



UNIVERSITETET I
NORDLAND

**Å VÆRE BEVEGELIG BERØRT TILSTEDE I
DEN LIDENDES PSYKOSE**

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

[Warholm, Lisabet]

EKSAMEN	
Emnekode: SY180H 000	Dato: 25.04.12
Kandidatnr: 286	Antall ord: 8973
	Totalt antall sider: 34

Avdeling for sykepleieutdanning

Universitetet i Nordland



INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	s. 3
1.1	Presentasjon og begrunnelse av tema og problemstilling	s. 3
1.2	Avgrensning og presisering av problemstilling.....	s. 3
1.3	Oppgavens hensikt	s. 4
1.4	Oppgavens oppbygging	s. 4
1.5	Begrepsavklaring	s. 5
2.0	METODE	s. 6
2.1	Litteraturstudium	s. 6
2.2	Presentasjon av litteratur og kildekritikk.....	s. 7
2.3	Kildesøk	s. 8
3.0	PSYKOSEBEGREPET	s. 10
3.1	Begrunnelse for innfallsvinkel	s. 10
3.2	Å erfare en psykose	s. 10
3.3	Psykosebegrepet	s. 13
4.0	KARI MARTINSENS OMSORGSTEORI	s. 15
4.1	Det faglige skjønnet	s. 15
4.2	Å se med hjertes øye	s. 18
5.0	DRØFTING	s. 20
5.1	Det oppmerksomme nærvær	s. 20
5.2	Forståelsen av den lidende	s. 23
5.3	Å være sanselig åpen	s. 25
5.4	Møte med den andre	s. 28
6.0	AVSLUTNING	s. 31
7.0	LITTERATURLISTE	s. 33

1.0 INNLEDNING

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Da jeg først skulle begynne å skrive denne oppgaven, hadde jeg i utgangspunktet formulert meg en helt annen problemstilling. Jeg hadde skrevet en prosjektplan som gikk ut på at jeg ville skrive om *tillit* i relasjon mellom sykepleier og psykotisk pasient.

Etter hvert som jeg begynte å skrive merket jeg meg at jeg opplevde det som vanskelig å skulle argumentere og reflektere rundt viktigheten og verdien av dette tillitsforholdet – da det gikk opp for meg at det er stort sett ikke tilstede hos en psykotisk pasient når han/hun er i en psykose. Jeg satt med en følelse av at jeg ikke ville klare å formidle det jeg ønsket gjennom oppgaven min, nettopp dette med hvordan jeg som sykepleier kan være til best mulig hjelp for en pasient i psykose? Lenge trodde jeg at det var dette tillitsforholdet som var nøkkelen. Men så fikk jeg et møte med en nær kollega av min hovedteoretiker, Petrin Hege Eide som jeg kjenner godt fra min oppvekst. Hun ville gjerne gå litt mer inn på min hovedteoretiker – Kari Martinsen, da hun vet at det er mange studenter som kanskje sliter litt med å finne essensen i tekstene hennes, da hun har en svært filosofisk tilnærming til sykepleie. Denne samtalen hjalp meg utrolig mye og det endte opp med at jeg virkelig forstod hva det var jeg egentlig var på søken etter gjennom denne oppgaven - det ble klart for meg i det øyeblikket vi beveget oss inn på emnet om å være *bevegelig berørt tilstede i en annens psykose*. At eg valgte psykose kommer av at jeg har jobbet som assistent på psykiatrisk sikkerhetsenhet, og har i dette arbeidet funnet en dyp interesse for psykoseproblematikk.

1.2 Avgrensing og presisering av problemstillingen

Denne måten å formulere en tilstedeværelse for en pasient ble for meg en øyeåpner for hvordan jeg så på det ideelle samspill mellom sykepleier og en psykotisk pasient. Jeg opplevde formuleringen om å se med hjertets øye som utrolig spennende og tiltrekkende. Jeg hadde aldri hørt om å se med hjertets øye – men forstod raskt at dette var noe jeg ville lese mer om. Det var som om noen hadde satt ord på den

formuleringen jeg hadde lett etter, og jeg opplevde at jeg virkelig hadde funnet denne usynlige nøkkelen som jeg kunne bruke for å hjelpe – for å kunne være bevegelig berørt tilstede. Jeg kommer derfor til å forholde meg til dette begrepet, i forhold til psykoseproblematikk.

1.3 Oppgavens hensikt

Mye av årsaken til at denne formuleringen falt som hånd i handske for meg, var at den etablerte mitt syn på hva jeg anser for å være et godt møte med et annet menneske. Jeg hadde i utgangspunktet tenkt å skrive om dette forholdet fra en sykepleiers perspektiv, altså ved å bruke min faglitteratur og kunnskapsbaserte praksis, til å vise hvordan jeg kunne gjøre en best mulig jobb. Men så tygde jeg litt på dette. *Jeg*. Må det nødvendigvis være jeg som står i fokus? Må dette komme fra utelukkende mitt perspektiv? Etter å ha fordypet meg mer i min hovedteoretikers litteratur ble det mer og mer klart for meg hvilken vinkling jeg ønsket å ta. Jeg ville sette meg selv litt ut av sammenhengen og prøve å først og fremst forstå en psykose fra en pasient sitt perspektiv. Ved å bruke denne vinklingen opplever jeg det som mer givende å forstå, skrive om, reflektere rundt, og drøfte min egen problemstilling; *å være bevegelig berørt tilstede den lidendes psykose*.

1.4 Oppgavens oppbygging

Jeg har valgt å la være å ta med et sammendrag i begynnelsen av oppgaven, av den grunn at jeg ville la oppgaven snakke for seg selv. Jeg følger et standard oppsett for oppgaveskriving, hvor jeg vil begynne med innholdsfortegnelse og innledning. Deretter presenterer jeg metode, teori/hoveddel, og til slutt drøfting, avslutning og litteraturliste.

1.5 Begrepsavklaring

Fenomenologi:

Aadland (2009) skriver at fenomenologi er et studie av fenomener slik de er erfart. Fenomenologi ønsker å utforske erfaringer slik de utfolder seg i bevisstheten, uten å spekulere omkring disse er rasjonelle eller ikke. Han skriver videre at det er fokus på subjektiv erfaring/opplevelse, og på erfaringsstrukturer som kan fortelle noe om meningen til livet (Aadland 2009). En kan dermed si at fenomenologi gir rike beskrivelser av menneskets opplevelser/erfaringer

Hermeneutikk:

Hermeneutikk betyr å fortolke, en kan derfor beskrive hermeneutikk som en studie av tekstinterpretasjon (Aadland 2009). Målet med hermeneutisk tilnærming er å få dypere forståelse av menneskelig erfaring/opplevelse. Aadland (2009) skriver at hermeneutikk gir en helhetlig forståelse av fenomenet fra flere forskjellige vinkler, og at en hermeneutisk forståelse utgjør en bakgrunn som viser tilbake på noe som allerede er forstått (Aadland 2009)

Fenomenologi og hermeneutikk gir forutsetninger for hverandre, da de begge er ute etter forståelsen av den subjektive opplevelse

2.0 METODE

2.1 Litteraturstudie

I utgangspunktet hadde jeg svært lyst til å foreta meg en kvalitativ intervjumetode, da jeg gjerne skulle likt å få samlet informasjon til oppgaven min sett gjennom pasientenes øyne. Da jeg fant ut at dette ikke lot seg gjøre siden vi som studenter ikke har lov til å intervju pasienter, ble valget enkelt og jeg landet på litteraturstudium. Dalland (2007) skriver at metode er redskapet vårt, og at metoden vi velger hjelper oss til å samle inn data – informasjon, i møte med det vi vil undersøke.

Et litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av litteraturen rundt en valgt problemstilling. Jeg har foretatt en kritisk gjennomgang av skriftlige kilder som jeg har valgt å bruke. Jeg var allerede godt kjent med pensumlitteraturen jeg valgte å bruke, og kunne derfor enklere finne frem i bøkene for å hente frem relevant informasjon til oppgaven. Det var også enklere å forstå det jeg skulle bruke fra pensumlitteraturen, da jeg allerede hadde lest det fra før.

Det å skulle finne frem og forholde seg til fortløpende til oppdatert forskning er også noe vi har gjort gjennom hele studietiden, og jeg var dermed godt vant med å forholde meg til å lese og bruke forskningslitteratur.

Det finnes mye forskning som ikke har den kvalitetssikringen vi studenter leter etter, derfor søker jeg alltid ved pyramidesøk. Det er viktig for meg å finne frem til den forskningen som er rett for min oppgave og for hva jeg vil få frem. Det er tidkrevende å søke etter og å forstå forskning, derfor er det viktig for meg å bruke god tid på å kvalitetssikre forskningsmateriale jeg bruker. Jeg forholder meg til de forskningsartiklene jeg fordypet meg i ved å fortolke dem slik at essensen i teksten kommer frem i min oppgave. Det er derfor nærliggende for meg å si at jeg har en hermeneutisk tilnærming til forskning.

Av selvvalgt litteratur er bøkene relativt nye for meg, og det er en litt mer tidkrevende prosess for å hente frem den informasjonen en trenger. Desto mer interessant er det å fordype seg i, da jeg har lært utrolig mye av å lese i min selvvalgte litteratur.

2.2 Presentasjon av litteratur og kildekritikk

Allerede på første gruppemøte med veileder ble det foreslått at jeg burde bruke Kari Martinsen som hovedteoretiker. Dette passet meg veldig bra, for jeg har alltid følt at jeg har kunne forstå hennes bøker – til tross for at noen hevder at de kan være litt vanskelige å lese. Jeg liker veldig godt måten hun hviler sine teorier på store filosofer som blant annet Aristoteles, Løgstrup, Levinas m.fl.

Kari Martinsen er utdannet sykepleier, magister i filosofi og dr.philos fra 1986.

Våren 2002 tiltrådte hun stillingen som professor i sykepleievitenskap ved Universitetet i Bergen, hvor hun fremdeles er ansatt. Kari Martinsen har skrevet en rekke bøker og artikler, særlig rettet mot sykepleien ved hjelp av filosofiske utlegninger om temaer som finnes innenfor sykepleien som praktisk fag og i forhold til fordringen i sykepleien.

Hennes måte å se på god og helhetlig sykepleie på gir meg inspirasjon og fungerer som en slags ”øyeåpner” for meg i min praksis, og da jeg leste om hva hun la i å være bevegelig berørt tilstede var det ingen tvil om jeg hadde valgt rett hovedteoretiker. Bøkene til Martinsen er relativt gamle, noe jeg har tatt i betraktning da jeg bruke dem. Når det er sagt, er hun en filosof og fenomenolog. Filosofiske skrifter har en tendens til å holde seg gyldige i århundrer, og jeg har derfor valgt å bruke bøkene hennes likevel - Aristoteles sine skrifter er også svært gamle, og er fremdeles gyldig. Jeg anser hennes bøker som tidløse, da hennes filosofiske tilnærming til sykepleie for meg fremstår som absolutt aktuell per dags dato. En av Martinsens bøker jeg har anvendt i oppgaven, Løgstrup & sykepleien (2012), er enda ikke gitt ut på norsk, og vil derfor ved direkte sitat være skrevet på Dansk.

Begge mine forskningsartikler har jeg funnet etter grundig søk i BIBSYS, og ved god hjelp fra bibliotekar Elin Strand ved Nordlandssykehuset avd. Rønvik. Jeg har funnet mye god hjelp til riktig forskningssøking fra kunnskapssenteret – nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, og anser derfor alle mine kilder som pålitelige og ikke minst relevante.

Jeg har brukt kildekritikk for å vurdere og karakterisere den litteraturen som jeg har benyttet. Som kritikk kan jeg si at ingen av teoretikerne i min selvvalgte litteratur står

i ”opposisjon” mot hverandre. Jeg kunne har skrevet en oppgave hvor jeg fant noen som motargumenterte mot hovedsynspunktet til min hovedteoretiker – altså selve problemstillingen min. Jeg har derimot valgt å forholde meg til teoretikere som ser seg enige i problemstillingen min, og benytte drøftingsdelen til å belyse sterke og svake sider ved teorien, samt å drøfte utsagn fra teoridelen.

Gjennom hele oppgaven har jeg kun forholdt meg til primærkilde - med unntak av noen setninger fra forskningsartiklene jeg har anvendt, da jeg opplever at sekundærkilder kan være noe upålitelige. Innfallsvinkelen min vil som tidligere nevnt også gjennom hele oppgaven være noe hermeneutisk, da jeg er opptatt av å analysere teksten slik at jeg kan forstå og fortolke den rett. Dermed vil nok oppgaven min ha et noe subjektivt perspektiv. Av selvvalgt litteratur har jeg brukt til sammen mellom 300-400 sider.

Målet med å velge denne typen studie er at jeg vil oppnå størst mulig faglig innsikt, og jeg har gjennom hele oppgaven kvalitetssikret litteraturen min ved å stille meg selv to spørsmål som Dalland (2007) skriver om: Hvilken relevans det har for problemstillingen, og hvor pålitelig er det. I oppføringen av min litteraturliste har jeg fulgt henvisninger fra Dalland (2007).

2.3 Kildesøk

I mine kildesøk har jeg forholdt meg til kriteriene; fag, tid, nivå, språk og geografi. Jeg har forholdt meg til originalartikler, og forholdt meg til inklusjons- og eksklusjonskriterier. Av databaser har jeg søkt i og forholdt meg til BIBSYS, Helsebiblioteket, Cambrige Journals Online, PubMed og Sykepleien.

SØK	SØKEORD	FUNN
BIBSYS	Oppmerksomt nærvær / Mindfulness	56 / 15
Helsebiblioteket	"	78 / 55
Cambrige Journals Online	"	52378
PubMed	"	25 / 242028
Sykepleien	"	3 / 3

Ord som kom opp da jeg søkte var blant annet: evidens, sensitivitet, terapi, psykologi, emosjon, tilstedeværelse, oppmerksomhetstrening, bevissthet, ikke dømmende, kvalitativ studie, kognitiv terapi ved psykoser, relasjoner, intersubjektivitet, depresjon og sjel. Dette er noen få ord av mange, og jeg velger bevisst å ikke ta med alle ordene som kom frem da det var mye som var urelevant for denne oppgaven.

3.0 PSYKOSEBEGREPET

3.1 Begrunnelse for innfallsvinkel

Som jeg nevnte innledningsvis, ønsket jeg å benytte meg av en litt annen innfallsvinkel på psykosebegrepet enn man tradisjonelt har gjort. Jeg ser selvfølgelig viktigheten av å presisere og fremme min fagkunnskap rundt psykose, noe jeg vil gjøre senere i avsnittet.

I innholdsoversikten til Hummelvoll (2008), deles kapitlene under fenomener inn som følger: selvbilde, angst, tvangstanker og tvangshandlinger, depresjon og sorg, mani, aggresjon. Disse kapitlene er formulert med ett ord – selve ordet på lidelsen. Psykosekapittelet er ett av fire gjenstående fenomener som ikke lar seg forklare i innholdsfortegnelsen med bare ett ord. Her har dette kapitelet blitt formulert slik: samarbeid med psykotiske pasienter. Dette bet jeg meg merke i, for jeg opplever mennesker i psykose som nettopp dette – noen man må samarbeide med. For å forstå hvordan man skal klare å oppnå den kontakten i møte med psykotisk pasient vil jeg derfor ta utgangspunkt i hvordan det å være psykotisk oppleves for *pasienten*.

3.2 Å erfare en psykose

Hummelvoll (2008) sier at i arbeid med psykotiske mennesker vil det være en utfordring i å skulle gjøre seg kjent med den virkelighetsoppfatningen den psykotiske har. Man snakker om forskjellige modeller en kan praktisere sykepleie på i forhold til psykoseproblematikk, og med utgangspunkt i en humanistisk-eksistensiell tilnærming prøver man å møte pasient der han er i en gitt situasjon. Selve diagnosen blir her underordnet mennesket (Hummelvoll: 2008).

Om man skal hjelpe psykotiske mennesker gjennom og ut av en psykotisk periode, er det nødvendig å få en forståelse av hvordan han sanser, tenker og vurderer i forhold til seg selv, sin situasjon og i forhold til andre personer og omgivelser mer generelt (Hummelvoll 2008: 317)

Det har blitt foretatt intervjuer og studier av mennesker som har erfart psykose. Et av disse studiene kommer frem med svært interessant informasjon om hvordan dette oppleves. Hummelvoll (2008) henviser til resultater sykepleierprofessor Jo Ann Walton (1999) kom frem til, etter å ha intervjuet ti pasienter med schizofrenidiagnose. Det kom her frem en rekke svar på hennes spørsmål om hvordan det oppleves å leve med schizofreni og jeg vil nå gå inn på hva slags tolkninger disse menneskene gav på sin erfaring av dette.

Det er stort sett andre mennesker rundt den lidende som oppdager at det er noe som ikke stemmer med dette mennesket. Personen selv tviler ikke på sine egne sanser og tanker. Dermed kan erkjennelsen av at man ikke er frisk være vanskelig. Når virkelighetsoppfatningen endrer seg, endres også andre menneskers forhold til en. Det lidende mennesket vil her oppleve den virkeligheten han er i som både positiv - ”et overmenneske”, og negativ – et levende helvete (Hummelvoll 2008).

Hummelvoll (2008) hevder at etter hvert vil en erkjennelse enten fra seg selv eller fra andre om at man ikke er frisk tre frem. En konsekvens av dette er at man meget mulig må forholde seg til behandling, både medikamentell og psykologisk. Det skjer gradvis at en kommer til rette med å ha en lidelse, og menneskets selvoppfatning og selvforståelse må tolkes på nytt (Hummelvoll 2008).

Mennesket kan ha vrangforestillinger og hallusinasjoner. Dette innebærer at pasienten kan høre stemmer, føle seg somatisk forandret, føle tretthet, angst og uro og se ting som ikke er reelle. Dette kan påvirke hele menneskets eksistensorientering, og dermed påvirke personens selvoppfatning av seg selv i verden som helhet. Dermed vil dette mennesket muligens erfare å føle seg fremmed i verden (Hummelvoll 2008).

Det kan være svært vanskelig å skulle ordsette, forklare og å gjøre seg forstått i en slik virkelighetsoppfatning. Den lidende vil oppleve å være så oppslukt i sin egen verden med de endrede tankemønstre, følelser, opplevelser og inntrykk det innebærer, at det blir vanskelig å konsentrere seg. Det blir krevende å holde fokus, når en ikke klarer å holde seg til en tanke av gangen. De kroppslige forandringene som vil være en del av den lidendes virkelighetsoppfatning, kan være med på å gjøre pasienten engstelig i oppfatningen av forbindelse mellom sjel og legeme. Dette kan være gjennom at medikamenter begynner å virke, men også som tidligere nevnt ved forstyrrelser i

sansepersepsjonen. Den lidende vil kunne sitte igjen med spørsmålet *hvem er jeg?* (Hummelvoll 2008).

Møller og Husby (2003) har skrevet en artikkel om kjernedimensjoner av opplevelse og atferd ved prepsykose, på bakgrunn av at de blant annet mente at de subjektive opplevelsene av å være prepsykotisk var for lite undersøkt. De mener at for å påvise psykose på et tidlig stadium, trenger man langt større forståelse av hvordan spesielt pasientene opplever forandringene som skjer, og hvilke fenomener man skal identifisere (Møller, Husby 2003).

De beskriver åtte kjernedimensjoner som forteller oss noe om hvordan det oppleves å være i dette "levende helvete" som jeg tidligere nevnte. En av disse dimensjonene blir beskrevet som en fundamental forstyrrelse av selvopplevelsen. Denne dimensjonen tar for seg noen svært fundamentale, varige og kontinuerlige opplevelser som vil øke på inntil psykosekvalitet. Her uttrykker pasientene at disse opplevelsene rommer alle aspekter av bevissthet – tanker, persepsjoner, følelser, det kroppslige, i høy grad eksistensielle, åndelige og religiøse aspekter – hele opplevelsen av å være et menneske (Møller, Husby 2003). Ord og uttrykk som disse pasientene brukte var blant annet "rar, fremmed, uvirkelig, totalt forandret, fullstendig galt, det indre livet går i oppløsning, kjernen i livet blir ødelagt, mistet meg selv". Når disse uttrykkene blir satt i kontekst av mental smerte, lidelse og frykt, forstår man at man har med et menneske å gjøre som karakteriseres av et dypt endret forhold mellom selvet og verden omkring (Møller, Husby 2003).

Ved denne studien fant de funn hvor det fremkommer at god terapi hviler på at en har evnen til å *forstå* pasientens opplevelser, og at en ved å arbeide fenomenologisk fokuserer på den subjektive opplevelsen av psykose samt basale forstyrrelser i selvopplevelsen.

3.3 Psykosebegrepet

Jeg vil her gjøre en kort redegjørelse for hva som ligger i begrepet psykose, fra faglitteraturens og teoriens ståsted. Det er skrevet mye om psykose, og Kringlen (2009) skriver at psykose er et *samlebegrep* for noen alvorlige sinnslidelser som vil fremtre med bestemte symptomer som blant annet vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser og redusert kontaktevne. Pasienter som innehar disse psykotiske symptomene har vanligvis avvikende atferd og sosial funksjonssvikt, det kan være grunnet at pasient handler ut ifra sine psykotiske forestillinger, eller at han blir så opphengt i sine symptomer at han ikke klarer å fungere normalt (Kringlen 2009).

I den klassiske medisinske terminologien vil en psykotisk person være sinnsyk som følge av biokjemiske endringer i hjernen, mens i den psykodynamiske oppfatningen vil psykosen være en alvorlig tilpasningssvikt der utviklingspsykologiske og aktuelle konflikter står sentralt (Kringlen 2009). Kringlen (2009) skriver også videre om organiske psykoser som vil tre frem som et resultat av for eksempel intoksikasjon eller organisk skade på nervesystemet, og om funksjonelle psykoser som inneverer schizofreni, bipolar lidelse og manisk-depressiv lidelse for å nevne noen.

Man antar at det foreligger en genetisk disposisjon, men personlighetsutvikling og livserfaring spiller en betydelig rolle (Kringlen 2009: 133).

Fra et psykologisk perspektiv vil den psykotiske pasient ha vanskeligheter med å med å skille mellom indre og ytre stimuli, og det kan oppleves som at pasienten har problemer med å sette grenser mellom "jeg" og omgivelser. Man opplever at pasienten har dannet sin egen virkelighet, og benekter den felles virkelighet som er reel (Kringlen 2009).

Hummelvoll (2008) belyser noen funksjoner som et menneske innehar. Disse funksjonene kalles for *egofunksjoner*, og i psykologien handler ego om den delen av personligheten som reflekterer, avgjør, opplever, sanser, tolker, lider og styrer personens handlingsmønster. Ego begrepet samles rundt de prosesser som et

menneske bruker for å kunne regulere sin atferd, og disse prosessene er de øvrige nevnte egofunksjonene. Disse omfatter som følger:

1. Persepsjon
2. Motorisk kontroll
3. Hukommelse
4. Impulskontroll
5. Forsvarsmekanismer
6. Avgjørelse av hvilke behov som skal tilfredstilles
7. Bedømmelse av indre og ytre påvirkninger
8. Problemløsning
9. Læring
10. Objektkonstans
11. Realitetstesting
12. Affektytring (Hummelvoll 2008: 321).

Når disse funksjonene ikke fungerer slik de skal, vil det være med på å gjøre det vanskelig for et menneske å orientere seg rundt de indre og ytre krav en møter. Dermed vil de psykotiske reaksjonsmønstre komme som svar på disse funksjonssviktene og få konsekvenser for motivasjon, persepsjon, tanke og følelsesliv (Hummelvoll 2008). Videre hevder Hummelvoll (2008) at de reaksjonsmønstre som vil særprege et psykotisk menneske etter svikt i disse funksjonene, vil tre frem som sansebedrag, realitetsbrist, vrangforestillinger og manglende sykdomsinnsikt.

Jeg vil komme tilbake til både det teoretiske og det erfarte rundt psykose i drøftingsdelen min, og avslutte dette kapittelet med det Hummelvoll (2008) innleder sitt psykosekapittel med, der han siterer Wilson og Kneisl fra deres bok *Psychiatric Nursing* fra 1996:

En psykose er en tilstand hvor personens mentale kapasitet til å oppfatte "virkeligheten" kommunisere og forholde seg til andre mennesker, er svekket. Dette virker inn på personens evne til å møte de krav livet stiller (referert i Hummelvoll 2008: 315).

4.0 KARI MARTINSENS OMSORGSTEORI

4.1 Det faglige skjønnet

Lidelse er et dypt og komplisert menneskelig fenomen. Det er allmennmenneskelig, noe som vi mennesker ikke kan spares for eller komme utenom. Vi behøver verken være syke eller ved dårlig helse for å lide. Lidelsen hører livet til. Å leve et helt liv som menneske er å integrere lidelsen som en del av tilværelsens grunnvilkår. Et ja til livet, er et ja til lidelsen. Å akseptere lidelsen er å akseptere at vår tilværelse er endelig. Det er å leve i livets uendelige bekræftelse på at det syke og ødelagte liv som ikke er i stand til å yte noe, også er et liv. Det er å gi avkall på å stille betingelser til livet, og det er først da vi kan ha kjærlighet til livet. Det er å se hele livet som meningsfylt, å se en livsbekreftende kjerne i livets lidelse, utsatthet og tilsynelatenhet (Martinsen 2003: 135).

Som sykepleiere møter vi mennesker som lider. Et menneske i psykose som opplever psykosen som altopplukende, kvelende, skremmende og ond er et lidende menneske. Det kan være vanskelig å vite hvilken innfallsvinkel man skal bruke for å gi best mulig hjelp til disse menneskene. Martinsen (2003) bruker fortellingen om den barmhjertige samaritan som en stedsfortredende historie, som forteller oss noe om hvordan vi skal klare å se lidelsen. Hun hevder at en slik fortelling kan hjelpe oss til å få åpnet øynene våre slik at vi kan se betingelseløst og spontant den appell som utgår fra den andre – den lidende. På denne måten vil medfølelsen, barmhjertigheten, ærligheten og tilliten jobbe sammen med fagkunnskapene vi innehar, så vi kan handle godt og rett mot den andre. Ofte må nestekjærligheten ha en slik historie bak seg slik at vi unngår å bli likegyldige og uengasjerte (Martinsen 2003).

Det faglige skjønnet blir sett på en slik måte hvor denne fagkunnskapen og balansen mellom nærhet og avstand utgjør et godt sted å være for den som trenger hjelp. Her settes skjønnets faglighet i lære i levende, kliniske sammenhenger kombinert med vår naturlige medmenneskelighet, barmhjertighet og tillitt (Martinsen 2003). Videre skriver Martinsen (2003) at en deler det faglige skjønn inn i to komponenter. Det ene er at man ut ifra en følsom åpenhet kan se appellen om livsmot i den andres lidelse.

Det andre er deretter å ta i bruk fagligheten for å kunne forstå pasienten, og å handle godt og rett for og sammen med den lidende.

Det faglige skjønn er knyttet til det konkrete. Skjønnnet uttrykker fagkunnskapen gjennom de naturlige sanser. Med sin åpenhet for sansingen gir skjønnnet mulighet for at sykepleieren kan ta imot pasientens inntrykket og tolke og strukturere uttrykkene for det gjennom ferdigheter og grep, holdning og handling, slik at pasienten opplever situasjonen som god. Skjønnnet er et tydningsarbeid, som på sitt beste setter livsytringene i spill mellom oss (Martinsen 2003: 143).

Martinsen (2003) refererer til Aristoteles når hun skriver om det faglige skjønn – som han tidligere beskrev som den praktisk-moralske handlingsklokskapen, som alltid har vært anvendt i de gamle læretradisjonene i henhold til praktisk kunnskap. Dette skjønnnet forteller oss noe om den omtenkssomme sykepleier, og om den gode sykepleie som praktiseres. Her vil sykepleierens naturlige sanselige forståelse slippes til, og hun kan være åpen og fantasifull – og være sanselig åpen med sin kropp og sine ord. I den sanselige forståelse mottar vi inntrykk, og å motta inntrykk er å beveges kroppslig. Som eksempel bruker hun at man som sykepleier kan gjenkjenne smerten hos den lidende fordi vi selv har erfart den, ikke bare personlig men i fagsammenheng. Samtidig klarer vi å se det spesielle uttrykket i smerten som kommer frem i denne gitte situasjonen (Martinsen 2003).

Skjønnnet kan ikke settes fast i begreper, regler og prinsipper. Da ødelegges skjønnnets vurderingsevne, som nettopp er å se en situasjon fra ulike sider for å kunne handle riktig og godt i forhold til den andre. Selvfølgelig er også faktakunnskap nødvendig i denne sammenhengen, men den verdirasjonelle tenkning og handling må være overordnet. Det vil si at de overordnede spørsmål dreier seg om å finne ut hva som er godt eller dårlig, hva en bør gjøre i den konkrete situasjonen (Martinsen 2003: 140).

Videre skriver Martinsen (2003) om kunnskap som er vunnet ut fra begrepslig forståelse. Her går vi ikke inn i situasjonen, vi uttaler oss om den. Begge disse

forståelsene er i det faglige skjønn sett på som gode motsetninger til hverandre. Denne motsetningen er imidlertid kun god når den verdirasjonelle og praktiske kunnskapen er overordnet den begreplige forståelse. Martinsen (2003) presiserer som øvrig nevnt at skjønnnet ikke kan settes fast i regler, begreper og prinsipper – en kan da risikere å ødelegge skjønnets opprinnelige mening, det å kunne se og vurdere en situasjon fra ulike vinkler og derfra handle godt i forhold til den andre.

Skjønnnet i sykepleien er en oppøving i å stille seg åpen for det sanselige inntrykk (Martinsen 2003: 144).

Martinsen (2003) mener at det du som sykepleier gjør i praksis, ditt kliniske blikk, skal praktiseres på en *god* måte - og det er gjennom det faglige skjønn i de praktiske sammenhenger at en lærer seg å se klinisk. Hun ser på sykepleiesituasjonene som levende situasjoner, som vi tyder ved hjelp av det faglige skjønn. Dette er et redskap til forståelse, hvor verdier og holdninger sammen med fagkunnskapen og den praktiske kunnskapen fordrer sykepleieren til å handle riktig og godt for den lidende (Martinsen 2003).

Teoriene vi har lært oss og forstår, vil ligge uberørt i våre holdninger og ferdigheter, og vil derfor være med oss i det praktiske felt – som bevegelige forutsetninger i handlingene våre. Ved å være bevegelig kan man klare å se og vurdere en situasjon på flere måter – man samler seg ut ifra en samlet styrke, og ser dermed mulighetene og de ulike sidene hos den andre. Vi er dermed blitt frie og uanspente, og kan gå i møte med den lidende ut ifra et *bevegelig* ståsted med urokkelig grunnlag (Martinsen 2003).

4.2 Å se med hjertets øye

Martinsen (2000) hevder at ved å se med hjertets øye, med det deltakende oppmerksomme øyet, vil den andre opptre som betydningsfull. Den betydningsfulle – den lidende, er tidligere nevnt som den lidende i fortellingen om den barmhjertige samaritan. Hun beskriver å se med hjertets øye med å se med hele kroppen, med alle sanser. Vi ser og kjenner samtidig.

Vi ser at pasienten ligger vondt, med våre øyne kjenner vi det. Vi ser, taler og kommuniserer med kroppens holdning, stilling og positur samtidig i pleien. Talen er i denne sammenheng dagligspråket, et strømmende og variert språk, et anskuelig språk, der en kan se ting for seg, kjenne seg igjen. Holdningen ligger i den tone en taler til en annen (Martinsen 2000:31).

Martinsen (2000) skriver at det er viktig å kjenne til at det å sanse og det å forstå er to forskjellige ting. De er motsetninger til hverandre, men de er i vårt dagligliv sammenvevd. Hun hevder at en først sanser, så er deltakende oppmerksom og til slutt forstår. En blir berørt i sansingen ved å bli beveget uten å forstå. En er deltakende oppmerksom ved å se med hjertets øye, som er ledsaget av sansingen. Til slutt forstår man etter at en er blitt fordret av det som beveger og berører en (Martinsen 2000).

Hjertets øye er i det forbigående blitt uttrykt på flere måter som det deltakende oppmerksomme øyet og som et øye som ikke gjør noen forskjell, men som likevel gjør en forskjell. Det er å se likhet i forskjellighet. Enda en måte å uttrykke dette på er å tilegne seg "et mesterskap i å se" (Martinsen 2000:28).

Med dette mener Martinsen (2000) at en trener seg opp i å kunne bli oppmerksom i den virksomhet en står i, det være seg i pasientkontakt eller det rom en oppholder seg i. Her lærer en seg å lytte både til seg selv og til andre, til å se, og til å være nærværende i en gitt situasjon. En lærer også av det arbeidet en gjør – og arbeidet er rettet mot det som er best for mennesket (Martinsen 2000)

Martinsen (2000) hevder at dette mesterskapet aldri vil avsluttes, da en vesentlig del av kunnskapen skal vinnes ut fra en kroppslig erfaring i situasjonen en står i, hvor en tør å la seg prege av den andres inntrykk og lære av den andres erfaringer. Videre skriver hun at det handler ikke først og fremst om å registrere når man ser, men om sansingen og det oppmerksomme. Dermed kan ikke det sansende og seende øye trekkes ut av en situasjon, det må være i situasjonen i en åpenhet for den andre. Her kan sykepleieren se den andre som den andre, og samtidig se etter det faglige og finne rom for det hun vil uttrykke.

5.0 DRØFTING

5.1 Det oppmerksomme nærvær

Hovedmålsetningen i arbeidet med psykotiske pasienter vil - foruten myndiggjøring, være å gjenopprette tilliten til språket og andre mennesker, å hjelpe pasienten til å gjenvinne fotfeste i vår felles virkelighet, å styrke pasientens egofunksjoner slik at han når det funksjonsnivå som setter han i stand til å møte de krav og utfordringer som hverdagen stiller (Hummelvoll 2008: 331-332).

Hummelvoll (2008) skriver at det ikke burde være nødvendig å presisere det, men at psykotiske pasienter har akkurat de samme, fulle menneskelige rettigheter – uansett hvor avvikende deres atferd måtte være. De kan på et gitt tidspunkt i livet ha mistet evnen til å ta vare på disse rettigheter, men de har dem like fullt. Her presiserer han at det er blant annet sykepleierens plikt å arbeide for at pasientens integritet respekteres, og at hans rettigheter blir ivarettatt.

Videre skriver han at det er en spesiell forutsetning man må inneha for å kunne skape kontakt og etablere trygghet til andre mennesker – for å kunne hjelpe han ut av sin psykotiske tilværelse, - *det å møte pasienten i hans aktuelle situasjon*. Dette forutsetter at man får tegnet et bilde av pasientens indre verden, og de konflikter som råder der.

Martinsen (2003) hevder at man som sykepleier – for å kunne møte den lidende der han er, må være fortrolig med hans situasjon. Hun skriver at sykepleieren må kjenne situasjonen på en deltakende måte, slik at den lidende opplever sykepleieren som en trygg og god tilstedeværende.

Dermed kan man si at det er essensielt for en sykepleier å være tilstede i den lidendes psykose på en slik måte at vi selv forstår hvordan den lidende har det, og for at den lidende ser at vi er der for å hjelpe.

Hummelvoll (2008) skriver om dette, å møte pasienten med *forståelse*, som jeg for øvrig også vil komme tilbake til senere i drøftingen. Han mener dette er avgjørende

for å få begrep om hvordan han opplever sin situasjon. I min teoridel gikk jeg inn på Martinsens beskrivelse av det faglige skjønn, hvor jeg forsøkte å fremme hennes budskap omkring det å være tilstede i en annens lidelse.

Det kommer tydelig frem i hennes bøker at det er viktig å kunne være tilstede på en *god og riktig* måte. Så hvordan opplever sykepleiere selv at man kan være det?

I 2011 ble det foretatt et forskningsprosjekt av Berit Andersen Sandvik ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, som er intensivsykepleier med master i helsevitenskap. Hun hadde et studie omkring det som blir kalt for mindfulness – eller på norsk, *det oppmerksomme nærvær*. I denne forskningen kommer det frem at evnen til å være nærværende er en forutsetning for god sykepleie.

Det oppmerksomme nærvær kan defineres som å være oppmerksom på en spesiell måte, ved å være bevisst tilstede i det nåværende øyeblikk uten å dømme. Grunnholdninger i det oppmerksomme nærvær er vennlighet og aksept til det som skjer i det nåværende øyeblikk, hvor man møter alt som det var første gang. Man har en ikke-dømmende holdning til alt sinnsinnhold, og det krever tålmodighet, utholdenhet og mot for å kunne klare å forholde seg slik til det nåværende øyeblikket (Sandvik, 2011).

De deltakende sykepleierne fikk grunnleggende, oppfølgende trening i oppmerksomt nærvær, og ble etter endt treningsforløp intervjuet om hvordan denne treningen har påvirket deres opplevelse av nærvær.

Av dette studiet til Sandvik (2011) kom det frem fem sentrale funn i sykepleiernes opplevelse av hva det oppmerksomme nærværet gjorde med deres utøvelse av sykepleie, og de fem funnene var som følger: å være nær, å balansere i nærvær, å stå i det åpne – hvordan den bevisste nærværsinnstillingens åpenhet påvirker møtet med den andre, seg selv og livet, å se – hvordan nærværsinnstillingen påvirker evnen til å se med et klart og vennlig blikk, og å være – om forskyvning fra å være mest handlings- og oppgaverettet til å bli mer preget av å bare det å være (Sandvik 2011).

Denne studien blir støttet av andre studier som også er blitt gjort på oppmerksomt nærvær. Det ble foretatt en studie (van Aalderen m.fl 2012) i Nederland på Radbound Univeristy Mijmegen Medical Centre, Department of Psychiatry, som hadde som mål å se effektiviteten av oppmerksomt nærvær ved kognitiv terapi hos deprimerte pasienter. Også i denne studien kom de frem til funn som viser til positive resultater av oppmerksomt nærvær.

Resultatene viste at de depressive symptomene ble betraktelig forminsket sammenlignet med pasientene som ble behandlet på tradisjonell måte. Å praktisere mindfulness – oppmerksomt nærvær, viste seg å være effektivt både for pasienter som var i en depresjon liksom for pasienter som var kommet ut av sin depresjon (van Aalderen m.fl 2012).

Det er et interessant tankekors at en på også et internasjonalt nivå finner samme resultater, da Martinsen (2000) er opptatt av å formidle at omsorg og tilstedeværelse ikke er kulturbetinget.

I studien til Sandvik (2011) kommer det frem at sykepleierne er kommet nærmere det å legge seg selv til side, og gi rom for den andre. Nærværet har blitt et dypere og mer sanselig fenomen som åpner for en form for rolig væren i nuet og hvor en stemning av vennlighet er det som tydeligst trer frem hos disse sykepleierne.

Et ”hjerterets dobbelblikk” ligger i nærværet og gjør det mulig å se den andres ansikt på en ny måte, men med en klinisk skarphet. Beskrivelser av ny innsikt, sterkere pasientfokus og en følelse av ro, stillhet og tillitt antyder at det dreier seg mer om å være enn å gjøre (Sandvik 2011). Dette samsvarer med Martinsens (2000) ”mesterskap i å se med hjerterets øye” .

Resultatene i denne forskningen viser altså til at trening i oppmerksomt nærvær muligens kan være med på å føre sykepleiere lenger i ”mesterskapet” i å se med hjerterets øye – og dermed også å utvikle et godt skjønn i faget?

I teoridelen skriver jeg om Martinsen (2003) som mener at en kan trene seg opp på å bli oppmerksom innenfor den virksomhet en står i. Denne treningen på oppmerksomt nærvær har i studien til Sandvik (2011) gitt nye erfaringer som utvider og nyanserer opplevelsen av nærvær og gir derigjennom sykepleierne bedre redskaper til å kunne

bevitne den andre for at han skal kunne tre fram som seg selv, i tråd med Martinsens filosofi.

Et vesentlig trekk ved de nye erfaringene er hvordan en kan trene på å bygge opp en holdning av vennlighet. Denne åpner for at det i nærværets øyeblikk kan utfolde seg en lavmælt kvalitet av kjærlighet. Videre viser studiet til at det gir grunn til å anta at trening på oppmerksomt nærvær kan være et godt bidrag til å utvikle en sykepleie-faglig kjernekompetanse som kan virkeliggjøre filosofiske utlegninger av sykepleiefagets natur etter teoretikere som for eksempel Martinsen.

Det kommer tydelig frem i denne studien at sykepleiere som praktiserer oppmerksomt nærvær opplever at de blir bedre sykepleiere ikke bare for pasientene, men at de også blir bedre mennesker for seg selv i sitt liv. Det er interessant å se hvordan Martinsens teorier viser seg å være fruktbare i studier som dette. Studien etterspør den subjektive opplevelsen av fenomenet nærvær, og er derfor en fenomenologisk studie. Martinsen er fenomenolog, derfor finnes det nærliggende å anta at de grunnleggende prinsippene ved en slik studie er i ånd med Martinsens syn på god og riktig sykepleie.

5.2 Forståelsen av den lidende

I arbeid med psykotiske pasienter er det viktig å inneha kunnskap – både erfaringsbasert og forskningsbasert. Ved å lese slik type forskning som er blitt lagt frem her, vil man kanskje kunne nærme seg en viktig del i arbeidet med psykotiske mennesker, det å kunne klare å *forstå* hvordan et menneske i psykose opplever sin tilværelse. Ved å sanse, være oppmerksomt tilstede og til slutt forstå slik at man kan gi den psykotiske god og rett pleie.

For hva er viktig i arbeid med psykotiske pasienter? Hummelvoll (2008) presiserer at en må ha en lyttende og anerkjennende holdning, og at en viser at en er til å stole på. Videre skriver han at det er avgjørende å møte pasienten med forståelse, for å kunne få et begrep om hvordan den psykotiske har det. I teoridelen om psykose skrev jeg at

god terapi hviler på at en har evnen til å forstå pasientens opplevelser, og at fenomenologi fokuserer på den subjektive opplevelsen av psykose samt basale forstyrrelser i selvopplevelsen. Det går som vi ser igjen hos både Martinsen, Hummelvoll og forskning, at forståelse muligens er nøkkelen til god sykepleie.

Hummelvoll (2008) påpeker at mennesker som skal jobbe med psykotiske, vil ha en utfordring i å bli kjent med den psykotiskes virkelighetsoppfatning. For å kunne få mulighet til å ta del i denne verdenen, er det nødvendig at hjelperen arbeider tålmodig og interessert mot en kontakt – slik at ordene som blir brukt kan oppnå en felles forståelse.

Det å være forståelsesfull og å oppnå denne felles forståelsen mellom den lidende og seg selv, vil som sagt kunne være en utfordring. Hummelvoll (2008) hevder at om man jobber med å hjelpe psykotiske mennesker, er det nødvendig å få en forståelse av hvordan den lidende sanser, tenker og vurderer – både i forhold til seg selv, til andre, og til omgivelsene generelt.

I arbeid med denne forståelsen tror jeg at det viktigste sykepleieren gjør, er å bruke seg selv. Jeg opplever at man må gi av seg selv for å kunne oppnå forståelse. For meg er det nærliggende å anta at den sanselige bevegelse sykepleieren utøver, kan være et viktig virkemiddel for å oppnå denne spesielle kontakten som ligger til grunne for en felles forståelse mellom den lidende og hjelperen. Man kan spørre seg – hvordan skal jeg kunne forstå et menneske som ikke forstår selv?

Hummelvoll (2008) skriver at mange av de opplevelser den psykotiske opplever, kan hentes frem fra selv det friskeste menneskets erfaringer. Drømmer, fornektelse, intuisjon, feberhallusinasjoner, for å nevne noen.

I teoridelen min nevner jeg også at Martinsen (2003) har denne oppfatning – at man som sykepleier kan gjenkjenne smerten hos den lidende fordi vi selv har erfart den. Ved at sykepleieren tør å bruke seg selv, sine erfaringer – og å gi av disse slik at den lidende opplever at en tør, vil og orker å stå i den verdenen den psykotiske befinner seg i, vil sykepleieren muligens oppleve selv at forståelsen faller naturlig for henne.

Det finnes noen grunnleggende holdninger som en kan komme langt med i arbeid med psykotiske pasienter, som empati, fagkunnskap, medmenneskelighet, åpenhet og tilgjengelighet og kanskje aller viktigst – en tillitsfull tro på pasienten og hans

muligheter, på hans spesielle måte. For å kunne være til hjelp på denne måten må man kunne lytte oppmerksomt (Hummelvoll 2008).

Å lytte er en sans. Det å bruke sansene våre i arbeid med den lidende kommer for meg frem som et grunnleggende aspekt for god og riktig sykepleie. Det er tøft og krevende å jobbe med psykotiske, og det er både tøft og krevende å tørre å være seg selv rundt psykotiske. Men jeg opplever at om man finner en samlet styrke, bruker sin kunnskap rett, finner fotfeste i sin egen virkelighet samtidig som man tør å sette den ene foten i den andres virkelighet – vil man muligens oppnå den kontakten med den lidende hvor man får muligheten til å hjelpe.

Denne samlede forståelsen av den lidende henger i tråd med Martinsens teori om hvordan vi går den lidende i møte, slik at vi står igjen med sansingen, oppmerksomheten og til slutt forståelsen.

5.3 Å være sanselig åpen

I teoridelen nevnte jeg kort det Martinsen (2003) skriver om i forhold til å samle styrke. Hun hevder at når man som sykepleier møter en lidende som sliter i sin nød, må vi være flinke til å mobilisere en omfattende forståelse av personen. Denne forståelsen skal utspringe fra en åpenhet sykepleieren har. Hun skriver at vi må samle oss for å kunne klare å se hele situasjonen.

Ved å samle oss mener Martinsen (2003) at i stedet for å reagere med for eksempel medynk og antipati, må vi samle styrke til å klare å ta oss selv ut av situasjonen for å kunne gi oss konsentrasjon og selvbesinnelse – men også åpenhet og fantasi slik at vi skjønner at det er naturlig å reagere slik vi gjør.

I skjønnnet er fagkunnskapen sett i sammenheng med det moralske, fordi våre praktiske handlinger alltid er moralske (Martinsen 2003). Jeg har ofte lurt på om man som sykepleier burde rette sine handlinger etter det kategoriske imperativ. Ikke at

man ikke skal handle situasjonsbetinget – men at det finnes generelle retningslinjer man skal følge i forhold til diagnoser, rutiner og andre kliniske prinsipper.

Martinsen har lært meg å forstå – som nevnt i teoridelen, at det faglige skjønn handler om nettopp dette – å *ikke* sette skjønn fast i regler og prinsipper. Da ødelegges skjønnets vurderingsevne, som nettopp er å se en situasjon fra ulike sider for å kunne handle riktig og godt i forhold til den andre. Det er nettopp dette som gjør det faglige skjønn til et så nyttig og verdifullt redskap i arbeid med psykotiske - den verdirasjonelle tenkning og handling må være overordnet.

Det vil som også nevnt i teoridelen si at de overordnede spørsmål dreier seg om å finne ut hva som er godt eller dårlig, hva en bør gjøre i den konkrete situasjonen. Og det er nettopp dette Hummelvoll (2008) også presiserer – at en må møte den psykotiske der han er, i hans gitte situasjon. Om jeg som sykepleier kan klare dette, ja – da opplever jeg at mitt valg av profesjon vil være meningsfullt for meg i ordets dypeste forstand.

Martinsen skriver at det faglige skjønn er knyttet opp mot det konkrete, og at fagkunnskapen i skjønn blir gitt til uttrykk gjennom naturlige *sanser*.

Det er viktig at vi som sykepleiere er deltakende i den andres lidelse for å kunne forstå hvordan vi skal hjelpe. Deltakende ved at vi kommer tilstede i en felles verden og gjenkjenner oss selv i den andre ved det som er likt. Samtidig ser hjertets øye den andres unike betydning og lar ham tre frem som seg selv.

Så hvordan kan man som sykepleier klare å være deltakende på en god og fruktbar måte i den lidendes verden, og se med hjertets øye?

Martinsen (2000) hevder at sykepleieren ser med hjertets øye når hun ved sin sansing lar seg berøre på en deltakende og oppmerksom måte. Dette nevnte jeg i teoridelen, det at Martinsen (2003) mener at skjønn i sykepleien er en oppøving i å stille seg åpen for det sanselige. Det å stille seg åpen for det sanselige kan være en krevende prosess for en sykepleier. For min egen del reflekterer jeg en del rundt det, især i forhold til å være nyutdannet. Ved å stille seg åpen for det sanselige er man nødt til å

gi av seg selv, og være åpen for å tre inn i den andres verden for å kunne få et innblikk i hvordan den lidendes verden ser ut fra deres ståsted.

Det er også et vanskelig steg å ta, dette steget hvor man har en fot innenfor den andres verden, samtidig som man står stødig plassert i sin egen virkelighet. En psykotisk pasient sin verden kan virke både truende, skummel, mørk og vanskelig.

Det kan være noen sykepleiere ikke finner det nærliggende å gi så mye av seg selv i pleien – mange sykepleierstudenter har en idé om at sykepleieryrket ikke skal romme så mye omsorg som Martinsen hevder.

Hva er det som må til for at en sykepleier skal føle seg komfortabel med å gi av seg selv på denne måten? Det er nærliggende å tro at om ikke denne tilstedeværelsen er genuin – vil den ikke ha noen positiv effekt på den lidende, kanskje tvert imot. Martinsen (2002) skriver at sansingen kan være fryktelig. En kan kjenne den andres smerte slå inn i din egen kropp. Men om man våger å stå i det, ved å være bevegelig kan man klare å se og vurdere en situasjon på flere måter – man samler seg ut ifra en samlet styrke, og ser dermed mulighetene og de ulike sidene hos den andre. Da trenger kanskje ikke den psykotiske sin verden å virke så truende likevel – vi er likeverdige mennesker med ulike tilnærminger til verden.

Ved hjelp av denne styrken blir vi frie og uanspente, og kan gå i møte med den lidende ut ifra det jeg skrev i teoridelen; et *bevegelig* ståsted med urokkelig grunnlag. Jeg opplever at det er viktig å gjenta dette i drøftingen, da det for meg legger grunnlaget for hvordan man kan praktisere en slik sykepleie som Martinsen skriver om.

I teoridelen nevnte jeg også kort at Martinsen (2003) refererer til historien om den barmhjertige samaritan. Jeg synes at denne historien er en fin måte å kunne fremme en forståelse av empati – vi har vel alle på et eller annet tidspunkt i livet vårt vært det mennesket som ligger glemt og forlatt i en grøftekant.

Samaritanens åpne og mottakene øyne ble truffet av den andre og den situasjonen han var i, og med medynk og stor smerte kunne han ikke gjøre noe annet enn å stille og forbinde sårene hans. Det var ikke hans egen smerte som stor i sentrum. Det var

ikke selvmedlidenheten. Men da den andre og den situasjonen han var i ble tydelig for ham var den både uimotsigelig og uimotståelig (Martinsen 2000:20)

På mange måter tolker jeg denne situasjonen som om at man her treffer et menneske som trenger hjelp, og at man føler at alt annet enn å hjelpe ville oppleves som *unaturlig*. For meg er dette sykepleie. Det å ha en naturlig og ekte tilnærming til det å være tilstede for å kunne hjelpe, gi og pleie – og ikke minst å være sanselig tilstede.

I samarbeid med psykotiske pasienter opplever jeg at det er viktig at man er opptatt av det som er felles i det forskjellige, som Martinsen (2000) skriver om.

For alle med psykoseproblematikk er nettopp det – forskjellige. Det er nærliggende å anta at ved å erkjenne som sykepleier at en holdning som sier *jeg ser deg der du er, for den du er*, vil kunne være med på å gi den psykotiske en opplevelse at han kan være seg selv. Og det er når vi kan være oss selv at vi slapper av, er ærlige, føler fortrolighet – og kanskje kan komme et steg nærmere fotfeste i en trygg virkelighet.

5.4 Møte med den andre

Martinsen (2003) henter kunnskap fra som tidligere nevnt Aristoteles og også Løgstrup når hun skriver om møte med det andre mennesket. Etikken som ligger til grunne, binder oss til hverandre som mennesker – ikke til regler eller ideer utenfor oss selv. I disse møtene finner vi meningen med våre liv. Her kan vi finne tillit, åpenhet og glede – og sårbarhet. I disse utsatte menneskelige møtene ligger våre grunnleggende forutsetninger for liv, det som kalles livsytringer. Den omsorgsetikken Martinsen (2003) beskriver her er universell og primær.

For det finnes så mange måter å møte den andre på. Som sykepleier i møte med den psykotiske burde vi strebe etter å finne appellen hos den lidende om det som finnes av livsmot. Det er som tidligere nevnt nettopp gjennom lidelses- og livshistorien til den psykotiske at vi kan klare å få frem livsmotet hos ham.

Og for oss som sykepleiere må vel dét være noe av selve drivkraften i yrkesutøvelsen vår med psykotiske – å se at det finnes livsmot hos den lidende vi skal pleie? Det ligger mye nestekjærlighet i møtet med den andre i en slik type relasjon.

Næstekjærlighet – som for eksempel barmhjertigheten er et uttrykk for – er en spontan og ubetinget livsytring (Martinsen 2012:155).

Man bliver først bevidst om livsytringen i det øjeblik, der opstår en krise, et sammenstød eller en konflikt, som når sanseindtrykket er overvældende, og forståelsen, som jo er bundet til kulturens tydnings og fortolkningsmønstre, halter bagefter. Der oppstår ofte konflikter og kriser i de situasjoner, vi befinner oss i. De situasjoner, sygeplejerskene handler i, er kompliserende, og aldrig bestemt af barmhjertighedens impuls forstyrrende ind i vores bekvemmelighet og vores gøremål (Martinsen 2012:155).

Ved å møte den lidende med nestekjærlighet som grobunn, vil vi kunne se det spesielle i den andre. Ved å anvende det faglige skjønn som jeg har skrevet om, vil man i dette møtet arbeide med et tydningsforhold hvor fagkunnskap og naturlig sansing arbeider sammen. For en skal være oppmerksom på nærhet og avstand i arbeid med ikke bare psykotiske mennesker, men med alle mennesker. En må som sykepleier kunne bruke sitt *eget skjønn* basert erfaring, fagkunnskap og den gitte situasjon – på hva som vil være til den lidendes beste.

For som tidligere nevnt er det en hårfin linje på hvor mye man skal la seg involvere i den andres lidelse – det er lett å falle i et medmenneskelig prosjekt om man ikke reflekterer over eget skjønn. Det er viktig å unngå å la seg følelsesmessig rive med i den lidendes oppgitthet, nedstemthet, opphisselse, angst eller andre symptomer. Innehar man her den kunnskapen jeg har nevnt ovenfor, skulle man stå trygt og klare å oppfatte pasienten som en som ikke *er* problemet, men som *har* problemer.

Jeg har tidligere nevnt at psykotiske pasienter ofte vil teste om du som sykepleier er til å stole på. Det kan oppleves nesten som et press for sykepleieren, da hennes integritet og ærlighet stadig vekk blir satt på prøve.

Dermed vil tålmodighet være en dyd som en kommer langt med som sykepleier. Ved å vise fra første møte at man er urokkelig, vil dette også skape en trygghet for den

psykotiske, da stabilitet er viktig for den lidende. Ved å søke holdninger og handlinger som kan gi grunnlag for tillit og kontakt, vil møte med den psykotiske oppleves enklere – især når vi gjør dette ved å møte ham i hans aktuelle situasjon, som jeg tidligere har nevnt at Hummelvoll (2008) snakker om.

Å gå i møte med den lidende psykotiske pasienten vil som tidligere nevnt for mange være en utfordring. For å kunne gi den gode og fruktbare sykepleie til den lidende, lar man seg berøre og man gir seg hen til forståelsen av den psykotiske verden. Man sanser den med sin egen kropp, man ser den og deltar oppmerksomt i den med sitt hjertes øye, og man forstår med den kunnskapen og erfaringen man har.

Med dette utgangspunktet vil en kanskje oppleve som sykepleier at en finner seg bevegelig berørt tilstede i den lidendes psykose i et romslig, ufarlig og fruktbart rom.

6.0 AVSLUTNING

Innledningsvis nevnte jeg at jeg opplevde å få en slags øyeåpner i begynnelsen av arbeidet med denne oppgaven. Jeg har gjennom hele studiet mitt hatt en formening om *hva* som er god og rett sykepleie, og forholdt meg til dette i min praksis.

Det jeg opplever at arbeidet med denne oppgaven har gitt meg, er et nytt syn på *hvordan jeg* kan praktisere god og rett sykepleie. For sykepleie er så mye, og alle som praktiserer sykepleie er forskjellige. Det som er godt og rett for meg, er ikke nødvendigvis det for en annen. Kanskje det er nettopp dette som gjør sykepleien til en så allsidig og bredspektret profesjon som det er – det at den rommer plass for de forskjelligheter til oss sykepleiere også, så vel som for pasientene.

I dag er psykiatrien en av de største medisinske spesialiteter, og vil om ikke lenge bli den største (Kringlen 2009). I psykiatriens verden er det ikke alltid like lett for verken sykepleiere eller andre helsearbeidere å finne sin plass. Det er en stor og komplisert indre verden hos psykiatriske pasienter, især pasienter med psykoseproblematikk. Vi trenger sykepleiere som tør å stå i det åpne, som tør og se og som tør og bevege seg inn i den psykotiske pasient sin verden, slik at vi kan forstå hvordan det oppleves og være i akkurat den verdenen.

Forskere har konkludert med at en må fremme betydningen av å kunne forstå pasientens livsverden ut ifra en fenomenologisk og eksistensiell tilnærming (Kringlen 2009), og dette er noe jeg tror alle sykepleiere – nyutdannende som erfarne burde ha med seg i sin praksis med psykotiske mennesker. Mange psykotiske opplever at de ikke kan være "seg selv" rundt andre, og det er vår jobb som sykepleiere og stille oss disponibel til å kunne åpne for dette rommet hvor det er lov å være seg selv – for det er først da en forstår hvilket menneske som befinner seg bak psykosen.

Martinsen (2000) hevder at ved sykepleierens spesielle blikk vil hun kunne se likhet i forskjellighet, på en fantasifull og variert måte. Dette fordi at vi alle er mennesker med erfaring som lidelse, sårbarhet og håp. Ved å gi den lidende det oppmerksomme øyet og det oppmerksomme nærvær, gir hun pasienten betydning. Her går hjertelag og faglighet i hverandre. Det er her hjertets øye, det deltakende oppmerksomme øyet, ser det betydningsfulle i mennesket og dets livsmot, og gir rom for at det andre mennesket får være seg selv.

Når jeg sier at jeg har opplevd å få en slags øyeåpner gjennom arbeidet med denne oppgaven, levner det nå avslutningsvis liten tvil om at jeg forstår hvilket øye som har åpnet seg for meg – det er mitt hjertes øye.

8.0 LITTERATURLISTE

Aadland, E. (2009) *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget

Van Aalderen, J. R., Barendregt, P., Donders, A. R. T., Gijbels, F., Speckens A. E. M., Spinhoven, P., (2012) The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. s. 989 – 1001 nr. 5

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendag Norsk Forlag

Hummelvoll, J.K (2008) *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Husby, R., Møller, P. (2003) Det initiale prodrom ved schizofreni – kjernedimensjoner av opplevelse og atferd. s. 2425-2429. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 17.

Kringlen, E. (2009) *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Martinsen, K. (2003) *Fra Marx til Løgstrup – om etikk og sanselighet i sykepleien*. Otta: Universitetsforlaget

Martinsen, K. (2012) *Løgstrup & sykeplejen*. Aarhus: Forfatteren og forlaget Klim

Martinsen, K. (2000) *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Sandvik, B. A. (2011) Mindfulness – det oppmerksomme nærvær. s. 274-281.
I: *Tidsskriftet Sykepleien* nr. 3.