøkelser og for historiske, statistiske og vitenskapelige formål. Hovedregel for lagring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte. Det må videre gis konkrete begrunnelser for hvorfor data skal lagres med personidentifikasjon og om dette vil medføre noen ulemper for den registrerte. Dersom lagringen av personopplysningene ikke skal baseres på samtykke setter personopplysningsloven strengere krav til nødvendigheten av lagringen. Dersom det ikke skal innhentes samtykke til lagringen, skal det gis en redegjørelse for hvorfor lagringen er av en så stor samfunnsmessig interesse at den overstiger ulempene for enkeltindividet, og hvorfor det ikke skal innhentes samtykke. NSD arkiverer data fra forskningsprosjekt innen samfunnsvitenskap, humaniora, psykologi, medisin og helsefag. Data som er egnet for arkivering hos NSD, er anonyme kvantitative data lagret på diskett eller CD samt kvantitative og kvalitative persondata.